ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня

МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

АНТОНОВА МАРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри ____**Раєвська Я.М.**
«____»_____20___р.

Науковий керівник:
Туриніна О.Л.,
кандидат психологічних наук,
професор

Рецензент:

КИЇВ-2026

Реєстрація _____ _____

номер дата підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту _____ _____

підпис наукового керівника ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту _____ _____

оцінка дата захисту

Голова ЕК _____ _____

підпис ініціали, прізвище

Члени ЕК _____ _____

підпис ініціали, прізвище

_____ _____

підпис ініціали, прізвище

_____ _____

підпис ініціали, прізвище

_____ _____

підпис ініціали, прізвище

Секретар ЕК _____ _____

підпис ініціали, прізвище

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

спеціальність *Психологія* *«ЗАТВЕРДЖУЮ»*
курс ІІ *(магістратура)* Завідувач кафедри
_____ проф. Раєвська Я.М.
____ _____ 202 р.

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу магістра

Антонової Марини Олександрівни

Тема роботи: **«Особливості застосування АРТ-терапії у психологічній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України»**

Затверджена наказом по інституту від « » 20 р. №____

1. Термін подання студентом завершеної роботи « » 202__ р.
2. Цільова установка: військовослужбовці Збройних Сил України; вихідні дані: матеріали виробничої, педагогічної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.
3. Перелік графічного матеріалу
4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	**Консультант (Прізвище, ініціали)**	**Підпис, дата**	
		Завдання видав	**Завдання прийняв**
Розділ 1	Туриніна О.Л.		
Розділ 2	Туриніна О.Л.		
Розділ 3	Туриніна О.Л.		

5. Зміст роботи:

Розділ І. Теоретичні аспекти проблеми застосування АРТ-терапії в психологічній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України

Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей психологічних труднощів військовослужбовців – учасників АРТ-терапевтичної групи

Розділ 3. Практика застосування АРТ-терапії у психологічній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України

Висновки
Список літератури

Календарний план виконання роботи

п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	**Фактичний**
1	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи магістра.	жовтень 2025	жовтень 2025
2	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	листопад 2025	листопад 2025
3	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи магістра, затвердження його керівником.	грудень 2025	грудень 2025
4	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	січень 2026	січень 2026
5	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	лютий 2026	лютий 2026
6	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	березень 2026	березень 2026
7	Подання кваліфікаційної роботи магістра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	квітень 2026	квітень 2026
8	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи магістра на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень 2026	травень 2026
9	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Туриніна О.Л.)

Завдання прийняв до виконання

студент-дипломник _____ (Антонова М.О.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 111 сторінок, містить 14 таблиць, 5 малюнків, 5 додатків, 82 літературних джерел.

Об'єктом магістерської роботи є психологічна реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України.

Предметом магістерської роботи є особливості застосування АРТ-терапії у психологічній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України.

Мета магістерської роботи – дослідити ефективність АРТ-терапії у процесі психологічної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, виявити її особливості та розробити практичні рекомендації щодо її застосування.

Відповідно до мети нами було поставлено і виконано такі ***завдання:***

1. Ознайомитися з теоретичними основами АРТ-терапії та вивчити досвід застосування АРТ-терапії у роботі з військовими – як в Україні, так і за кордоном.
2. Здійснити емпіричне дослідження особливостей психологічних труднощів військовослужбовців – учасників АРТ-терапевтичної групи.
3. Розробити та апробувати АРТ-терапевтичну програму для психологічної реабілітації військовослужбовців.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, АРТ-ТЕРАПІЯ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ДІАГНОСТИКА

PSYCHOLOGICAL REHABILITATION, ART THERAPY, MILITARY SERVANTS, DIAGNOSTICS

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ 12

1.1 АРТ-терапія як метод психологічної допомоги при травматичному досвіді 12

1.2 Закордонний та український досвід застосування АРТ-терапії у роботі з військовими 21

Висновки до розділу 1 37

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРУДНОЩІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ГРУПИ 39

2.1 Методи дослідження та характеристика вибірки 39

2.2 Результати дослідження особливостей психологічних труднощів військослужбовців – учасників АРТ-терапевтичної групи 45

Висновки до розділу 2 60

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИКА ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ 62

3.1 Програма АРТ-терапії з подолання психологічних труднощів військослужбовців – учасників АРТ-терапевтичної групи 62

3.2 Аналіз ефективності програми АРТ-терапії з подолання психологічних труднощів військослужбовців – учасників АРТ-терапевтичної групи 69

Висновки до розділу 3 81

ВИСНОВКИ 82

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 84

ДОДАТКИ 95

ВСТУП

Актуальність дослідження: У сучасних умовах збройної агресії проти України питання психологічної реабілітації військовослужбовців набуває особливої актуальності. Участь у бойових діях, втрата побратимів, отримання поранень різного ступеню важкості, перебування у зоні підвищеної небезпеки – все це спричиняє глибокі психотравмуючі переживання, які можуть призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожності, емоційного вигорання. Відновлення психічного здоров'я військовослужбовців є не лише медичним, а й соціальним та гуманітарним завданням.

Одним із ефективних напрямків психологічної допомоги є АРТ-терапія – метод, що базується на використанні творчості як засобу самовираження, емоційного розвантаження та інтеграції травматичного досвіду. АРТ-терапія дозволяє військовослужбовцям безпечним способом опрацювати внутрішні конфлікти, знизити рівень психоемоційної напруги, активізувати внутрішні ресурси та сформувати нові стратегії адаптації.

Попри зростаючий інтерес до АРТ-терапії, її застосування у контексті реабілітації військовослужбовців в Україні ще недостатньо досліджене. Існує потреба у науковому обґрунтуванні ефективності АРТ-терапевтичних методів, адаптованих до специфіки бойового досвіду, а також у розробці практичних рекомендацій для фахівців, які працюють з цією категорією населення.

У цьому напрямі активно працюють як українські, так і зарубіжні дослідники. Зокрема, в Україні питання арт-терапії в умовах війни досліджують Л. М. Бірук, яка аналізує особливості застосування АРТ-терапії у реабілітації військовослужбовців; З. В. Ковальчук та Н. Калька, які розробили навчально-методичний посібник з АРТ-терапії, що включає юнгіанські підходи до роботи з архетипами; Н. В. Медведєва, яка вивчає символіку творчого самовираження в контексті аналітичної психології; Ю. А. Пономаренко, яка досліджує реабілітаційний потенціал АРТ-терапії при бойовому стресі; а також Г. Л. Чепурна та Н. С. Дунай, які аналізують психосоціальні аспекти допомоги військовим.

Серед зарубіжних авторів слід відзначити К. Мальчіоді (К. Malchiodi) – одну з провідних АРТ-терапевток, яка систематизувала методи роботи з травмою; Д. Гуссак (D. Gussak) – дослідника АРТ-терапії у військових та пенітенціарних системах; Б. ван дер Колк (B. van der Kolk) – автора нейропсихологічної концепції травми, який обґрунтовує тілесно-орієнтовані методи зцілення; Л. Гант (L. Gantt) – дослідницю нейробіологічних механізмів АРТ-терапії при ПТСР; та Р. Єгуда (R. Yehuda) – авторку фундаментальних праць з посттравматичного стресового розладу.

Таким чином, наукова база дослідження спирається на міждисциплінарний досвід, що поєднує психологію, нейронауку, мистецтво та практику реабілітації, що дозволяє глибше осмислити потенціал АРТ-терапії у роботі з військовими, які пережили травматичні події.

Актуальність дослідження зумовлена необхідністю пошуку гуманних, глибоких і водночас дієвих методів психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України. АРТ-терапія, як інструмент відновлення, має потенціал стати важливою складовою комплексної психосоціальної підтримки.

Об’єктом магістерської роботи є психологічна реабілітація військовослужбовців Збройних Сил України.

Предметом магістерської роботи є особливості застосування АРТ-терапії у психологічній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України.

Мета магістерської роботи – дослідити ефективність АРТ-терапії у процесі психологічної реабілітації військовослужбовців ЗСУ, виявити її особливості та розробити практичні рекомендації щодо її застосування.

Відповідно до мети нами було поставлено і виконано такі **завдання:**

1. Ознайомитися з теоретичними основами АРТ-терапії та вивчити досвід застосування АРТ-терапії у роботі з військовими – як в Україні, так і за кордоном.

2. Здійснити емпіричне дослідження особливостей психологічних

труднощів військовослужбовців – учасників АРТ-терапевтичної групи.

3. Розробити, апробувати та довести ефективність АРТ-терапевтичної програми психологічної реабілітації військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що АРТ-терапія сприяє зниженню рівня тривожності, депресії та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військослужбовців, активізує внутрішні ресурси особистості та покращує емоційний стан.

Для реалізації вищезазначених завдань було використано комплекс **методів дослідження**:

Теоретичні:

- аналіз літературних джерел;
- синтез;
- порівняння;
- систематизація;
- класифікація;
- інтерпретація результатів дослідження.

Емпіричні:

- методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна;
- шкала депресії Бека;
- госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS);
- коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart).

Статистичні: порівняльний аналіз (до/після АРТ-терапії).

Теоретико-методологічна основа дослідження. У межах дослідження використано положення гуманістичної психології (К. Роджерс, А. Маслоу), згідно з якими кожна особливість має внутрішній потенціал до самозцілення, а творчість виступає засобом самовираження та емоційного розвантаження. АРТ-терапія, як гуманістичний метод, сприяє активізації внутрішніх ресурсів та формуванню позитивного образу «Я».

Важливе значення має аналітична психологія К. Юнга, яка розглядає

символи, архетипи та образи як ключові елементи інтеграції травматичного досвіду. У процесі АРТ-терапії військослужбовці мають змогу опрацювати глибинні переживання через створення індивідуальних образів, що відображають внутрішній конфлікт. Цей підхід активно підтримується і розвивається українськими дослідниками.

Зокрема, Наталія Калька та Зоряна Ковальчук у навчально-методичному посібнику «Практикум з АРТ-терапії» (ЛьвДУВС, 2020) акцентували увагу на роботі з архетипами та символами у творчості клієнтів, особливо в умовах травматичного досвіду війни.

Також, Н. В. Медведєва (Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України) у своїх працях досліджує теорію архетипів К. Юнга в контексті творчого сприймання, підкреслюючи значення художніх образів як засобу глибинного самовираження та психокорекції.

Методологічну базу дослідження доповнює нейропсихологічна концепція травми (Б. ван дер Колк, Р. Єгуда), яка пояснює посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як порушення інтеграції емоційного та когнітивного досвіду. АРТ-терапія, згідно з цими підходами, активує зони мозку, відповідальні за емоційне регулювання, сприяючи відновленню нейронних зв'язків, порушених внаслідок травми.

У контексті реабілітації військослужбовців застосовано положення психосоціальної моделі допомоги (В. Франкл, З. Фройд, сучасні українські дослідники), яка враховує оточення, бойовий досвід, потребу в сенсі та підтримці. АРТ-терапія в цьому випадку виступає не лише як інструмент лікування, а й як засіб повернення до соціального життя.

База дослідження: вибірку склали 60 військовослужбовців (віком від 25 до 50 років), які дали добровільну згоду на проведення дослідження, відповідно забезпечена конфіденційність та анонімність дослідження. Апробація програми АРТ-терапії з подолання психологічних труднощів військовослужбовців проводилася у жовтні-грудні 2025 року за сприяння Пункту Психологічної Допомоги (ППД) 30 окремої механізованої бригади імені князя Костянтина Острозького.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх застосування в різних сферах, пов'язаних із психологічною реабілітацією військослужбовців. Отримані результати дослідження допоможуть у впровадженні АРТ-терапевтичних програм у структуру психологічної допомоги військовослужбовців, використати розроблену програму для роботи з ветеранами, буде сприяти створенню ресурсних АРТ-просторів для військослужбовців та їхніх родин. Застосування результатів дослідження допоможуть при виборі ефективних методів роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), тривожністю та депресією.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у:

Визначенні особливостей застосування АРТ-терапії у психологічній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України.

Систематизації та адаптації АРТ-терапевтичних технік до потреб військових, пережили травматичні події.

Розробці АРТ-терапевтичної програми для психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України.

Структура і обсяг магістерської роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

1.1 АРТ-терапія як метод психологічної допомоги при травматичному досвіді

Проблема психологічної травматизації військовослужбовців набувала особливої актуальності в умовах сучасної війни в Україні з 2014 року та особливо загострилася з 2022 року. Ця проблема стала не лише медико-психологічним, а й соціальним та державним викликом. Масштабні бойові дії, втрата побратимів та близьких, отримання поранень, руйнування соціальних зв'язків, постійна загроза безпеці та життю, створюють унікальний контекст для формування травматичного досвіду, який суттєво впливає на психологічне здоров'я військовослужбовців [7].

Травматичний досвід у сучасній психології розглядається як сукупність подій, умов чи обставин, які перевищують звичайні можливості людини впоратися з ними, викликають відчуття безпорадності, загрози життю чи цінностям, і мають тривалі негативні наслідки для психічного, емоційного та соціального функціонування особистості.

За визначенням В. Б. Шапаря, травматичний досвід – це система зовнішніх відносно суб'єкта умов, що спонукають і опосередковують його специфічну емоційно забарвлену активність [45].

В. А. Роменець трактує травматичний досвід як компонент вчинку, де ситуація є першою ланкою, що тягне за собою мотивацію, дію та післядію (рефлексію) [37].

Травматичний досвід формується тоді, коли подія перевищує адаптаційні можливості психіки та сприймається як загроза життю чи цілісності особистості.

Класичні гуманістичні, екзистенційні, психоаналітичні, юнгіанські, нейробіологічні та сучасні інтегративні підходи дозволяють глибше зрозуміти механізми виникнення, перебігу та подолання травми.

Перші теоретичні моделі травми виникли у межах психоаналізу. З.

Фройд розглядав травму, як глибоко вкорінений у несвідомому афект, що негативно впливає на психіку людини і становить основу для невротичних розладів [56].

Г. Сельє розглядав психотравму, як особливу форму загальної стресової реакції організму на надзвичайно травматичну ситуацію, що перевантажує фізіологічні та психологічні адаптаційні можливості людини [28].

Когнітивна модель ПТСР, запропонована А. Елерсом і Д. Кларком, пояснює, що хронічний ПТСР розвивається, якщо травматичний досвід обробляється, як поточна загроза через негативні інтерпретації події та її наслідків, а також через фрагментовану, дезорганізовану пам'ять про травму [30].

Гуманістична психологія (К. Роджерс, А. Маслоу) акцентую увагу на особистісному зростанні, сенсі життя, пошуку цінностей навіть у травматичних обставинах [36, 51, 55]. Е. Еріксон підкреслював роль життєвих криз у формуванні ідентичності [53], а Т. Титаренко – значення екзистенційного вибору у подоланні травми [36].

Сучасні підходи до розуміння травми інтегрують біологічні, психологічні та соціальні аспекти (біопсихосоціальна модель Дж. Енгеля). Вони враховують взаємодію генетичної схильності, нейробіологічних механізмів, особистісних рис, когнітивних процесів, емоційної регуляції, соціального контексту та культурних чинників [77].

Дослідження травматичного досвіду вимагає комплексного аналізу його багаторівневої природи, що охоплює нейробіологічні, психологічні та соціокультурні аспекти. Сучасна психотравматологія розглядає травму не лише як наслідок екстремальних подій, але й як процес, що змінює функціонування мозку, когнітивні механізми та соціальну поведінку людини [75].

У військовому контексті травматичний досвід набуває особливої гостроти, адже бойові дії поєднують фізичні загрози, психологічні навантаження та соціальні втрати. Українські дослідження підтверджують, що бойова психотравма є системним явищем, яке впливає на всі рівні

функціонування особистості [21, 23].

Таким чином, аналіз нейробіологічних, психологічних та соціокультурних механізмів травми є необхідним для розробки ефективних програм психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців, які зазнали бойових психотравм.

Бойова психічна травма - патологічний стан центральної нервової системи, що виникає внаслідок впливу чинників бойового (оперативного) стресу та зумовлює регулювання поведінки особи, що постраждала, через патофізіологічні механізми [27].

Бойова психотравма відрізняється від цивільної травми низкою параметрів:

- Інтенсивність і тривалість впливу: бойові дії супроводжуються постійною загрозою, повторюваними стресовими подіями, відсутністю часу на відновлення.
- Кумулятивний ефект: наслідки попередніх травм підсилюють реакції на наступні, що призводить до хронізації симптомів.
- Моральна травма: військовослужбовці часто стикаються з моральними дилемами, почуттям провини вцілілого, що ускладнює адаптацію.
- Втрата побратимів: особливий тип горювання, що поєднує сум, лють, мобілізацію, і може призводити до ускладненого горювання, депресії, суїцидальних ризиків.
- Соціальна ізоляція та стигматизація: повернення до мирного життя супроводжується труднощами інтеграції, нерозумінням з боку суспільства, стигматизацією [3, 19, 33].

Ключову роль у стресовій відповіді відіграє гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (HPA axis), яка регулює секрецію кортизолу — основного гормону стресу. Дисрегуляція цієї системи призводить до хронічної гіперзбудженості, порушень сну, агресії, депресії, а також соматичних захворювань (гіпертонія, серцево-судинні розлади). Дослідження також вказують на роль серотонінергічної, норадренергічної та опіоїдної систем у

формуванні симптомів ПТСР, таких як гіперзбудження, агресія, дисфорія, хронічний біль [2, 35].

Б. ван дер Колк (B. van der Kolk) підкреслює, що травматичний досвід часто зберігається у вигляді імпліцитної (тілесної) пам'яті, яка не інтегрується у свідомий наратив, а проявляється у вигляді флешбеків, соматичних скарг, підвищеного збудження. Це пояснює труднощі у вербалізації травматичних спогадів та ефективність тілесно-орієнтованих і арт-терапевтичних підходів у реабілітації [75].

Психологічні механізми травматизації охоплюють порушення когнітивної обробки інформації, негативні інтерпретації подій, дисфункціональні переконання щодо себе, інших і світу, а також труднощі з емоційною регуляцією. Модель Елерса і Кларка стверджує, що хронічний ПТСР підтримується негативними оцінками травми, фрагментованою пам'яттю та неадаптивними стратегіями подолання (уникання, румінація, емоційне притуплення, дисоціація) [30].

Травматичні спогади часто мають фрагментований, дезорганізований характер, що ускладнює їх інтеграцію у біографічну пам'ять. Дисоціація — ще один поширений механізм, який проявляється у вигляді відчуття нереальності, відчуження від себе, емоційного оніміння. Це ускладнює опрацювання травматичного досвіду та сприяє хронізації симптомів [41, 47].

Травматичний досвід має не лише індивідуальний, а й колективний вимір. Дж. Александер і Р. Айєрман розглядають травму як чинник формування колективної ідентичності, соціального конструювання спільного досвіду, що впливає на цінності, норми, соціальні практики. В українському контексті війна стала джерелом колективної травми, яка вже інтегрується у національну ідентичність, формує нові смисли, патріотичну консолідацію, але й породжує ризики соціальної фрагментації, стигматизації ветеранів, втрати довіри [40, 41].

Соціальні наслідки травми охоплюють порушення сімейних стосунків, ізоляцію, девіантну поведінку, втрату сенсу, труднощі з працевлаштуванням, стигматизацію. Водночас, наявність соціальної підтримки, згуртованість

підрозділів, доступ до психотерапії та освітніх програм сприяють адаптації та зниженню ризику дезадаптації [40, 41].

Дослідження травми у військовослужбовців Збройних Сил України вимагає врахування культурних особливостей, моральних цінностей, релігійних переконань, а також етичних стандартів роботи з травматизованими особами. Важливим є забезпечення конфіденційності, недопущення повторної травматизації, залучення родин до процесу реабілітації [42].

Бойова психотравма (бойова психічна травма) у військовослужбовців визначається як деформація психологічних механізмів саморегуляції та прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості, внаслідок чого відбувається перевищення її адаптивних можливостей, зміна цінностей та поведінки. Це нормальна реакція здорового організму на ненормальні обставини зовнішнього середовища.

Бойова психічна травма є невід'ємним наслідком бойових дій, а її інтенсивність зростає із технологізацією війни [33].

О. Блінов підкреслює, що бойова психотравма є не лише клінічним феноменом, а й комплексним порушенням адаптації, саморегуляції та інтеграції досвіду, що охоплює морально-екзистенційні трансформації особистості військовослужбовця. Відповідно до сучасних підходів, бойова психотравма виходить за межі суто медичних чи психіатричних діагнозів, охоплюючи широкий спектр психологічних, соціальних і духовних змін [7, 8].

Таким чином, травматичний досвід військовослужбовців (бойова психотравма, ПТСР), який визначається як багатовимірне порушення адаптації та інтеграції досвіду, потребує не лише клінічного втручання, а й комплексних психосоціальних методів допомоги. Одним із найбільш ефективних інструментів у цьому контексті виступає АРТ-терапія, яка завдяки своїй універсальності дозволяє працювати з морально-екзистенційними трансформаціями особистості військовослужбовця. Використання мистецьких практик забезпечує можливість вираження та

опрацювання травматичних переживань, сприяє відновленню внутрішньої цілісності та формуванню нових смислів, що робить АРТ-терапію не лише допоміжним, а й самостійним напрямом психологічної реабілітації військовослужбовців [7, 8].

АРТ-терапія є одним із сучасних напрямів психокорекційної роботи, що базується на використанні художньої творчості як засобу вираження, усвідомлення та трансформації внутрішніх переживань [18].

У контексті психологічної допомоги особам, які зазнали травматичного досвіду, АРТ-терапія виступає ефективним інструментом для опрацювання психотравм, зниження емоційної напруги та відновлення цілісності особистості. Проте, поняття АРТ-терапії досі не має усталеного визначення та використовується дослідниками у різних контекстах.

Так, наприклад, А.А. Осипова дає наступне визначення АРТ-терапії: як спеціалізованої форми психотерапії, заснованої на мистецтві, насамперед образотворчому та творчій діяльності. Близьким є також визначення О. Будз як сучасного напряму в психотерапії, медицині і біоенергетиці, що використовує в якості основних терапевтичних засобів як творчий процес, у якому знаходиться пацієнт, так і його результати: картини, вірші, музику тощо. Згідно О. О. Медведєвої, І. Ю. Левченко, Л. М. Комісарової, Т. О. Добровольської, АРТ-терапія більш широке поняття, яке являє собою синтез декількох галузей наукового знання (мистецтва, медицини та психології), а в лікувальній та психокорекційній практиці – як сукупність методик, заснованих на застосуванні різних видів мистецтва у своєрідній символічній формі, які дозволяють за допомогою стимулювання художньо-творчих проявів особистості здійснити психокорекцію порушень психосоматичних, психоемоційних процесів і відхилень в особистісному розвитку. У «Психотерапевтичній енциклопедії» за ред. Б. Д. Карвасарського АРТ-терапію визначено як використання мистецтва як терапевтичного чинника. О. І. Копитін трактує АРТ-терапію як метод лікування людини за допомогою художньої творчості [22].

Згідно з визначенням К. А. Мальчіоді, АРТ-терапія — це форма

психотерапії, яка використовує мистецтво як основний засіб комунікації, особливо у випадках, коли вербальне вираження емоцій є ускладненим або неможливим [68]. У процесі творчої діяльності активізуються глибинні психічні процеси, що сприяє інтеграції травматичного досвіду та формуванню нових адаптивних стратегій поведінки.

Сучасні українські дослідники підкреслюють, що АРТ-терапія є не лише допоміжним, а й самостійним напрямом психологічної допомоги, який дозволяє працювати з широким спектром проблем — від гострих стресових реакцій до хронічних психічних розладів, а також сприяє розвитку особистісного потенціалу, самоактуалізації та інтеграції особистості [4, 5, 14].

Потенціал АРТ-терапії полягає у здатності активізувати внутрішні ресурси особистості, сприяти емоційній стабілізації, інтеграції несвідомого досвіду та формуванню нових адаптивних стратегій поведінки. Участь у творчому процесі створює безпечний простір для вираження складних переживань, які часто залишаються поза межами вербального опрацювання, і водночас стимулює нейропсихологічні механізми відновлення.

АРТ-терапія сприяє зниженню рівня стресу, тривожності, депресії та психоемоційного напруження через активацію механізмів емоційної регуляції. Творчий процес дозволяє військовослужбовцю безпечно виразити, усвідомити та трансформувати складні емоції, які часто залишаються невисловленими або витісненими.

Дослідження показують, що участь у АРТ-терапевтичних сесіях призводить до зниження рівня ситуативної та особистісної тривожності, покращення настрою, відновлення почуття контролю над власним життям, а також формування навичок саморегуляції та стресостійкості [5, 14, 32].

Однією з ключових переваг АРТ-терапії є можливість доступу до несвідомого досвіду через символічну мову мистецтва. Візуальні образи, метафори, кольори та форми дозволяють клієнту опрацювати глибокі внутрішні конфлікти, травматичні спогади, які важко або неможливо вербалізувати.

Павловська-Кравчук підкреслює, що АРТ-терапевтичні образи активують правопівкульну обробку інформації, оминаючи когнітивні захисні бар'єри лівої півкулі, що дозволяє працювати з тілесно-емоційною пам'яттю, інтегрувати витіснений досвід та формувати нові внутрішні рішення [32].

Н. Калька та З. Ковальчук зазначали: «У процесі творчості активно задіяна права півкуля мозку, яка в звичайному житті не так часто використовується людиною… Образотворча діяльність у багатьох випадках дозволяє обходити "цензуру свідомості", тому представляє унікальну можливість для дослідження несвідомих процесів, вираження й актуалізації латентних ідей і станів» [16].

У статті Вознесенської про селфі в медіа-арттерапії зазначено, що селфі як форма автопортрету є способом самопізнання, рефлексії, вираження емоцій та дослідження образу «Я». Селфі активує правопівкульну обробку інформації, дозволяючи клієнту побачити себе збоку, що сприяє інтеграції травматичного досвіду [13].

Сучасні нейронаукові дослідження підтверджують, що творчий процес активує різні ділянки мозку, сприяє інтеграції лівої (логічної, мовної) та правої (образної, емоційної) півкуль, стимулює вироблення нейромедіаторів, відповідальних за відчуття задоволення, спокою та безпеки.

Використання АРТ-терапії у роботі з військовими дозволяє не лише знизити рівень стресу, а й сприяє відновленню нейропсихологічного балансу, покращенню когнітивних функцій, пам'яті, уваги, а також формуванню нових адаптивних патернів поведінки [5, 14, 32].

АРТ-терапія у трактуванні українських дослідниць Н. Калька та З. Ковальчук визначається як один з найбільш ефективних способів роботи з клієнтами будь-якого віку і з будь-якими порушеннями, при цьому для особистості – це спосіб саморозкриття, самовираження, розвитку та шлях до власної гармонізації [16].

Теоретичні засади АРТ-терапії ґрунтуються на кількох ключових підходах. По-перше, гуманістична психологія (К. Роджерс, А. Маслоу) розглядає творчість як природний механізм самовираження та самозцілення,

що дозволяє особистості реалізувати свій потенціал у безпечному середовищі [36, 51]. По-друге, аналітична психологія К. Юнга акцентує увагу на роботі з архетипами, символами та образами, які відображають несвідомі аспекти психіки. У процесі АРТ-терапії ці образи можуть бути виведені на свідомий рівень, що сприяє інтеграції травматичного досвіду [48].

Цей підхід активно підтримується і розвивається українськими дослідниками. Зокрема, Н. Калька та З. Ковальчук у посібнику «Практикум з АРТ-терапії» підкреслюють значення символічного мислення та образної мови у роботі з травмованими клієнтами, зокрема військовослужбовцями [16]. Н. В. Медведєва досліджує юнгіанські підходи у творчому самовираженні, акцентуючи на ролі архетипів у процесі психокорекції [5].

Особливу увагу в сучасних дослідженнях приділено нейропсихологічним механізмам впливу АРТ-терапії. Б. ван дер Колк доводить, що травматичний досвід зберігається не лише у пам’яті, а й у тілі, порушуючи зв’язок між емоційною та когнітивною сферами. АРТ-терапія, як форма тілесно-орієнтованої роботи, сприяє відновленню цього зв’язку через активацію сенсомоторних зон мозку [10, 75].

У роботі з травмованими військовослужбовцями АРТ-терапія має низку переваг. По-перше, вона дозволяє опрацювати досвід, який важко вербалізувати через сором, біль або втрату сенсу. По-друге, вона створює безпечний простір для емоційного розвантаження, де військовослужбовець не відчуває тиску чи оцінювання. По-третє, вона активізує внутрішні ресурси особистості, сприяючи формуванню нових життєвих орієнтирів [5, 12, 14].

Серед найбільш ефективних технік, що застосовуються у роботі з травмою, можна виокремити: створення мандал, колажів, масок, роботу з глиною, ленд-арт, арт-журналінг. Ці методи дозволяють не лише виявити глибинні переживання, а й трансформувати їх у символічній формі, що знижує інтенсивність емоційного болю [4, 5, 14].

Ефективність АРТ-терапії як методу психологічної допомоги військовослужбовцям із травматичним досвідом підтверджена результатами емпіричних досліджень.

Дослідження Л. М. Бірук, проведене на вибірці з 60 військовослужбовців, які мали досвід переживання травматичних подій, підтвердило ефективність АРТ-терапевтичних методів у процесі психологічної реабілітації. У роботі було застосовано комплекс психодіагностичних інструментів, зокрема КОСБ-3, шкалу тривожності Спілбергера, опитувальник PCL-5 та методику діагностики неврозу. Реалізація АРТ-терапевтичної програми, що включала нейрографіку, витинанку та ведення щоденника позитивних думок, продемонструвала статистично значуще зниження показників тривожності (з 75% до 35%), рівня невротизації (з 77% до 32%) та позитивного скринінгу на ПТСР (з 78% до 40%). Отримані результати свідчать про високу ефективність АРТ-терапії як інструменту психологічної допомоги військовослужбовцям у подоланні наслідків бойової психотравми та формуванні адаптивних механізмів саморегуляції [5].

Таким чином, АРТ-терапія є цінним методом психологічної допомоги при травматичному досвіді, зокрема у роботі з військовослужбовцями, які зазнали бойової психотравми. Її ефективність підтверджується як теоретичними обґрунтуваннями, так і емпіричними дослідженнями, що відкриває перспективи для подальшого впровадження у систему психологічної реабілітації в Україні.

1.2 Закордонний та український досвід застосування АРТ-терапії у роботі з військовими

АРТ-терапія, як інтегративний психотерапевтичний підхід, набула особливого значення у сфері реабілітації військовослужбовців, які пережили бойову травму, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), моральну травму та інші психоемоційні наслідки війни. В умовах сучасних воєнних конфліктів, зростає потреба у доказових, комплексних та гуманних методах підтримки ветеранів і військових, що повертаються до мирного життя. АРТ-терапія, завдяки своїй універсальності, можливості працювати з невербальними аспектами досвіду та адаптивності до різних культурних контекстів, стала невід’ємною частиною реабілітаційних програм у багатьох

країнах світу.

Creative Forces: NEA Military Healing Arts Network – це національна ініціатива Національного фонду мистецтв США (NEA) у партнерстві з Міністерством оборони (DoD) та Департаментом у справах ветеранів (VA), а також за участі державних і місцевих мистецьких агентств. Програма спрямована на покращення здоров'я, добробуту та якості життя військовослужбовців, ветеранів, їхніх родин і доглядальників, які зазнали травматичних подій, шляхом розширення доступу до клінічних творчих АРТ-терапій і залучення до мистецьких ініціатив у громаді.

Creative Forces інтегрує творчі АРТ-терапії (арт-терапія, музикотерапія, танцювально-рухова терапія, драматерапія, терапевтичне письмо) у міждисциплінарні програми лікування в медичних закладах DoD і VA, а також підтримує розвиток мистецьких програм у громадах по всій країні. Програма охоплює як клінічний компонент (надання терапевтичних послуг у медичних закладах), так і громадський компонент (гранти, мистецькі проєкти, навчання, ресурсний центр).

Клінічний компонент Creative Forces реалізується у 12 медичних закладах DoD і VA по всій території США, а також через телемедичні сервіси для віддалених і сільських регіонів. На кінець 2024 року в програмі працюють 32 сертифіковані АРТ-терапевти (CATs), які надають послуги АРТ-терапії, музикотерапії, танцювально-рухової терапії, драматерапії та терапевтичного письма для військовослужбовців, ветеранів, їхніх родин і доглядальників.

Міждисциплінарна команда клінічного компоненту включає АРТ-терапевтів, музикотерапевтів, танцювально-рухових терапевтів, драматерапевтів, психіатрів, неврологів, сімейних терапевтів, фізіотерапевтів, логопедів, соціальних працівників, а також фахівців із велнесу та догляду. У NICoE діє чотиритижнева інтенсивна амбулаторна програма, що охоплює до 17 терапевтичних дисциплін, з щоденними сесіями по 6–7 годин.

Ключові функції клінічного компоненту:

- Надання індивідуальних і групових АРТ-терапевтичних сесій для

пацієнтів із ПТСР, TBI, депресією, тривожними розладами, хронічним болем, залежностями, паліативними станами.

- Проведення сімейних сесій для покращення комунікації, емоційного зв’язку та стійкості родин.
- Використання телемедичних технологій для розширення доступу до терапій у віддалених регіонах.
- Впровадження стандартизованих протоколів оцінки, моніторингу та аналізу результатів лікування (MEL, PCL-5, PHQ-9, GAD-7, WHOQOL, NIH Toolbox, біомаркери, fMRI).

Громадський компонент Creative Forces (Community Engagement Program) розширює вплив програми за межі клінічних закладів, підтримуючи мистецькі ініціативи для військових, ветеранів, їхніх родин і доглядальників у громадах по всій країні. З 2022 року реалізується грантова програма у партнерстві з Mid-America Arts Alliance (M-AAA), яка фінансує некомерційні організації, муніципалітети, університети, мистецькі центри, що працюють із військовими спільнотами [78].

Клінічні дослідження Creative Forces та незалежні мета аналізи свідчать про статистично значуще зниження симптомів ПТСР, тривожності та депресії у військових і ветеранів, які брали участь у творчих арт-терапіях.

У дослідженні G. Kaimal, M. S. Walker та ін. було виявлено, що учасники, які зосереджувалися на соціальних зв’язках і ідентичності, мали нижчі показники ПТСР, депресії та тривожності (за шкалами PCL-5, PHQ-9, GAD-7) [63].

Метааналіз J. Wang та ін. показав, що загальний ефект АРТ-терапії для зменшення симптомів ПТСР є статистично значущим (SMD = –1.98, 95% CI: –3.80 до –0.16, $p < 0.05$), хоча гетерогенність досліджень залишається високою [76].

Систематичний огляд A. Karcı та Y. Özel підтверджує ефективність АРТ-терапії у зниженні симптомів тривожності, депресії, гіперзбудження, уникнення, а також у покращенні емоційної регуляції та якості життя [64].

Creative Forces – це унікальна національна ініціатива, що поєднує

клінічні арт-терапії та громадські мистецькі програми для підтримки військових, ветеранів, їхніх родин і доглядальників. Програма має розгалужену структуру, високий рівень доказової бази, сучасні стандарти підготовки фахівців, розвинену систему оцінки впливу та навчання.

Combat Stress – це найбільша у Великій Британії благодійна організація, що спеціалізується на наданні психічної допомоги ветеранам, які страждають на ПТСР, КПТСР, моральну травму та інші складні психічні розлади, пов'язані з військовою службою. Організація була заснована у 1919 році, має понад столітній досвід і є лідером у сфері клінічних інновацій для ветеранів.

Combat Stress надає допомогу ветеранам усіх родів військ і конфліктів, незалежно від часу служби, статі чи віку. Особливий акцент робиться на адаптації програм до військової культури, врахуванні моральної травми, гендерних аспектів (зокрема, підтримка жінок-ветеранів, які пережили військову сексуальну травму) та інклюзивності.

Основні характеристики Combat Stress:

- Національне покриття: три спеціалізовані клінічні центри, шість регіональних хабів, розгалужена мережа амбулаторних, онлайн та резидентних програм.
- Мультидисциплінарний підхід: команда складається з психологів, психіатрів, АРТ-терапевтів, ерготерапевтів, медичних сестер, соціальних працівників та інших фахівців.
- Інтенсивні програми лікування: VICTOR (Veterans' Intensive Complex Trauma Organised Recovery), Intensive Treatment Programme (ITP), Creative Wellbeing Programme (CWP) та інші.
- АРТ-терапія: інтегрована у всі основні програми як обов'язковий або опційний компонент.
- Дослідницька діяльність: Combat Stress має власний науковий підрозділ, співпрацює з King's College London, бере участь у міжнародних консорціумах (Five Eyes, Virginia Mason Institute, ISTSS).
- Фінансування та партнерства: організація отримує підтримку від державних структур (NHS, MoD, Scottish Government), благодійних

фондів, приватних донорів; регулярно публікує річні звіти та результати досліджень.

АРТ-терапія у Combat Stress впроваджується з 2001 року і є невід'ємною частиною всіх основних лікувальних програм. Модель втручань адаптована до короткострокових резидентних форматів, базується на фазовому підході до роботи з травмою та враховує особливості військової культури.

Ключові принципи:

- Фазовість: поступове занурення у травматичний досвід через символічне вираження, з подальшою вербалізацією та інтеграцією.
- Групова динаміка: використання групових сесій для формування підтримки, нормалізації досвіду, зниження ізоляції та стигми.
- Індивідуалізація: можливість індивідуальних сесій для опрацювання особливо складних тем або для ветеранів із високим рівнем уникнення чи дисоціації.
- Мультидисциплінарність: АРТ-терапія інтегрується з іншими модулями (КПТ, психоедукація, ерготерапія, фізична активність, mindfulness).

Емпіричні дослідження ефективності АРТ-терапії у програмах Combat Stress у Великій Британії підтверджують її значний вплив на психічне здоров'я ветеранів із ПТСР.

У кількісних дослідженнях застосовувалися стандартизовані психодіагностичні інструменти, зокрема:

- Шкала симптомів ПТСР-інтерв'ю (PSS-I) (PTSD Symptom Scale-Interview (PSS-I);
- Контрольний список ПТСР для DSM-5 (PCL-5) (PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5);
- Шкала дисоціативних переживань II (DES-II) (Dissociative Experiences Scale II (DES-II);
- Шкала психічного благополуччя Ворвіка-Единбурга (WEMWBS) (Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS);

- Шкала робочої та соціальної адаптації (WSAS) (Work and Social Adjustment Scale (WSAS);
- Тест на виявлення розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю (AUDIT) (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT);
- Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9) (Patient Health Questionnaire (PHQ-9);
- Шкала генералізованих тривожних розладів (GAD-7) (Generalised Anxiety Disorders measure (GAD-7);
- Виміри реакцій гніву (DAR-5) (Dimensions of Anger Reactions (DAR-5);
- Міжнародний опитувальник травм (ITQ) (International Trauma Questionnaire (ITQ);
- Шкала ВООЗ для оцінки інвалідності (WHODAS 2.0).

Результати дослідження D. Murphy та ін. (2016), проведеного серед 401 ветерана, які пройшли шеститижневу програму інтенсивного лікування (ITP), засвідчили значуще зниження симптомів ПТСР: середній бал за шкалою PSS-I зменшився на 11,9 пунктів (з 36,5 до 24,9), причому ефект зберігався у 83% учасників протягом року після завершення лікування [71].

У дослідженнях J. Lobban та D. Murphy, E. Palmer та ін. було зафіксовано зниження частоти та інтенсивності симптомів уникнення (за PSSI) та дисоціації (за DES-II) після 12 сесій АРТ-терапії. Середній показник прийнятності АРТ-терапії становив 4,43 з 5, що свідчить про високу задоволеність учасників. Крім того, ветерани відзначали покращення саморегуляції та саморефлексії, зниження симптомів ізоляції та депресії, а також підвищення рівня соціального функціонування. Важливим результатом є висока прийнятність АРТ-терапії: 99% учасників висловили намір застосовувати набуті знання після повернення додому. Групова динаміка сприяла нормалізації травматичного досвіду, зниженню стигматизації та формуванню підтримуючих соціальних зв’язків [66, 72].

Якісні дослідження та наративи ветеранів підтверджують значний терапевтичний потенціал АРТ-терапії у процесі реабілітації осіб із бойовим досвідом.

У дослідженні J. Baumann та ін., проведеному в рамках Creative

Wellbeing Programme, за допомогою тематичного аналізу було встановлено, що АРТ-терапія сприяє безпечному опрацюванню травматичних спогадів, розвитку саморефлексії, зниженню симптомів уникнення та дисоціації, а також покращенню психоемоційного стану. Учасники відзначали підвищення рівня впевненості та формування підтримуючих соціальних зв'язків, що є важливим чинником у процесі ресоціалізації [62].

Важливим аспектом якісних даних є нормалізація досвіду: ветерани наголошували, що групова АРТ-терапія допомагає усвідомити спільність переживань, знижує відчуття ізоляції та сприяє подоланню стигматизації, пов'язаної з психічними розладами.

Крім того, учасники підкреслювали позитивний вплив творчого процесу, який приносив задоволення, підвищував мотивацію до участі та забезпечував довготривалий терапевтичний ефект. Таким чином, АРТ-терапія виступає не лише як інструмент зниження симптомів ПТСР, але й як засіб формування нових ресурсів, що підтримують процес відновлення та соціальної інтеграції ветеранів.

Довгострокові результати емпіричних досліджень підтверджують стійкий терапевтичний ефект АРТ-терапії у програмах інтенсивного лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

У дослідженні H. Gahnfelt та ін. було проаналізовано ефективність восьмиденної інтенсивної програми (ІТР), результати якої засвідчили збереження позитивного ефекту протягом трьох місяців після завершення лікування: 73,3% учасників більше не відповідали діагностичним критеріям ПТСР за Міжнародним опитувальником травм (International Trauma Questionnaire (ITQ). Це свідчить про значний потенціал АРТ-терапевтичних інтервенцій у забезпеченні довготривалої ремісії симптомів [60].

Водночас дослідження підкреслює необхідність подальшої підтримки ветеранів, оскільки у частини учасників зберігаються функціональні порушення, проблеми з алкогольною залежністю та депресивні прояви. Це вимагає застосування тривалого мультидисциплінарного підходу, який поєднує АРТ-терапію з іншими видами психосоціальної та медичної

допомоги [71].

Ключові чинники, що визначають ефективність АРТ-терапії у роботі з ветеранами, мають багатовимірний характер і охоплюють як індивідуальні, так і групові аспекти психосоціальної підтримки.

Одним із провідних факторів є підтримка однолітків (peer support), що реалізується через групову динаміку, спільний досвід військової служби та нормалізацію переживань. Це сприяє зниженню ізоляції та стигматизації, формує відчуття спільності та взаємної підтримки [62].

Важливим є травма-інформований підхід, який передбачає поступове занурення у травматичний досвід із забезпеченням безпеки, контролю над процесом та можливістю вибору формату й теми роботи. Такий підхід мінімізує ризик ретравматизації та підвищує довіру до терапевтичного процесу [67].

Значну роль відіграє символічна репрезентація, коли мистецтво використовується як опосередкований засіб вираження травматичних спогадів. Це дозволяє інтегрувати досвід без прямої конфронтації з травмою та сприяє його поступовому осмисленню. Водночас АРТ-терапія забезпечує перехід від невербального до вербального процесу, допомагаючи «розблокувати» складні почуття, які згодом можуть бути вербалізовані у безпечному середовищі [62].

Не менш важливим чинником є задоволення від творчості, що підвищує мотивацію до участі, сприяє розвитку навичок саморегуляції та саморефлексії, а також формує позитивний досвід, який має довготривалий терапевтичний ефект.

Ефективність АРТ-терапії зростає завдяки адаптації до військової культури, що включає врахування специфіки військового досвіду, використання знайомих символів, елементів гумору та ритуалів, а також залучення ветеранів як фасилітаторів. Це забезпечує автентичність процесу та підвищує його прийнятність серед учасників [62].

Ключовим чинником є також довіра до АРТ-терапевта, яка формується завдяки стабільності команди, попередньому досвіду участі у програмах

Combat Stress та створенню неформального середовища (музей, студія), що знижує рівень тривоги та сприяє відкритості [62].

Нарешті, мультидисциплінарний підхід, який поєднує АРТ-терапію з когнітивно-поведінковою терапією (КПТ), практиками mindfulness, фізичною активністю, психоедукацією та ерготерапією, значно підвищує ефективність програм і знижує ризик відсіву учасників [60].

Практичні матеріали, протоколи та мануали АРТ-терапевтичних сесій, розроблені організацією Combat Stress, становлять систематизований інструментарій для роботи з ветеранами, що мають досвід бойових травм та посттравматичних розладів.

У рамках програми було створено адаптивну модель АРТ-терапії, яка ґрунтується на фазовому підході та передбачає проведення тематичних сесій із використанням символів і ритуалів. Модель включає як групову, так і індивідуальну роботу, а також інтеграцію з іншими модулями — mindfulness, когнітивно-поведінковою терапією (КПТ) та ерготерапією [62].

Директиви для проведення сесій охоплюють широкий спектр практик: тематичне малювання, створення масок, колективні полотна, ведення АРТ-журналів, скульптуру, роботу з музейними об’єктами та спеціальні арт-ритуали (наприклад, зберігання робіт у конвертах чи їхня презентація у тиші) [73].

Для забезпечення високої якості роботи розроблено навчальні програми для АРТ-терапевтів, що включають тренінги з військової культури, травма-інформованого підходу, роботи з моральною травмою, гендерними аспектами, peer support, а також питання етики та безпеки [78].

Оцінка ефективності здійснюється за допомогою валідованих психодіагностичних шкал (PCL-5, PSS-I, DES-II, ITQ, WHODAS 2.0), а також комбінованого використання самозвітів учасників, спостережень терапевта, нейрофізіологічних даних і носимих пристроїв для моніторингу фізіологічних показників. Такий комплексний підхід дозволяє отримати багатовимірну картину змін у психоемоційному стані ветеранів та забезпечує високу валідність результатів [60].

Британська благодійна організація Combat Stress є провідним центром інновацій у сфері психічного здоров'я ветеранів із ПТСР і КПТСР, інтегруючи АРТ-терапію у мультидисциплінарні інтенсивні програми лікування. Емпіричні дослідження, проведені у Combat Stress та міжнародних партнерських організаціях, підтверджують високу ефективність АРТ-терапії у зниженні симптомів уникнення, дисоціації, розвитку саморегуляції, підвищенні прийнятності та мотивації до лікування.

У Південній Кореї АРТ-терапія почала активно впроваджуватися в лікарнях та центрах підтримки спільнот з початку 1990-х років.

АРТ-терапія у Південній Кореї застосовується як частина комплексних програм лікування посттравматичного стресового розладу, тривожних і депресивних розладів у військових госпіталях та реабілітаційних центрах. Вона інтегрується у мультидисциплінарні команди, де АРТ-терапевти співпрацюють із психіатрами, психологами та соціальними працівниками, що забезпечує цілісний підхід до лікування. Цей метод заповнює прогалини, які не може закрити традиційна розмовна терапія, особливо у роботі з глибокими емоційними шарами травми [58].

Значна увага приділяється груповим програмам, які сприяють нормалізації досвіду, зниженню ізоляції та розвитку підтримуючих соціальних зв'язків. Важливим чинником є культурна адаптація: у процесі терапії використовуються місцеві символи, традиції та ритуали, що підвищує прийнятність АРТ-терапії серед військових та ветеранів.

Крім того, АРТ-терапія у Південній Кореї поєднується з іншими методами, зокрема когнітивно-поведінковою терапією (КПТ), практиками mindfulness та тілесно-орієнтованими підходами. Така інтеграція дозволяє підвищити ефективність програм і забезпечити довготривалий терапевтичний ефект.

Основні дослідження та практичні програми у Південній Кореї підтверджують, що АРТ-терапія для військових і ветеранів із ПТСР сприяє зниженню симптомів, покращенню емоційної регуляції та соціальній інтеграції, а її ефекти зберігаються протягом кількох місяців після

завершення програм [70].

Ключові результати:

- Зниження симптомів ПТСР: АРТ-терапія допомагає зменшити інтенсивність флешбеків, уникнення та дисоціативних проявів.
- Покращення емоційної регуляції: учасники відзначають розвиток навичок саморефлексії та самоконтролю.
- Соціальна інтеграція: групові програми сприяють нормалізації досвіду, зниженню ізоляції та формуванню підтримуючих зв’язків.
- Довгостроковий ефект: терапевтичний результат зберігається протягом кількох місяців після завершення програм, хоча у частини ветеранів залишається потреба у додатковій підтримці [70, 74].

Досвід Південної Кореї демонструє, що АРТ-терапія є ефективним інструментом у роботі з військовими та ветеранами, особливо у поєднанні з іншими психотерапевтичними методами та врахуванням культурного контексту. Вона сприяє не лише зниженню симптомів ПТСР, але й формуванню соціальної підтримки та довготривалої реабілітації.

В Україні АРТ-терапія активно інтегрується у програми психологічної реабілітації військовослужбовців, особливо тих, хто зазнав бойової травми та посттравматичних стресових розладів.

З 2022 року в Україні активно впроваджується політика інтеграції АРТ-терапії у систему охорони психічного здоров’я, реабілітації військових та ветеранів. МОЗ, Мінсоцполітики, Міністерство культури, профільні комітети Верховної Ради розробляють нормативно-правову базу, стандарти підготовки фахівців, протоколи впровадження АРТ-терапії у реабілітаційних закладах, госпіталях, центрах психологічної підтримки.

Український досвід АРТ-терапії у роботі з військовими ґрунтується на її поліфункціональності та здатності забезпечувати невербальне вираження емоцій, що робить метод особливо ефективним для опрацювання травматичного досвіду. Дослідження українських авторів підкреслюють її

інноваційний характер та механізми дії, які сприяють когнітивному переосмисленню та формуванню нових моделей реагування.

АРТ-терапія у працях українських дослідників визначається як поліфункціональний метод, що поєднує терапевтичні та корекційні інтервенції для роботи з травматичним досвідом військовослужбовців. Її ключова особливість полягає у можливості невербального вираження емоцій та символічного опрацювання травми, що дозволяє учасникам безпосередньо переносити внутрішні переживання у художні образи. Це створює безпечний простір для вираження складних почуттів, які часто важко вербалізувати [4].

Механізми дії АРТ-терапії полягають у перенесенні травматичного досвіду на образотворчі матеріали, що сприяє когнітивному переосмисленню та інтеграції травматичних спогадів у життєвий досвід. Такий процес забезпечує вивільнення пригнічених емоцій — гніву, провини, сорому — та формування нових конструктивних моделей реагування. АРТ-терапія виступає інструментом емоційної стабілізації та розвитку саморефлексії, що є критично важливим для військових у процесі реабілітації [49].

Дослідження та практичні проєкти 2017 – 2025 років підтверджують її ефективність у стабілізації емоційного стану, розвитку внутрішніх ресурсів та соціальній адаптації.

У магістерській роботі Бірук Л.М., виконаній у Волинському національному університеті імені Лесі Українки, було досліджено вплив АРТ-терапевтичних інтервенцій на психоемоційний стан 60 військовослужбовців. Для діагностики застосовувалися стандартизовані методики: КОСБ-3, шкала тривоги Спілбергера, PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) та методика діагностики неврозу.

Результати показали, що після проходження АРТ-терапевтичної програми, яка включала нейрографіку, витинанку та ведення щоденника позитивних думок, рівень тривожності знизився з 75% до 35%, показники невротизації — з 77% до 32%, а позитивний скринінг на ПТСР — з 78% до 40%. Це свідчить про значний терапевтичний ефект та потенціал АРТ-терапії у стабілізації психоемоційного стану військових.

Крім кількісних змін, було відзначено якісні ефекти: АРТ-терапія

сприяла візуалізації та опрацюванню травматичних спогадів, формуванню нових внутрішніх рішень та активації правопівкульної обробки інформації. Це забезпечувало когнітивне переосмислення травматичного досвіду та розвиток конструктивних моделей реагування [5].

У дослідженні Буліч В. та Фількіної Т. було проаналізовано використання спеціальних АРТ-терапевтичних технік у процесі психологічної реабілітації поранених військовослужбовців. Зокрема, застосовувалися методи «каракулі», «Історія народження одного кольору», а також робота з глиною та фольгою.

Ці техніки сприяли вивільненню емоцій, зниженню рівня тривожності та активації правопівкульної обробки інформації, що дозволяло оминати когнітивні бар'єри та забезпечувало більш глибоке опрацювання травматичного досвіду. АРТ-терапевтичні інтервенції виступали засобом емоційної стабілізації, допомагали військовослужбовцям відновлювати внутрішню рівновагу та формувати нові адаптивні моделі реагування [9].

Проєкт ART THERAPY FORCE є сучасною українською ініціативою, що впроваджує доказову АРТ-терапію у роботі з ветеранами та дітьми, використовуючи нейрофідбек для оцінки змін мозкової активності. Дослідження підтверджують її ефективність у стабілізації психоемоційного стану, зниженні тривожності, покращенні соціалізації та відновленні суб'єктності військових, які пережили полон чи втратили кінцівки.

Емпіричні результати проєкту ART THERAPY FORCE підтверджують значний терапевтичний потенціал АРТ-терапії у роботі з ветеранами та військовослужбовцями, які зазнали тяжких психотравм.

Застосування АРТ-терапевтичних програм у поєднанні з нейрофідбеком дозволило об'єктивно оцінити зміни у мозковій активності до та після інтервенцій. Дослідження показали, що АРТ-терапія сприяє стабілізації психоемоційного стану ветеранів, знижує рівень тривожності та симптомів стресових розладів. Важливим результатом є також покращення соціалізації, формування підтримуючих мереж та відновлення здатності до взаємодії у соціальному середовищі.

Особливу увагу приділено феномену відновлення суб'єктності у військових, які пережили полон або втратили кінцівки. Завдяки творчому процесу та символічному опрацюванню травматичного досвіду учасники отримали можливість переосмислити власну життєву ситуацію, відновити відчуття контролю та внутрішньої цілісності [50].

У рамках пілотного проекту, реалізованого у Київському міському центрі «Аскольд», проводилися АРТ-терапевтичні заняття для військовослужбовців, які проходили лікування у медичних закладах столиці. Результати показали, що застосування творчих практик сприяло покращенню психологічного стану, зниженню рівня тривожності та підвищенню мотивації до відновлення. АРТ-терапія виступила засобом емоційної стабілізації та підтримки внутрішніх ресурсів військових, що є критично важливим у процесі їхньої реабілітації [17].

В Україні створено низку практичних посібників, методичних матеріалів, навчальних програм з АРТ-терапії, які інтегрують сучасні наукові підходи, емпіричні дослідження, клінічні кейси та авторські методики. Зокрема, посібник Кальки та Ковальчук містить понад 50 АРТ-терапевтичних технік, спрямованих на роботу з емоціями, тілесно-емоційною пам'яттю, травматичними спогадами, формуванням нових внутрішніх рішень [16].

Всеукраїнська Арттерапевтична Асоціація (ВГО «Арттерапевтична асоціація») організовує курси підвищення кваліфікації, тренінги, супервізії, конференції, видає збірники наукових праць, методичні матеріали, розробляє стандарти професійної підготовки АРТ-терапевтів відповідно до європейських і міжнародних стандартів [31].

Інститут психології здоров'я, ГО «NORMA VITA», проєкт ART THERAPY FORCE, «Серце Азовсталі» впроваджують АРТ-терапевтичні програми для військових, ветеранів, дітей, жінок, освітян, організовують групи підтримки, реабілітаційні табори, навчальні курси для фахівців.

Порівняльний аналіз українського та закордонного досвіду застосування АРТ-терапії у реабілітації військовослужбовців демонструє суттєві відмінності у масштабі, методах та результатах, що відображають

рівень інституційної підтримки та інтеграції цього підходу у систему охорони здоров'я (табл. 1.1).

Аспект	Український досвід (2017-2025)	Закордонний досвід (США, Велика Британія, Південна Корея)
Масштаб застосування	Локальні програми при університетах, госпіталях та громадських ініціативах; дослідження точкові	Системні державні та військові програми; інтеграція у систему охорони здоров'я та армійські протоколи
Основні методи	Малювання, колаж, мандалотерапія, створення масок; групові заняття для військових та їхніх родин	Широкий спектр: арт-журнали, скульптура, музика, драматерапія; індивідуальні та групові програми; інтеграція з КПТ, mindfulness, тілесними практиками
Цілі реабілітації	Стабілізація емоційного стану, інтеграція травматичного досвіду, підтримка родин	Лікування ПТСР, робота з моральною травмою, розвиток резильєнтності, профілактика повторної травматизації
Рівень інституційної підтримки	Частково інтегровано у практику психологічної допомоги; бракує системної державної програми	Повна інтеграція у військові госпіталі, клініки VA (США), програми Combat Stress (Велика Британія), реабілітаційні центри (Південна Корея)
Результати досліджень	Підтверджено ефективність у зниженні тривожності та соціалізації (Бамбурак, Бірук, «Аскольд»)	Доведено значне зниження симптомів ПТСР, покращення якості життя та соціальної інтеграції (Murphy та ін., 2016; Lobban & Murphy, 2017; Kaimal та ін., 2020; Kudara та ін., 2023)

Таблиця 1.1. Порівняльний аналіз українського та закордонного досвіду застосування АРТ-терапії у реабілітації військовослужбовців

В Україні (2017–2025) АРТ-терапія реалізується переважно у форматі

локальних програм при університетах, госпіталях та громадських ініціативах. Дослідження мають точковий характер, а основними методами виступають малювання, колаж, мандалотерапія та створення масок. Групові заняття орієнтовані як на військових, так і на їхні родини. Основними цілями є стабілізація емоційного стану, інтеграція травматичного досвіду та підтримка сімей. Інституційна підтримка залишається частковою: АРТ-терапія інтегрована у практику психологічної допомоги, проте бракує системної державної програми. Результати досліджень підтверджують ефективність у зниженні тривожності та покращенні соціалізації.

Закордонний досвід (США, Велика Британія, Південна Корея) характеризується системністю та масштабністю. АРТ-терапія інтегрована у державні та військові програми, включена до протоколів охорони здоров'я та армійських систем реабілітації. Використовується широкий спектр методів: арт-журнали, скульптура, музика, драматерапія, а також індивідуальні та групові програми, що поєднуються з когнітивно-поведінковою терапією, mindfulness та тілесно-орієнтованими практиками. Цілі реабілітації охоплюють лікування ПТСР, роботу з моральною травмою, розвиток резильєнтності та профілактику повторної травматизації. Рівень інституційної підтримки є високим: АРТ-терапія інтегрована у військові госпіталі, клініки VA (США), програми Combat Stress (Велика Британія) та реабілітаційні центри Південної Кореї. Емпіричні дослідження доводять значне зниження симптомів ПТСР, покращення якості життя та соціальної інтеграції.

Висновки до розділу 1

Аналіз теоретичних аспектів проблеми застосування АРТ-терапії у психологічній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України показав, що бойова психотравма є багатовимірним феноменом, який охоплює нейробіологічні, психологічні та соціокультурні механізми. Вона відрізняється від цивільної травми інтенсивністю, тривалістю та кумулятивним ефектом, а також супроводжується моральними дилемами, втратою побратимів, соціальною ізоляцією та стигматизацією.

Розгляд травматичного досвіду у межах психоаналітичних, когнітивних, гуманістичних та інтегративних моделей дозволив виявити його багатовимірність та підтвердив необхідність комплексного підходу до реабілітації. Сучасні дослідження доводять, що травма змінює функціонування мозку, когнітивні процеси та соціальну поведінку, а її подолання потребує врахування біологічних, психологічних і соціальних чинників.

Особливе значення має колективний вимір травми, який формує нові смисли та інтегрується у національну ідентичність, але водночас породжує ризики соціальної фрагментації та стигматизації ветеранів. Це зумовлює необхідність культурно чутливих та морально орієнтованих програм психологічної допомоги.

У цьому контексті АРТ-терапія постає як ефективний та універсальний метод психологічної реабілітації. Вона забезпечує можливість безпечного вираження складних переживань, сприяє емоційній стабілізації, інтеграції травматичного досвіду та формуванню нових адаптивних стратегій. Символічна мова мистецтва дозволяє працювати з несвідомими процесами, що робить АРТ-терапію не лише допоміжним, а й самостійним напрямом психологічної допомоги військовослужбовцям.

Таким чином, теоретичний аналіз підтверджує, що АРТ-терапія має значний потенціал у системі психологічної реабілітації військових, оскільки поєднує наукові знання з практичними методами, сприяє відновленню внутрішньої цілісності та підвищує стійкість особистості в умовах сучасної

війни.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРУДНОЩІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ГРУПИ

2.1 Методи дослідження та характеристика вибірки

У дослідженні застосовано комплекс емпіричних методів, спрямованих на оцінку психоемоційного стану військовослужбовців та виявлення ефективності АРТ-терапевтичних інтервенцій. Для збору даних використано стандартизовані психодіагностичні інструменти, що мають високу валідність та надійність у клінічній практиці.

До психодіагностичного інструментарію увійшли:

- Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна, яка дозволяє визначити суб'єктивний рівень психофізіологічного напруження та загального функціонального стану респондентів.
- Шкала депресії Бека (BDI), що забезпечує кількісне вимірювання інтенсивності депресивних симптомів та їх динаміки у процесі реабілітації.
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), яка дає змогу комплексно оцінити рівень тривожності та депресії у військовослужбовців, що перебувають у процесі лікування та відновлення.
- Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart), що застосовується для швидкої діагностики симптомів посттравматичного стресового розладу, а також супутніх проявів тривожності та депресії.

Застосування зазначених методик забезпечило багатовимірний аналіз психоемоційного стану учасників, дозволило виявити як окремі симптоми, так і їхні взаємозв'язки, а також оцінити ефективність АРТ-терапевтичних програм. Для систематизації використаних інструментів та їх діагностичних можливостей доцільно представити узагальнену таблицю, яка демонструє відповідність між методами дослідження, психологічними показниками та

очікуваними результатами терапевтичного впливу (табл. 2.1).

Метод	Діагностичні показники	Очікуваний результат
Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна	Рівень психофізіологічного напруження, суб'єктивна оцінка функціонального стану	Визначення загального стану військовослужбовців, виявлення динаміки змін після АРТ-терапії
Шкала депресії Бека (BDI)	Інтенсивність депресивних симптомів	Кількісна оцінка рівня депресії та його зниження після участі у програмі
Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)	Рівень тривожності та депресії	Комплексна діагностика психоемоційного стану, виявлення супутніх розладів
Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)	Симптоми ПТСР, тривожності та депресії	Швидка діагностика посттравматичних проявів, оцінка ефективності АРТ-терапевтичних інтервенцій

Таблиця 2.1. Методи психодіагностики військовослужбовців та очікувані результати їх застосування

Представлена таблиця узагальнює діагностичні можливості застосованих методик, демонструючи їхню функціональну специфіку та очікувані результати у контексті АРТ-терапевтичного втручання. Кожен інструмент охоплює окремий аспект психоемоційного стану військовослужбовців: методика О. М. Кокуна дозволяє оцінити загальний психофізіологічний тонус, шкала Бека – інтенсивність депресивних симптомів, HADS – рівень тривожності та депресії без впливу соматичних чинників, а шкала B.B. Hart – швидко виявити посттравматичні прояви.

Комплексне застосування цих методик забезпечує багатовимірний аналіз, що дозволяє не лише фіксувати окремі симптоми, а й простежити їхню динаміку у процесі реабілітації. Такий підхід підвищує достовірність результатів, сприяє точному визначенню ефективності арт-терапевтичних програм та дозволяє формувати індивідуалізовані маршрути психологічної підтримки.

Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану,

розроблена О.М. Кокуном у співпраці з Науково-дослідним центром гуманітарних проблем Збройних Сил України, є спеціально адаптованим інструментом для діагностики психоемоційного та мотиваційного стану військовослужбовців. Вона призначена для виявлення негативних психічних станів, оцінки функціонального стану та визначення рівня готовності до виконання бойових завдань. Методика ґрунтується на принципі шкалованої самооцінки, коли респонденти оцінюють власний стан за семибальною шкалою.

У структурі методики виділяють сім ключових показників: самопочуття, активність, настрій, працездатність, зацікавленість до участі в бойових діях, бажання виконувати завдання в умовах бойових дій та впевненість у власних силах. Отримані середні значення за кожним показником дозволяють комплексно визначити психофізіологічний стан групи та простежити його динаміку у процесі реабілітації. Для перевірки достовірності різниць між вибірками застосовується статистичний аналіз із використанням t-критерію Стьюдента та рівня значущості p.

Використання методики О.М. Кокуна у дослідженні військовослужбовців дозволяє не лише оцінити їхній психофізіологічний стан, а й простежити мотиваційно-вольові аспекти, що визначають готовність до виконання професійних завдань у бойових умовах. Такий комплексний підхід забезпечує більш глибоке розуміння психологічних труднощів та ефективності АРТ-терапевтичних інтервенцій у процесі реабілітації.

Таким чином, методика Кокуна забезпечує багатовимірний аналіз психофізіологічного стану, є чутливою до змін у психоемоційній сфері та може ефективно застосовуватися як у клінічних, так і у польових умовах, що робить її особливо цінною у роботі з військовослужбовцями [1, 20].

Шкала депресії Бека (BDI) є одним із найбільш поширених та валідних психодіагностичних інструментів для кількісної оцінки інтенсивності депресивних симптомів. Вона була розроблена американським психіатром Аароном Т. Беком у 1961 році як частина його когнітивної теорії депресії. Згодом методика була модифікована у формі BDI-IA та BDI-II (1996), що

дозволило адаптувати її до сучасних діагностичних критеріїв.

Структурно шкала складається з 21 пункту, кожен з яких описує окремий симптом депресії, серед яких — смуток, безнадійність, почуття провини, втрата інтересу, порушення сну, суїцидальні думки. Респондент самостійно оцінює ступінь вираженості кожного симптому за чотирибальною шкалою (0–3), що відображає інтенсивність переживань протягом останніх двох тижнів.

Принцип роботи шкали полягає у підрахунку сумарного балу, який визначає рівень депресії:

0–13 балів — мінімальна депресія;

14–19 балів — легка депресія;

20–28 балів — помірна депресія;

29–63 балів — виражена депресія.

Методика дозволяє не лише діагностувати наявність депресивних симптомів, але й відстежувати їхню динаміку у процесі лікування чи психокорекції, що робить її особливо корисною у довготривалих дослідженнях та терапевтичних програмах.

Переваги шкали Бека полягають у високій валідності та надійності (внутрішня узгодженість коливається від 0,73 до 0,92, середнє значення — 0,86), широкому застосуванні у клінічній психології та психіатрії, а також універсальності, що дозволяє використовувати її для осіб віком від 13 років у різних культурних контекстах [54, 69].

У військовому контексті шкала депресії Бека є важливим інструментом для виявлення рівня депресивних симптомів у ветеранів та діючих військовослужбовців, моніторингу ефективності АРТ-терапії та інших психокорекційних програм, а також для диференціації станів між тривожністю, ПТСР та депресією, які часто мають спільні прояви.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є одним із найбільш поширених інструментів для скринінгу тривожних і депресивних симптомів у клінічній практиці. Вона була розроблена британськими психіатрами A. S. Zigmond та R. P. Snaith у 1983

році з метою швидкої та надійної оцінки психоемоційного стану пацієнтів у госпітальних умовах. Вона дозволяє швидко оцінити психоемоційний стан, не включаючи соматичні прояви, що робить її особливо корисною у клінічних та реабілітаційних умовах.

Методика складається з 14 пунктів, які поділяються на дві субшкали: HADS-A (тривожність, 7 пунктів) та HADS-D (депресія, 7 пунктів). Кожен пункт оцінюється респондентом за чотирибальною шкалою (від 0 до 3), що відображає ступінь вираженості симптомів протягом останнього тижня. Час виконання тесту становить близько п’яти хвилин, що робить його зручним для використання як у клінічних, так і у дослідницьких умовах.

Принцип роботи шкали полягає у визначенні сумарного балу по кожній субшкалі. Інтерпретація результатів здійснюється за такими критеріями:

0 – 7 балів — норма;

8 – 10 балів — прикордонний рівень;

11 і більше балів — клінічно значущі симптоми.

Важливою особливістю HADS є те, що вона не включає соматичні симптоми (наприклад, порушення апетиту чи сну), що дозволяє уникнути хибних результатів у пацієнтів із фізичними захворюваннями. Це робить шкалу особливо корисною у випадках, коли необхідно диференціювати психоемоційні прояви від соматичних.

Переваги методики полягають у високій валідності та надійності, підтверджених численними міжнародними дослідженнями, швидкості застосування, універсальності (використовується як у госпітальних, так і у популяційних дослідженнях), а також чутливості до змін, що дозволяє відстежувати динаміку психоемоційного стану у процесі лікування чи реабілітації [82].

У військовому контексті HADS є ефективним інструментом для виявлення тривожних і депресивних симптомів у ветеранів та діючих військовослужбовців, моніторингу ефективності АРТ-терапії та інших психокорекційних програм, а також для диференціації станів між тривожністю та депресією, які часто поєднуються у посттравматичних

розладах.

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) є скринінговим психодіагностичним інструментом, призначеним для швидкої оцінки психоемоційного стану осіб, які пережили травматичні події. Вона була розроблена американським дослідником B.B. Hart у 1996 році та того ж року перекладена й адаптована для використання в Україні І.О. Котенєвим.

Методика має компактну структуру й складається з 10 запитань, що охоплюють ключові симптоми тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу. Вона реалізується у формі самозвітного опитувальника, де респондент обирає одну з двох відповідей («так» / «ні»), що значно спрощує процес діагностики та робить її доступною навіть у польових умовах.

Принцип роботи шкали полягає у фіксації наявності або відсутності симптомів, які найчастіше супроводжують психотравму. Серед них: нездатність розслабитися та постійна напруженість, роздратування й поганий настрій, нав’язливі спогади чи образи, труднощі з концентрацією уваги, сильний смуток і печаль, відчуття втоми та нестачі енергії, панічні реакції, уникання всього, що нагадує про травму, а також порушення сну. Порогове значення визначається за кількістю позитивних відповідей («так»), що свідчить про наявність клінічно значущих симптомів.

Переваги методики полягають у її швидкості та простоті застосування, універсальності (може використовуватися як у клінічних, так і у польових умовах), чутливості до специфічних проявів ПТСР та зручності для масового скринінгу. Завдяки цим характеристикам шкала є ефективним інструментом для роботи з великими групами респондентів, включно з військовослужбовцями [1].

У військовому контексті коротка шкала B.B. Hart застосовується для первинного виявлення симптомів ПТСР, тривожності та депресії, оцінки ефективності психокорекційних програм (зокрема АРТ-терапії), а також для диференціації станів між тривожними та депресивними проявами, що часто поєднуються у посттравматичних розладах.

Комплексне застосування зазначених психодіагностичних методик дозволило забезпечити багатовимірний аналіз психоемоційного стану військовослужбовців, охоплюючи як суб'єктивні оцінки функціонального стану, так і кількісні показники депресії, тривожності та посттравматичних симптомів. Вибір інструментів був обґрунтований їхньою валідністю, надійністю та адаптованістю до військового контексту, що забезпечило достовірність отриманих результатів. Поєднання шкал Кокуна, Бека, HADS та Hart дозволило не лише виявити окремі симптоми, а й простежити їхню динаміку у процесі АРТ-терапевтичного втручання, що є важливим критерієм ефективності реабілітаційних програм.

У дослідженні взяли участь 60 діючих військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях. Віковий діапазон становив від 25 до 50 років, всі респонденти – чоловіки. Критеріями включення у дослідження були досвід участі у бойових діях та добровільна згода на участь; критеріями виключення – тяжкі соматичні чи психічні захворювання. Дослідження проводилося на базі Пункту психологічної допомоги (ППД).

Дослідження проводилося відповідно до основних принципів етичної психологічної практики та міжнародних норм біоетики. Участь респондентів була добровільною, кожен учасник надавав інформовану згоду на участь у дослідженні. Конфіденційність отриманих даних забезпечувалася шляхом анонімізації результатів та обмеження доступу до персональної інформації. Особлива увага приділялася запобіганню повторній травматизації учасників, що передбачало використання безпечних методик та можливість припинення участі на будь-якому етапі. У разі потреби респонденти мали доступ до додаткової психологічної підтримки, що гарантувало дотримання принципу «не нашкодь» у процесі дослідження.

2.2 Результати дослідження особливостей психологічних труднощів військослужбовців – учасників АРТ-терапевтичної групи

Результати емпіричного дослідження дозволили виявити специфіку психологічних труднощів військовослужбовців, які брали участь у програмі АРТ-терапевтичних інтервенцій. На початковому етапі було зафіксовано

високий рівень тривожності, депресивних проявів та симптомів посттравматичного стресового розладу, що супроводжувалися емоційною напруженістю, порушеннями сну та труднощами у концентрації уваги. За результатами психодіагностичних методик спостерігалися зниження показників самопочуття та активності, емоційна напруженість, порушення сну, нав'язливі спогади та труднощі у концентрації уваги. Виявлені особливості свідчать про значний вплив бойового досвіду на психоемоційний стан респондентів.

Для визначення вихідного психофізіологічного стану військовослужбовців було застосовано методику шкалованої самооцінки О.М. Кокуна. Вона охоплює сім ключових показників, що відображають як емоційні, так і мотиваційно-вольові аспекти функціонування особистості: самопочуття, активність, настрій, працездатність, зацікавленість до участі в бойових діях, бажання виконувати завдання в умовах бойових дій та впевненість у власних силах. Отримані середні значення за кожним показником дозволяють комплексно оцінити вихідний рівень психоемоційного стану групи та слугують базою для подальшого порівняння з результатами після проведення АРТ-терапевтичних інтервенцій (табл. 2.2).

Показник	N (кількість учасників)	M (середній бал)	Інтерпретація результатів
Самопочуття	60	35	нижче середнього
Активність	60	29	нижче середнього
Настрій	60	51	середній
Працездатність	60	38	нижче середнього
Зацікавленість до участі в бойових діях	60	15	низький
Бажання виконувати завдання в умовах бою	60	27	нижче середнього
Впевненість у своїх силах	60	38	нижче середнього

Таблиця 2.2. Початкові показники психофізіологічного стану

військовослужбовців (до арт-терапії) за методикою О.М. Кокуна

Аналіз початкових даних свідчить про те, що психофізіологічний стан військовослужбовців перед проведенням АРТ-терапії характеризувався переважанням знижених показників. Зокрема, за шкалами «самопочуття», «активність», «працездатність» та «впевненість у своїх силах» середні значення перебувають нижче середнього рівня, що відображає фізичну та психоемоційну виснаженість, знижену мотивацію та недостатню віру у власні ресурси. Показник «настрій» відповідає середньому рівню, що свідчить про відносну стабільність емоційного фону, хоча він не досягає високих значень. Найнижчі результати зафіксовано за шкалами «зацікавленість до участі в бойових діях» та «бажання виконувати завдання в умовах бою», що демонструє суттєве зниження мотиваційної готовності та професійної спрямованості. У цілому отримані дані підтверджують наявність психоемоційних труднощів та потребу у застосуванні психокорекційних інтервенцій, зокрема АРТ-терапії, для відновлення функціонального стану військовослужбовців.

Для візуалізації рівнів психофізіологічного стану військовослужбовців до початку арт-терапевтичних інтервенцій побудовано графічну модель, що відображає середні значення за ключовими показниками методики О.М. Кокуна. Такий формат дозволяє наочно продемонструвати внутрішню структуру психоемоційного стану вибірки, виявити дисбаланс між емоційними, мотиваційними та функціональними компонентами, а також окреслити найбільш уразливі зони. Візуальне представлення даних підсилює аналітичну інтерпретацію та створює основу для подальшого порівняння з результатами після проведення арт-терапії (Рис. 2.1).

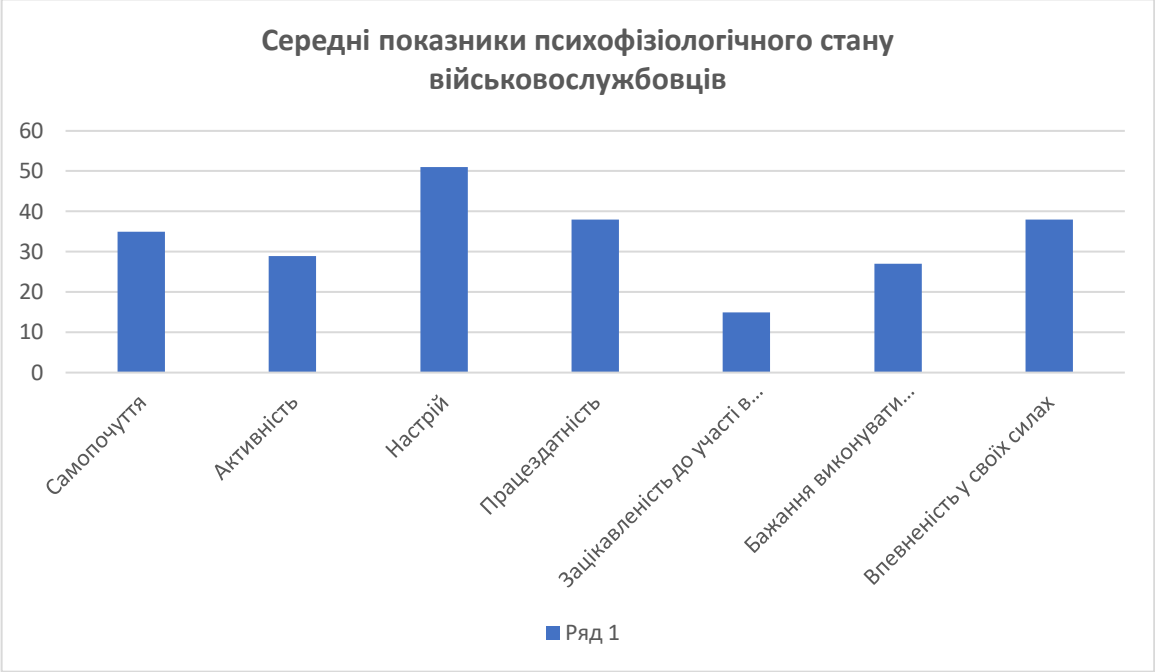


Рисунок 2.1. Середні показники психофізіологічного стану військовослужбовців

Для оцінки рівня депресивних проявів у військовослужбовців було використано шкалу депресії Бека (BDI). Даний інструмент є одним із найбільш поширених методів психодіагностики, що дозволяє визначити інтенсивність депресивних симптомів та їхню структуру. Опитувальник складається з 21 пункту, кожен із яких відображає окремий аспект депресивного стану – емоційний, когнітивний, поведінковий та соматичний. Респонденти оцінюють вираженість симптомів за чотирибальною шкалою, що забезпечує кількісне вимірювання рівня депресії. Отримані сумарні бали дозволяють класифікувати стан військовослужбовців за ступенем вираженості депресії (від мінімальних проявів до тяжких форм) та слугують базою для подальшого аналізу ефективності психокорекційних інтервенцій (табл. 2.3).

Категорія рівня депресії	**Діапазон балів (BDI)**	**N (кількість учасників)**	**% від загальної групи**	**Інтерпретація результатів**
Мінімальна / відсутня	0 - 9	3	5	Симптоми відсутні або незначні
Легка	10 -15	11	18,33	Субдепресивний стан
Помірна	16 - 19	33	55	Виражені окремі симптоми

Середня	20 - 29	13	21,67	Депресія середнього ступеня
Тяжка	30 - 63	0	0	Високий рівень депресії

Таблиця 2.3. Розподіл рівнів депресії серед військовослужбовців за шкалою Бека (BDI)

Аналіз результатів за шкалою депресії Бека (BDI) свідчить про те, що у військовослужбовців переважають помірні та середні прояви депресивних симптомів. Зокрема, найбільша частка учасників (55%) продемонструвала рівень депресії у межах 16 – 19 балів, що відповідає помірному ступеню та характеризується наявністю окремих виражених симптомів. Ще 21,67% респондентів мають показники у діапазоні 20 – 29 балів, що свідчить про депресію середнього ступеня, яка може суттєво впливати на емоційний стан, мотивацію та професійну діяльність. Легкі прояви депресії (10 – 15 балів) виявлено у 18,33% військовослужбовців, що відображає субдепресивний стан, тоді як мінімальні або відсутні симптоми (0 – 9 балів) зафіксовано лише у 5% учасників. Водночас тяжких форм депресії (30 балів і більше) у вибірці не виявлено.

Отримані дані свідчать про високий рівень поширеності депресивних проявів серед військовослужбовців, що може бути зумовлено тривалим перебуванням у стресових умовах служби, психоемоційним виснаженням та недостатніми ресурсами для відновлення. Домінування помірних і середніх рівнів депресії вказує на потребу у системних психокорекційних заходах, спрямованих на зниження інтенсивності симптомів та відновлення психологічної стійкості. Таким чином, результати тестування за шкалою Бека підтверджують актуальність застосування програм психологічної підтримки та реабілітації, зокрема АРТ-терапевтичних інтервенцій, для підвищення адаптивних можливостей військовослужбовців.

На круговій діаграмі наочно відображено розподіл рівнів депресії серед військовослужбовців за шкалою Бека (BDI) (Рис. 2.2).

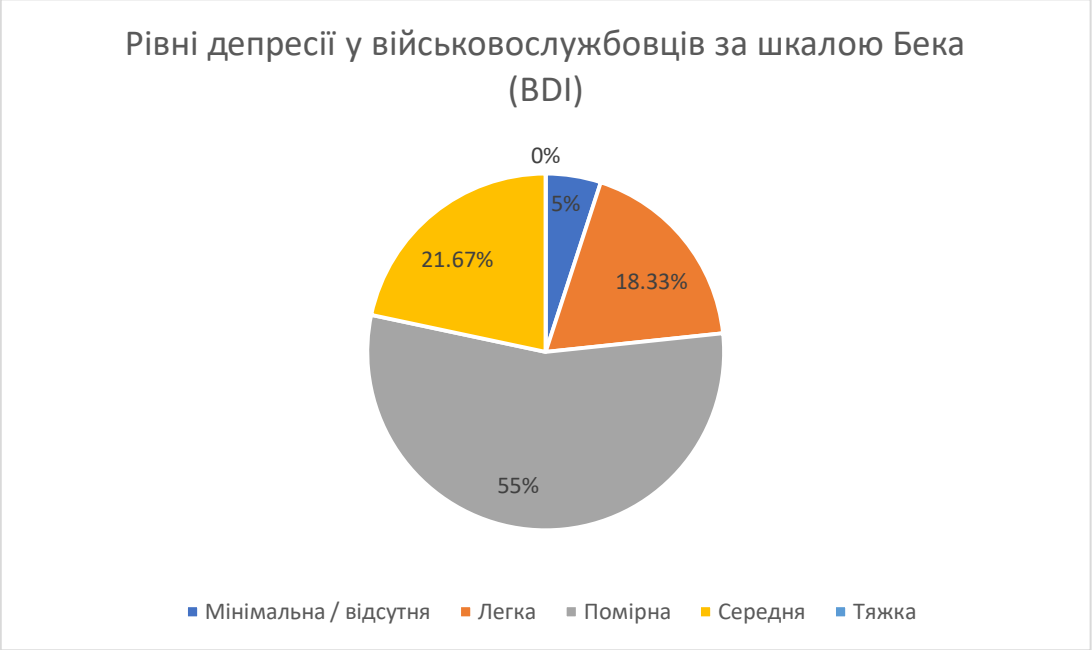


Рисунок 2.2. Рівні депресії у військовослужбовців за шкалою Бека (BDI)

Домінуючою є категорія помірної депресії (55%), що підтверджує висновки таблиці про поширеність окремих виражених симптомів. Значна частка учасників (21,67%) має депресію середнього ступеня, тоді як легкі прояви зафіксовано у 18,33%, а мінімальні – лише у 5%. Відсутність тяжких форм депресії свідчить про те, що психоемоційні труднощі у вибірці мають переважно помірний характер, але потребують системної корекції.

Для оцінки рівня тривожності та депресії у військовослужбовців було застосовано Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS). Цей інструмент складається з 14 пунктів, які утворюють дві підшкали: HADS-A (тривожність) та HADS-D (депресія). Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою, що дозволяє кількісно визначити інтенсивність симптомів. Отримані результати дають змогу виявити як субклінічні прояви, так і клінічно значимі рівні тривожності та депресії. Використання HADS у військовослужбовців дозволяє комплексно оцінити їхній психоемоційний стан, визначити поширеність супутніх розладів та простежити динаміку змін після проведення АРТ-терапевтичних інтервенцій (табл. 2.4; 2.5).

Категорія рівня тривожності	Діапазон балів (HADS-A)	N (кількість учасників)	% від загальної групи	Інтерпретація результатів
Норма	0 - 7	16	26,67	Симптоми тривожності відсутні або мінімальні
Прикордоний рівень	8 - 10	38	63,33	Субклінічні прояви тривожності
Клінічно значимий рівень	11 - 21	6	10	Виражені симптоми тривожності

Таблиця 2.4. Рівні тривожності військовослужбовців за шкалою HADS-A

Аналіз результатів за шкалою HADS-A свідчить, що серед військовослужбовців домінують субклінічні прояви тривожності. Найбільша частка учасників (63,33%) має прикордонний рівень (8 – 10 балів), що вказує на наявність підвищеного психоемоційного напруження, яке ще не досягає клінічного рівня, але може бути предиктором розвитку більш виражених розладів. У 26,67% респондентів показники перебувають у межах норми (0 – 7 балів), що свідчить про відсутність або мінімальну вираженість тривожних симптомів. Водночас у 10% військовослужбовців зафіксовано клінічно значимий рівень тривожності (11 – 21 бал), який характеризується вираженими симптомами та може суттєво впливати на їхню психологічну стійкість, мотивацію та здатність ефективно виконувати службові завдання.

Отримані дані підтверджують, що тривожність є поширеним явищем серед військовослужбовців, що може бути зумовлено тривалим перебуванням у бойових умовах, високим рівнем стресу та психоемоційним виснаженням. Домінування прикордонного рівня тривожності вказує на необхідність своєчасних психокорекційних заходів, спрямованих на стабілізацію емоційного стану та попередження переходу субклінічних проявів у клінічно значимі.

Категорія рівня депресії	Діапазон балів (HADS-D)	N (кількість учасників)	% від загальної групи	Інтерпретація результатів
Норма	0 - 7	20	33,33	Симптоми депресії відсутні або мінімальні
Прикордоний рівень	8 - 10	36	60	Субклінічні прояви депресії
Клінічно значимий рівень	11 - 21	4	6,67	Виражені симптоми депресії

Таблиця 2.5. Рівні тривожності військовослужбовців за шкалою HADS-D

Аналіз результатів за шкалою HADS-D свідчить, що серед військовослужбовців переважають субклінічні прояви депресії. Найбільша частка учасників (60%) має прикордонний рівень (8 – 10 балів), що вказує на наявність емоційного виснаження, зниження мотивації та загального психоемоційного тонусу. У 33,3% респондентів показники перебувають у межах норми (0 – 7 балів), що свідчить про відсутність або мінімальну вираженість депресивних симптомів. Водночас у 6,7% військовослужбовців зафіксовано клінічно значимий рівень депресії (11 – 21 бал), який може суттєво впливати на емоційний стан, працездатність та здатність до адаптації в умовах бойової служби.

Отримані дані підтверджують, що депресивні прояви є поширеним компонентом психоемоційного стану військовослужбовців, особливо у формі субдепресивних станів. Це може бути наслідком хронічного стресу, тривалого перебування в умовах бойового напруження та обмежених ресурсів для психологічного відновлення. Виявлені тенденції вказують на потребу у впровадженні системних програм психологічної підтримки, зокрема АРТ-терапевтичних інтервенцій, спрямованих на стабілізацію емоційного стану та підвищення рівня психологічної стійкості.

Для візуального представлення результатів психоемоційного обстеження військовослужбовців було побудовано кругові діаграми, що

відображають розподіл рівнів тривожності та депресії за відповідними підшкалами Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS). Такий формат дозволяє наочно продемонструвати частку учасників, які перебувають у межах норми, мають прикордонні показники або клінічно значимі симптоми. Візуалізація даних сприяє кращому розумінню загальної картини психоемоційного стану вибірки, а також підсилює аналітичну інтерпретацію результатів, представлену у текстовому форматі (Рис. 2.3; 2.4).

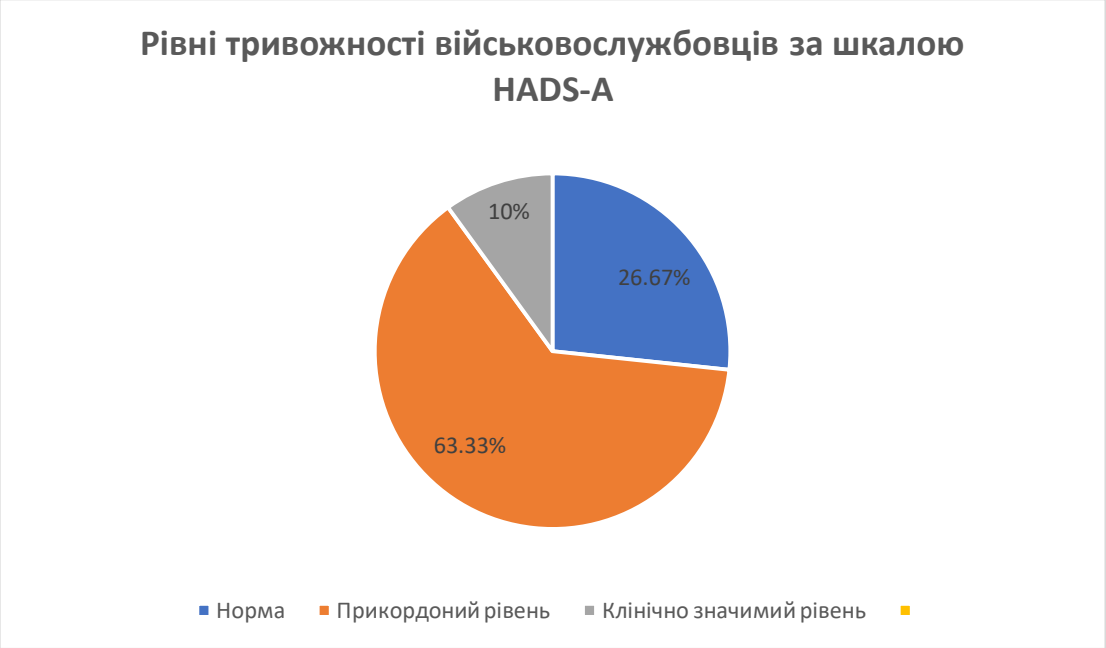


Рисунок 2.3. Рівні тривожності військовослужбовців за шкалою HADS-A

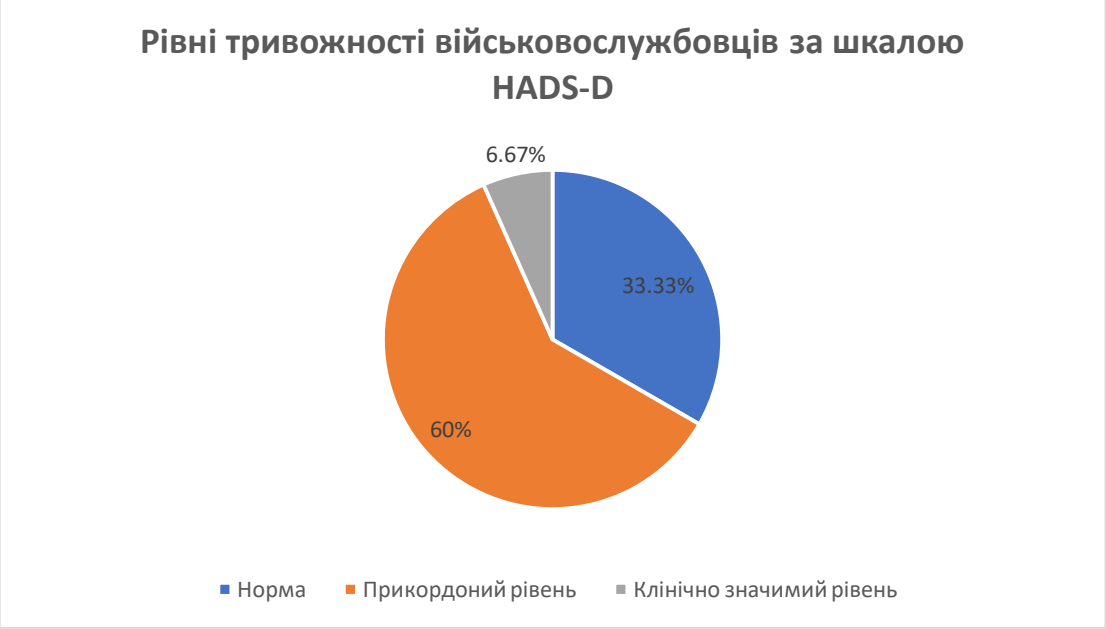


Рисунок 2.4. Рівні тривожності військовослужбовців за шкалою HADS-D

Комплексний аналіз результатів за шкалами HADS-A та HADS-D

дозволяє охарактеризувати психоемоційний стан військовослужбовців як напружений, з переважанням субклінічних проявів тривожності та депресії. У більшості учасників зафіксовано прикордонний рівень тривожності (63%) та депресії (60%), що свідчить про наявність емоційного виснаження, підвищеної напруги та зниження адаптивних ресурсів. Водночас у 11% респондентів виявлено клінічно значимі симптоми тривожності, а у 6,7% – депресії, що може негативно впливати на їхню психологічну стійкість, мотивацію та здатність до ефективного виконання службових завдань.

Виявлені тенденції підтверджують актуальність впровадження системних психокорекційних заходів, зокрема АРТ-терапевтичних інтервенцій, які спрямовані на стабілізацію емоційного стану, зниження рівня тривожності та депресії, а також формування адаптивних механізмів подолання стресу в умовах бойової діяльності.

Для оцінки психоемоційного стану військовослужбовців у контексті бойового досвіду застосовано коротку шкалу тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (B.B. Hart). Методика дозволяє комплексно визначити рівень вираженості основних психоемоційних порушень, що найбільш часто зустрічаються у військових умовах. Вона спрямована на виявлення симптомів тривожності, депресивних проявів та ознак ПТСР, які можуть суттєво впливати на психологічну стійкість та адаптаційні можливості учасників. Отримані результати дають змогу не лише кількісно оцінити поширеність зазначених станів, але й окреслити потребу у цілеспрямованих психокорекційних заходах та програмі підтримки (табл. 2.6).

Категорія	Критерій	N (кількість учасників)	% від загальної групи	Інтерпретація результатів
Порогове значення пройдено	> 4 відповідей «так»	60	100	У всіх учасників виявлено ознаки порушень психічного стану, наявність ознак проявів ПТСР

Таблиця 2.6. Початкові показники (до АРТ-терапії) за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)

Аналіз результатів за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) показав, що всі військовослужбовці, які брали участь у дослідженні, перевищили порогове значення (> 4 відповідей «так»). Це свідчить про наявність у кожного респондента ознак порушень психічного стану, зокрема проявів посттравматичного стресового розладу. Така однорідність результатів вказує на високий рівень поширеності психоемоційних труднощів у вибірці та підтверджує значний вплив бойового досвіду на психологічну сферу військовослужбовців. Отримані дані підкреслюють необхідність системної психологічної підтримки та впровадження програм психокорекції, спрямованих на зниження інтенсивності симптомів та формування адаптивних механізмів подолання стресу.

Узагальнення результатів комплексного психодіагностичного обстеження військовослужбовців засвідчує високий рівень поширеності психоемоційних труднощів, що проявляються у різних формах – від субклінічних станів до клінічно значимих симптомів. За методикою О.М. Кокуна було виявлено значне психофізіологічне напруження та ознаки зниження адаптивних ресурсів, що підтверджує вплив бойових умов на функціональний стан військових. Результати за шкалою депресії Бека (BDI) показали домінування помірних та середніх проявів депресії, що свідчить про емоційне виснаження та потребу у цілеспрямованій психологічній підтримці.

Аналіз за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) продемонстрував переважання прикордонних рівнів тривожності (63%) та депресії (60%), що вказує на наявність субклінічних проявів, які можуть трансформуватися у клінічно значимі стани за відсутності своєчасної корекції. Водночас у частини респондентів зафіксовано клінічно значимі симптоми тривожності (11%) та депресії (6,7%), що становить групу підвищеного ризику розвитку психічних розладів.

Особливо показовими є результати за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart), які засвідчили, що всі учасники дослідження перевищили порогове значення (> 4 відповідей «так»), що свідчить про наявність у кожного військовослужбовця ознак порушень психічного стану та проявів посттравматичного стресового розладу. Така однорідність результатів підкреслює критичність психоемоційного навантаження у вибірці та демонструє системний характер впливу бойового досвіду на психологічну сферу військовослужбовців.

У сукупності отримані дані підтверджують, що психоемоційні порушення серед військовослужбовців мають комплексний характер і охоплюють широкий спектр проявів – від тривожності та депресії до симптомів ПТСР. Це вказує на необхідність розробки та впровадження багаторівневих програм психологічної підтримки, що включають як профілактичні заходи для осіб із субклінічними проявами, так і цілеспрямовані психокорекційні та реабілітаційні інтервенції для військовослужбовців із клінічно значимими симптомами. Особливу роль у цьому контексті можуть відігравати АРТ-терапевтичні методи, спрямовані на зниження інтенсивності негативних емоційних станів, відновлення внутрішніх ресурсів та формування адаптивних механізмів подолання стресу.

З метою комплексного аналізу психоемоційного стану військовослужбовців було застосовано низку стандартизованих психодіагностичних методик, кожна з яких охоплює специфічні аспекти емоційної регуляції, адаптаційних ресурсів та симптоматики психічних порушень. Для забезпечення системного порівняння результатів та виявлення

домінуючих тенденцій у вибірці, здійснено інтеграцію даних за всіма шкалами в узагальнену таблицю. Такий формат дозволяє не лише зіставити основні показники, але й виявити взаємозв'язки між рівнями тривожності, депресії, психофізіологічного напруження та ознаками посттравматичного стресового розладу. Представлена таблиця є підґрунтям для формування цілісного уявлення про психоемоційний стан військовослужбовців та визначення пріоритетних напрямів психологічної інтервенції (табл. 2.7).

Методика	**Основні показники**	**Домінуючи рівні**	**Клінічно значимі прояви**	**Аналітична інтерпретація**
Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна	Психофізіологічний стан	Високий рівень напруження	Виявлено у частини учасників	Свідчить про зниження адаптивних ресурсів та вплив бойових умов на функціональний стан
Шкала депресії Бека (BDI)	Депресивні прояви	Помірні (55%) та середні (21,7%)	Тяжких випадків не зафіксовано	Домінування емоційного виснаження, потреба у психологічній підтримці
HADS-A (тривожність)	Тривожність	Прикордонний рівень (63%)	Клінічно значимий – 11%	Переважання субклінічних проявів, ризик переходу у клінічні стани

HADS-D (депресія)	Депресія	Прикордонний рівень (60%)	Клінічно значимий – 6,7%	Поширені субдепресивні стани, що знижують мотивацію та адаптивність
Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)	Тривога, депресія, ПТСР	Усі учасники перевищили порогове значення (> 4 «так»)	100% вибірки	У кожного респондента виявлено ознаки порушень психічного стану та прояви ПТСР

Таблиця 2.7. Узагальнені результати психодіагностичного обстеження військовослужбовців

Комплексне зіставлення результатів свідчить, що психоемоційні порушення серед військовослужбовців мають системний і багатовимірний характер. У більшості учасників домінують субклінічні прояви тривожності та депресії, які поєднуються з ознаками психофізіологічного виснаження. Водночас наявність клінічно значимих симптомів у частини респондентів та факт, що 100% вибірки за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) перевищили порогове значення, підтверджує критичний рівень психоемоційного навантаження та поширеність ПТСР.

Отримані дані підкреслюють необхідність застосування АРТ-терапевтичних методів як ефективного інструменту зниження інтенсивності негативних емоційних станів, відновлення внутрішніх ресурсів та формування адаптивних механізмів подолання стресу.

Візуалізація узагальнених результатів психодіагностичного обстеження демонструє системний характер психоемоційних порушень серед військовослужбовців. У більшості респондентів простежуються субклінічні прояви тривожності та депресії, що поєднуються з ознаками психофізіологічного виснаження. Водночас дані за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) підтверджують критичність ситуації –

всі учасники перевищили порогове значення, що свідчить про поширеність симптомів ПТСР. Така узагальнена картина підкреслює необхідність комплексних програм психологічної підтримки, які мають включати як профілактичні заходи, так і спеціалізовані психокорекційні та реабілітаційні інтервенції (Рис. 2.5).

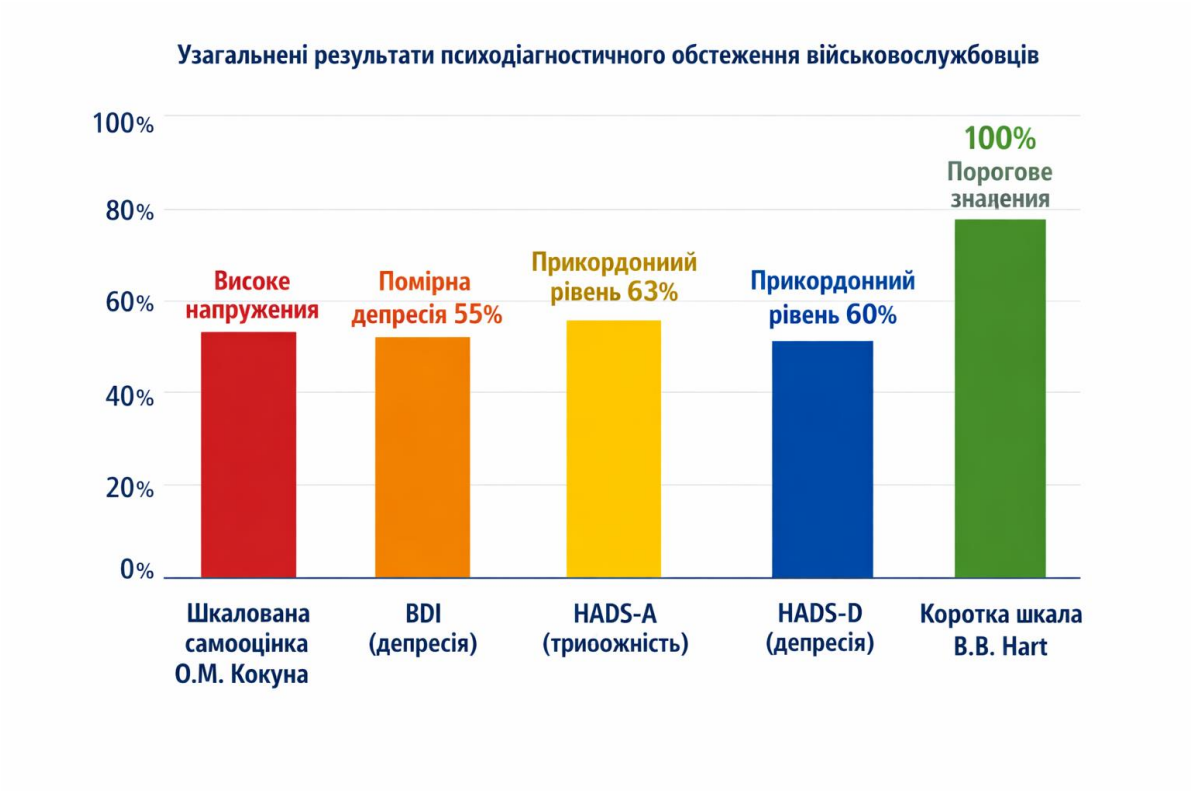


Рисунок 2.5. Узагальнені результати психодіагностичного обстеження військовослужбовців

Висновки до розділу 2

Проведене емпіричне дослідження дозволило комплексно охарактеризувати психоемоційний стан військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях та проходили арт-терапевтичні інтервенції. Застосування валідованих психодіагностичних методик – методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна, шкали депресії Бека (BDI), госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) та короткої шкали тривоги, депресії і ПТСР (B.B. Hart) – забезпечило багатовимірний аналіз психоемоційних труднощів, охоплюючи як суб'єктивні оцінки функціонального стану, так і кількісні показники тривожності, депресії та посттравматичних симптомів.

Результати дослідження свідчать про переважання субклінічних та клінічно значимих проявів психоемоційного напруження. За методикою О.М. Кокуна зафіксовано знижені показники самопочуття, активності, працездатності, впевненості у власних силах та мотиваційної готовності до виконання бойових завдань, що вказує на фізичне та емоційне виснаження. За шкалою Бека (BDI) домінують помірні та середні рівні депресії, що свідчить про емоційну пригніченість та потребу у психологічній підтримці. Госпітальна шкала HADS виявила прикордонні рівні тривожності (63%) та депресії (60%) у більшості учасників, а також клінічно значимі симптоми у частини вибірки (11% – тривожність, 6,7% – депресія), що підтверджує високий ризик розвитку психічних розладів.

Особливо показовими є результати за короткою шкалою B.B. Hart, які засвідчили, що всі учасники перевищили порогове значення (> 4 відповідей «так»), що свідчить про наявність у кожного військовослужбовця ознак порушень психічного стану та проявів посттравматичного стресового розладу. Така однорідність результатів демонструє системний характер психотравматичного впливу бойового досвіду.

У сукупності отримані дані демонструють, що психоемоційні труднощі військовослужбовців мають багатовимірну природу, охоплюючи емоційні, мотиваційні, когнітивні та поведінкові компоненти. Це обґрунтовує

доцільність впровадження багаторівневих програм психологічної підтримки, зокрема АРТ-терапевтичних інтервенцій, які спрямовані на стабілізацію емоційного стану, зниження рівня тривожності та депресії, подолання посттравматичних симптомів та відновлення внутрішніх ресурсів. АРТ-терапія, як метод невербальної психокорекції, є ефективною у роботі з військовими, оскільки дозволяє безпечним способом опрацьовувати травматичний досвід, активізувати творчий потенціал та формувати адаптивні механізми подолання стресу.

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИКА ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ

3.1 Програма АРТ-терапії з подолання психологічних труднощів військослужбовців – учасників АРТ-терапевтичної групи

У контексті зростаючої потреби у психологічній реабілітації військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях, актуальним є впровадження інноваційних психокорекційних підходів, здатних забезпечити глибоке емоційне опрацювання травматичного досвіду та відновлення внутрішніх ресурсів. АРТ-терапія, як метод невербальної психотерапії, демонструє високу ефективність у роботі з військовими, оскільки дозволяє безпечним способом виражати емоції, трансформувати деструктивні переживання та активізувати адаптивні механізми.

У цьому розділі представлено програму АРТ-терапевтичного втручання, розроблену для подолання психологічних труднощів військовослужбовців – учасників АРТ-терапевтичної групи. Програма базується на поєднанні проективних, образотворчих та тілесно-орієнтованих технік, адаптованих до специфіки військового контингенту. Її структура враховує особливості психоемоційного стану учасників, виявлені на попередньому етапі дослідження, та спрямована на поступове зниження рівня тривожності, депресії, психофізіологічного напруження, а також на опрацювання симптомів посттравматичного стресового розладу.

Впровадження АРТ-терапевтичної програми здійснювалося у форматі роботи невеликих груп, чисельність яких становила від 4 до 8 військовослужбовців. Робота у малих групах має низку психологічних переваг, підтверджених сучасними дослідженнями групової психотерапії. Зокрема, невелика чисельність учасників знижує бар’єр саморозкриття, сприяє формуванню атмосфери довіри та безпеки, а також забезпечує більш інтенсивну міжособистісну взаємодію. Учасники отримують можливість бачити власні реакції у «дзеркалі» спільного досвіду, отримувати підтримку та зворотний зв’язок, що стимулює особистісний розвиток і підвищує

згуртованість групи. Такий формат також дозволяє тренувати нові моделі поведінки у безпечному середовищі та розширювати спектр адаптивних навичок, необхідних для подолання травматичних переживань. Як зазначають дослідники, саме малі групи створюють оптимальні умови для інтенсивної терапевтичної роботи, оскільки поєднують індивідуальну увагу з ефектом групової підтримки [46].

У межах АРТ-терапевтичної програми було використано сучасну техніку абстрактного живопису – флюїд-арт, яка ґрунтується на створенні композицій за допомогою рідких акрилових фарб. Цей метод передбачає вільне розтікання та змішування фарб на полотні, що супроводжується їхнім нахиланням, роздуванням або розмазуванням пальцями. У результаті виникають химерні лінії та візерунки, які не мають чітко визначеної форми чи сюжету. Такий процес набуває медитативного характеру, оскільки акцент переноситься з кінцевого результату на сам акт творчості, що дозволяє учасникам відпустити контроль і зануритися у стан спонтанного експерименту.

Вибір техніки флюїд-арту був зумовлений її доступністю та універсальністю. Вона не потребує спеціальних художніх навичок, що робить її придатною для початківців і особливо актуальною для військовослужбовців, які часто стикаються з труднощами у процесі малювання. Серед основних бар’єрів, які спостерігаються у даної категорії респондентів, можна виділити:

- сором’язливість, що ускладнює подолання психологічного бар’єра самовираження, особливо у тих, хто ніколи раніше не малював;
- складність у виборі сюжету, пов’язана з недостатньо розвиненою художньою уявою та труднощами уявлення кінцевого результату;
- відсутність практики малювання, що знижує впевненість у власних можливостях;
- страх негативної оцінки або засудження кінцевого результату;

- невпевненість у власних творчих здібностях, яка посилює внутрішній контроль та блокує процес самовираження.

Використання техніки флюїд-арту дозволяє ефективно долати зазначені бар'єри, оскільки процес є спонтанним, не передбачає чітко визначеного образу та знімає напруження, пов'язане з оцінкою результату. Учасники отримують можливість виражати емоції у вільній формі, що сприяє зниженню психофізіологічного напруження, розвитку внутрішньої свободи та формуванню позитивного досвіду творчої самореалізації.

Зазначені труднощі, характерні для військовослужбовців, зумовили необхідність пошуку методики, здатної ефективно долати психологічні бар'єри та водночас забезпечувати доступність і простоту виконання. Саме техніка флюїд-арту відповідає цим вимогам, оскільки поєднує спонтанність, відсутність потреби у спеціальних навичках та можливість отримати унікальний результат без попереднього задуму. Для більшої наочності у таблиці наведено основні бар'єри, що виникають у процесі творчої діяльності військовослужбовців, та способи їх подолання завдяки використанню техніки флюїд-арту (табл. 3.1).

Психологічний бар'єр	Як долається технікою флюїд-арт
Сором'язливість	Відсутність вимоги до художніх навичок знижує страх самовираження; процес сприймається як експеримент, а не як оцінюваний результат.
Складність у виборі сюжету	Техніка не потребує попереднього задуму чи образу; фарби самі формують композицію, що знімає тиск вибору.
Відсутність практики малювання	Методика не вимагає володіння пензлем чи академічними навичками; учасники можуть одразу включитися у процес.
Страх негативної оцінки результату	Акцент переноситься з кінцевого продукту на сам процес; кожна робота унікальна й не підлягає порівнянню.
Невпевненість у власних творчих здібностях	Спонтанність і непередбачуваність результату формують досвід успіху незалежно від рівня майстерності, що підвищує віру у власні можливості.

Таблиця 3.1. Психологічні бар'єри військовослужбовців та їх подолання у процесі флюїд-арту

Як видно з таблиці, техніка флюїд-арту не лише забезпечує доступність творчого процесу для військовослужбовців, але й виконує важливу психокорекційну функцію – допомагає долати внутрішні бар'єри самовираження, знижує рівень тривожності та формує позитивний досвід творчої діяльності. Це створює сприятливі умови для подальшої реалізації програми арт-терапії, яка передбачає поетапне опрацювання емоційних переживань, інтеграцію травматичного досвіду та розвиток адаптивних ресурсів.

Програма АРТ-терапії була побудована за принципом поетапного занурення у творчий процес, що забезпечувало поступове зниження психоемоційної напруги та формування адаптивних ресурсів. Кожен етап мав власні цілі, завдання та набір методичних прийомів, які відповідали специфіці військового контингенту.

Перший етап програми мав адаптаційний характер і був спрямований на формування атмосфери довіри та психологічної безпеки у групі, зниження початкової тривожності та поступове включення військовослужбовців у творчий процес. Основним завданням цього етапу було ознайомлення учасників із принципами АРТ-терапії та специфікою техніки флюїд-арту, а також подолання бар'єру сором'язливості й невпевненості у власних творчих можливостях.

Для досягнення поставлених цілей застосовувалися спеціально підібрані методи та вправи. На початку проводилися вправи на знайомство та формування групової взаємодії, зокрема самопрезентація у форматі контекстного знайомства: кожен учасник розповідав кілька речень про себе, повідомляв своє ім'я та ту інформацію, яку вважав за потрібне. Це сприяло зниженню напруження, створенню атмосфери відкритості та формуванню первинних міжособистісних зв'язків.

Наступним кроком було використання кольорових асоціацій для вираження емоційного стану. Кожен учасник обирав декілька кольорів, які на той момент були йому близькі, що дозволяло у невербальній формі актуалізувати внутрішні переживання та водночас уникнути страху оцінки.

Така вправа допомагала учасникам усвідомити власний емоційний стан і водночас створювала основу для подальшої роботи з кольором у техніці флюїд-арту.

Завершальним елементом підготовчого етапу була демонстрація техніки флюїд-арту та виконання простих експериментів із фарбами. Учасники мали можливість виливати фарбу на полотно, нахиляти його, створювати перші абстрактні форми та спостерігати за процесом вільного розтікання кольорів. Це дозволяло поступово долати страх перед творчою діяльністю, формувати досвід спонтанного самовираження та знижувати рівень емоційної напруги.

Очікуваним результатом першого етапу було формування почуття групової підтримки та довіри, зниження бар'єру саморозкриття, поява первинного досвіду творчої самореалізації без страху оцінки та підготовка учасників до більш глибокої роботи з емоційними переживаннями на наступних етапах програми.

Другий етап програми був спрямований на актуалізацію та вираження внутрішніх емоційних станів учасників, зниження внутрішньої напруги та розвиток здатності до самовираження. Він мав ключове значення для переходу від адаптаційної роботи до більш глибокого опрацювання емоційних переживань, оскільки саме на цьому етапі військовослужбовці отримували можливість у безпечній формі виразити ті емоції, які часто залишаються невисловленими у повсякденному житті.

Основним методом виступала техніка флюїд-арту, яка дозволяла створювати абстрактні образи без попереднього задуму та чіткої структури. Учасники мали змогу експериментувати з кольорами, спостерігати за їхнім вільним розтіканням і взаємодією на полотні, що сприяло спонтанному вираженню внутрішніх станів. Важливим елементом цього етапу була робота з кольоровими асоціаціями: кожен учасник обирав кольори, які відповідали його емоційному стану, і переносив їх на полотно у довільній формі. Такий процес дозволяв актуалізувати приховані переживання та водночас знижував страх оцінки, оскільки кінцевий результат не мав бути «правильним» чи

«естетично досконалим».

Очікуваними результатами другого етапу було зниження емоційної напруги, формування досвіду безпечного самовираження та розвиток здатності до невербальної комунікації. Учасники отримували можливість виражати свої емоції через колір і форму, що сприяло підвищенню внутрішньої свободи та створювало основу для подальшого опрацювання травматичного досвіду.

Третій етап програми був спрямований на трансформацію негативних переживань, переосмислення травматичного досвіду та пошук ресурсних образів, які могли б стати основою для формування нових адаптивних стратегій. На цьому етапі учасники переходили від безпечного емоційного вираження до більш глибокої роботи з власними внутрішніми конфліктами та травматичними спогадами.

Основним методом виступала робота з метафоричними образами у техніці флюїд-арту. Учасники створювали абстрактні композиції, які символічно відображали їхні переживання, страхи чи внутрішні труднощі. Вільне розтікання фарб та непередбачуваність кінцевого результату дозволяли переносити складні емоції у художню форму, що знижувало їх інтенсивність та робило їх більш керованими. Важливим аспектом було обговорення створених образів у групі: учасники мали можливість пояснити власні асоціації, поділитися інтерпретаціями та отримати підтримку від інших. Це сприяло переосмисленню травматичного досвіду та формуванню нових значень, які мали ресурсний характер.

Очікуваними результатами третього етапу було зниження інтенсивності травматичних спогадів, формування нових адаптивних стратегій реагування на стресові ситуації та підвищення відчуття внутрішньої сили. Учасники отримували досвід трансформації негативних емоцій у творчий продукт, що сприяло розвитку здатності до саморегуляції та відновленню психологічної рівноваги.

Завершальний етап програми був спрямований на закріплення позитивного досвіду, формування ресурсних образів та розвиток навичок

саморегуляції. Він мав особливе значення, оскільки забезпечував інтеграцію нового терапевтичного досвіду у систему особистісних ресурсів військовослужбовців, сприяв формуванню відчуття внутрішньої цілісності та підвищенню впевненості у власних силах.

Основними методами цього етапу виступали створення «символу відновлення» та групове обговорення змін. Учасники мали можливість у техніці флюїд-арту створити завершальний образ, який символізував їхнє відновлення, внутрішню силу або новий життєвий ресурс. Така робота дозволяла закріпити позитивний досвід попередніх етапів та перевести його у форму особистісного символу, що міг слугувати опорою у майбутньому.

Важливим компонентом було групове обговорення отриманих результатів. Учасники ділилися власними асоціаціями, пояснювали значення створених образів та рефлексували щодо змін, які відбулися протягом програми. Це сприяло усвідомленню особистісного прогресу, формуванню відчуття підтримки та спільності, а також інтеграції нового досвіду у власну систему цінностей і ресурсів.

Очікуваними результатами інтеграційного етапу було підвищення впевненості у власних силах, інтеграція отриманого досвіду у систему особистісних ресурсів та формування відчуття внутрішньої цілісності. Таким чином, програма завершувалася створенням позитивного терапевтичного підсумку, який забезпечував довготривалу дію та сприяв розвитку адаптивних стратегій у подальшому житті військовослужбовців.

Запропонована програма АРТ-терапії для військовослужбовців має чітку поетапну структуру, що забезпечує поступовий перехід від адаптації до глибокої роботи з емоційними переживаннями та їх інтеграції у систему особистісних ресурсів. Перший етап створює безпечне середовище та формує атмосферу довіри, другий – відкриває простір для актуалізації й вираження внутрішніх емоційних станів, третій – спрямований на переосмислення та трансформацію травматичного досвіду, а четвертий – закріплює позитивні результати та інтегрує їх у цілісну систему особистісних ресурсів.

Таким чином, програма забезпечує комплексний терапевтичний вплив:

від зниження емоційної напруги та подолання психологічних бар'єрів до формування нових адаптивних стратегій і розвитку навичок саморегуляції. Її поетапна реалізація дозволяє військовослужбовцям поступово відновлювати внутрішню рівновагу, підвищувати впевненість у власних силах та інтегрувати отриманий досвід у подальше життя.

3.2 Аналіз ефективності програми АРТ-терапії з подолання психологічних труднощів військослужбовців – учасників АРТ-терапевтичної групи

Аналіз ефективності програми АРТ-терапії є ключовим етапом дослідження, оскільки дозволяє оцінити її результативність та практичну значущість для військовослужбовців, які брали участь у терапевтичній групі. Для цього було використано ті самі психодіагностичні методики, що й на етапі попереднього обстеження, що забезпечує можливість порівняння показників «до» та «після» реалізації програми.

До комплексу методів оцінювання увійшли: методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна, шкала депресії Бека (BDI), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), а також коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B. B. Hart). Використання цих інструментів дозволяє отримати багатовимірну картину змін у психоемоційному стані учасників, охоплюючи як суб'єктивні оцінки, так і стандартизовані показники тривожності, депресії та посттравматичних симптомів.

Таким чином, аналіз ефективності програми здійснюється шляхом порівняння результатів діагностики до та після її проведення, що дає змогу визначити динаміку змін, окреслити сильні сторони програми та зробити висновки щодо її практичної цінності для подолання психологічних труднощів військовослужбовців.

Для оцінки ефективності програми було використано методику шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокуна). Вона дозволяє визначити рівень самопочуття, активності, настрою, працездатності, а також показники мотиваційної сфери – зацікавленість до участі в бойових діях, бажання виконувати завдання в умовах бою та впевненість у власних силах.

У таблиці наведено середні значення показників до та після участі у програмі арт-терапії, їх інтерпретацію та динаміку змін (табл. 3.2).

Показник	N (кількість учасників)	M (середній бал) до програми	Інтерпретація результатів до АРТ-терапії	M (середній бал) після програми	Інтерпретація Результатів після АРТ-терапії	Динаміка змін
Самопочуття	60	35	нижче середнього	49	середній	Покращення, перехід до середнього рівня
Активність	60	29	нижче середнього	41	середній	Зростання, перехід до середнього рівня
Настрій	60	51	середній	77	вище середнього	Значне підвищення, перехід до високого рівня
Працездат-ність	60	38	нижче середнього	69	вище середнього	Суттєве покращення, перехід до високого рівня
Зацікавленість до участі в бойових діях	60	15	низький	21	нижче середнього	Невелике підвищення, але залишився низьким/нижче середнього
Бажання виконувати завдання в умовах бою	60	27	нижче середнього	38	нижче середнього	Помірне покращення, але рівень залишився нижче середнього

Впевненість у своїх силах	60	38	нижче середнього	61	вище середньог о	Суттєве зростання, перехід до високого рівня

Таблиця 3.2. Порівняння результатів за методикою О.М. Кокуна до та після участі у програмі АРТ-терапії

Порівняння показників до та після участі у програмі АРТ-терапії демонструє виражену позитивну динаміку психофізіологічного стану військовослужбовців. Якщо на початковому етапі більшість показників перебували на рівні «нижче середнього» або «низькому», то після завершення програми спостерігається їх суттєве зростання.

Зокрема, самопочуття та активність учасників підвищилися до середнього рівня, що свідчить про зменшення психоемоційного виснаження та відновлення життєвого тонусу. Настрій і працездатність продемонстрували найбільш виражені зміни – перехід від середнього та нижче середнього рівня до високого, що відображає формування позитивного емоційного фону та зростання здатності до виконання завдань.

Важливим є також підвищення впевненості у власних силах, яка зросла з нижче середнього до високого рівня. Це підтверджує ефективність програми у формуванні внутрішніх ресурсів та відновленні психологічної стійкості.

Водночас показники зацікавленості до участі в бойових діях та бажання виконувати завдання в умовах бою продемонстрували лише помірне покращення, залишившись на рівні нижче середнього. Така тенденція є закономірною, адже програма була спрямована насамперед на відновлення психоемоційного стану та розвиток навичок саморегуляції, а не на підвищення бойової мотивації.

Таким чином, результати за методикою О.М. Кокуна підтверджують, що АРТ-терапевтична програма сприяла значному покращенню психофізіологічного стану військовослужбовців, зниженню емоційної напруги та формуванню внутрішньої впевненості, що є важливим чинником у подоланні психологічних труднощів.

Для оцінки рівня депресивних проявів у військовослужбовців було використано шкалу депресії Бека (BDI), яка є одним із найбільш поширених та валідних інструментів у клінічній та дослідницькій практиці. Методика дозволяє визначити інтенсивність депресивних симптомів, таких як пригнічений настрій, втрата інтересу, почуття провини, зниження енергії та інші показники, що відображають загальний психоемоційний стан.

У таблиці наведено середні значення рівня депресії до та після участі у програмі арт-терапії, їх інтерпретацію та динаміку змін. Це дає змогу простежити ефективність програми у зниженні депресивних проявів та формуванні більш стабільного емоційного стану учасників (табл. 3.3).

Категорія рівня депресії	**Діапазон балів (BDI)**	**% від загальної групи до АРТ-терапії**	**Інтерпретація результатів**	**% від загальної групи після АРТ-терапії**	**Динамика змін**
Мінімальна / відсутня	0 - 9	5	Симптоми відсутні або незначні	23,33	Зафіксовано суттєве зростання частки учасників із відсутніми або мінімальними проявами депресії
Легка	10-15	18,33	Субдепресивний стан	21,67	Спостерігається незначне збільшення частки учасників, що відображає перехід із помірного рівня до легкого

Помірна	16-19	55	Виражені окремі симптоми	41,67	Відзначається зниження частки учасників; частина респондентів перейшла до категорії легкого рівня, інші — з середнього до помірного
Середня	20-29	21,67	Депресія середнього ступеня	13,33	Зафіксовано суттєве зменшення частки учасників, що свідчить про перехід до менш виражених рівнів депресії
Тяжка	30-63	0	Високий рівень депресії	0	Випадків тяжкої депресії не виявлено як до, так і після програми

Таблиця 3.2. Порівняння результатів за шкалою депресії Бека (BDI) до та після участі у програмі АРТ-терапії

Порівняння показників до та після участі у програмі АРТ-терапії свідчить про виражене зниження рівня депресивних проявів серед військовослужбовців. Якщо на початковому етапі більшість учасників перебували у категорії помірної депресії (55%) та середньої депресії (21,67%), то після завершення програми ці показники суттєво зменшилися – до 41,67% та 13,33% відповідно.

Водночас значно зросла частка учасників із мінімальними або відсутніми симптомами депресії – з 5% до 23,33%. Також спостерігається невелике підвищення кількості військовослужбовців із легким субдепресивним станом (з 18,33% до 21,67%), що пояснюється переходом частини учасників із помірного рівня до більш м’яких проявів.

Важливо підкреслити, що випадків тяжкої депресії не було зафіксовано ні до, ні після програми, що підтверджує відсутність критичних психоемоційних порушень у досліджуваній групі.

Таким чином, результати за шкалою Бека демонструють ефективність

АРТ-терапії у зниженні інтенсивності депресивних симптомів: зменшилася частка учасників із середнім та помірним рівнем депресії, натомість зросла кількість тих, хто має мінімальні або легкі прояви. Це свідчить про позитивний вплив програми на емоційний стан військовослужбовців та її практичну значущість у подоланні психологічних труднощів.

Для оцінки рівня тривожності військовослужбовців було використано госпітальну шкалу тривоги (HADS A), яка є валідним інструментом для визначення як субклінічних проявів, так і клінічно значимих симптомів тривожності. Методика дозволяє диференціювати нормальний рівень тривожності, прикордонні стани та клінічно значимі прояви, що мають безпосереднє значення для психоемоційного функціонування учасників.

У таблиці наведено порівняльні результати до та після участі у програмі АРТ-терапії, що дає змогу простежити динаміку змін у рівні тривожності (табл. 3.3).

Категорія рівня тривожності	**Діапазон балів (HADS-A)**	**% від загальної групи до АРТ-терапії**	**Інтерпретація результатів**	**% від загальної групи до АРТ-терапії**	**Динаміка змін**
Норма	0 - 7	26,67	Симптоми тривожності відсутні або мінімальні	48,33	Зафіксовано суттєве зростання частки учасників із нормальним рівнем тривожності
Прикордоний рівень	8-10	63,33	Субклінічні прояви тривожності	45	Відзначається зменшення частки учасників, що свідчить про перехід до нормального рівня

Клінічно значимий рівень	11-21	10	Виражені симптоми тривожності	6,67	Спостерігається зниження частки учасників із клінічно значимими проявами тривожності

Таблиця 3.3. Порівняння результатів за госпітальною шкалою тривоги (HADS A) до та після участі у програмі АРТ-терапії

Порівняння результатів за шкалою HADS A свідчить про позитивні зміни у психоемоційному стані військовослужбовців після участі у програмі АРТ-терапії.

До початку програми більшість учасників перебували у категорії прикордонного рівня тривожності (63,33%), що відображало наявність субклінічних проявів та підвищену емоційну напруженість. Після завершення програми цей показник знизився до 45%, що свідчить про перехід значної частини респондентів до нормального рівня.

Водночас частка учасників із нормальним рівнем тривожності суттєво зросла – з 26,67% до 48,33%. Це підтверджує ефективність АРТ-терапії у зниженні емоційної напруги та формуванні більш стабільного психоемоційного стану.

Що стосується клінічно значимого рівня тривожності, то його частка також зменшилася – з 10% до 6,67%. Це свідчить про зниження виражених симптомів тривожності, хоча певна кількість учасників все ще потребує додаткової психологічної підтримки.

Таким чином, результати за шкалою HADS A демонструють, що АРТ-терапевтична програма сприяла зменшенню як субклінічних, так і клінічно значимих проявів тривожності, водночас збільшивши кількість учасників із нормальним рівнем. Це підтверджує її практичну значущість у системі психологічної реабілітації військовослужбовців.

Для оцінки рівня депресивних проявів у військовослужбовців було використано госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS D). Цей інструмент широко застосовується у клінічній практиці та наукових дослідженнях для виявлення як субклінічних, так і клінічно значимих симптомів депресії.

Методика дозволяє диференціювати нормальний рівень, прикордонні стани та клінічно виражені прояви, що дає змогу комплексно оцінити психоемоційний стан учасників.

У таблиці наведено порівняльні результати до та після участі у програмі АРТ-терапії, що дозволяє простежити динаміку змін у рівні депресії та визначити ефективність програми у зниженні депресивних симптомів (табл. 3.4).

Категорія рівня тривожності	**Діапазон балівHADS-D)**	**% від загальної групи до АРТ-терапії**	**Інтерпретація результатів**	**% від загальної групи до АРТ-терапії**	**Динаміка змін**
Норма	0 - 7	33,33	Симптоми депресії відсутні або мінімальні	68,33	Зафіксовано суттєве зростання частки учасників із нормальним рівнем, що свідчить про зниження депресивних проявів
Прикордоний рівень	8-10	60	Субклінічні прояви депресії	28,33	Відзначається значне зменшення частки учасників, що вказує на перехід до нормального рівня

Клінічно значимий рівень	11-21	6,67	Виражені симптоми депресії	3,33	Спостерігається зниження частки учасників із клінічно значимими проявами депресії

Таблиця 3.4. Порівняння результатів за госпітальною шкалою депресії (HADS D) до та після участі у програмі АРТ-терапії

Порівняння показників до та після участі у програмі АРТ-терапії свідчить про виражене зниження рівня депресивних проявів серед військовослужбовців.

До початку програми більшість учасників перебували у категорії прикордонного рівня депресії (60%), що відображало наявність субклінічних проявів та підвищений ризик розвитку клінічно значимих симптомів. Після завершення програми цей показник знизився до 28,33%, що свідчить про перехід значної частини респондентів до нормального рівня.

Водночас частка учасників із нормальним рівнем депресії суттєво зросла – з 33,33% до 68,33%. Це підтверджує ефективність АРТ-терапії у зниженні депресивних симптомів та стабілізації психоемоційного стану.

Що стосується клінічно значимого рівня депресії, то його частка також зменшилася – з 6,67% до 3,33%. Це свідчить про зниження виражених симптомів депресії, хоча окремі учасники все ще потребують додаткової психологічної підтримки.

Таким чином, результати за шкалою HADS D демонструють, що АРТ-терапевтична програма сприяла зменшенню як субклінічних, так і клінічно значимих проявів депресії, водночас збільшивши кількість учасників із нормальним рівнем. Це підтверджує її практичну значущість у системі психологічної реабілітації військовослужбовців.

Для комплексної оцінки психоемоційного стану військовослужбовців було використано коротку шкалу тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (B.B. Hart). Цей інструмент дозволяє швидко та ефективно визначити рівень вираженості основних психічних симптомів, що

найбільш часто зустрічаються у військових після бойових дій. Методика охоплює три ключові показники – тривожність, депресивні прояви та симптоми ПТСР, що дає змогу отримати узагальнену картину психофізіологічного стану учасників.

У таблиці наведено результати до та після участі у програмі АРТ-терапії, що дозволяє простежити динаміку змін у кожному з показників та оцінити ефективність програми у зниженні рівня психологічних труднощів (табл. 3.5).

Категорія	**Критерій**	**% від загальної групи до АРТ-терапії**	**Інтерпретація результатів**	**% від загальної групи після АРТ-терапії**	**Динаміка змін**
Порогове значення пройдено	> 4 відповідей «так»	100	У всіх учасників виявлено ознаки порушень психічного стану, наявність ознак проявів ПТСР	78,33	Спостерігається зниження частки учасників із наявними ознаками ПТСР, що свідчить про позитивний вплив арт-терапії та перехід частини респондентів до групи без порогових проявів

Таблиця 3.5. Порівняння результатів за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)

Отримані дані свідчать про позитивні зміни у психоемоційному стані військовослужбовців після участі у програмі АРТ-терапії.

До початку програми всі учасники (100%) перевищували порогове

значення (> 4 відповідей «так»), що вказувало на наявність ознак порушень психічного стану та проявів посттравматичного стресового розладу. Така ситуація підтверджувала високий рівень психологічної напруженості та потребу у спеціалізованій підтримці.

Після завершення програми частка учасників, які перевищували порогове значення, зменшилася до 78,33%. Це означає, що майже п’ята частина респондентів перестала демонструвати порогові прояви ПТСР, що свідчить про зниження інтенсивності симптомів та стабілізацію психоемоційного стану.

Таким чином, результати за шкалою B.B. Hart підтверджують ефективність АРТ-терапевтичної програми у зменшенні проявів тривожності, депресії та ПТСР. Зниження частки учасників із пороговими показниками свідчить про позитивний вплив програми на психічне здоров’я військовослужбовців та її практичну значущість у системі психологічної реабілітації.

Комплексне застосування різних психодіагностичних інструментів (методика Кокуна, шкала депресії Бека (BDI), госпітальна шкала тривоги (HADS A), госпітальна шкала депресії (HADS D) та коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)) дозволило отримати цілісну картину психоемоційного стану військовослужбовців до та після участі у програмі АРТ-терапії.

Результати всіх методик узгоджено свідчать про зниження рівня тривожності та депресії, а також про зменшення проявів посттравматичного стресового розладу.

За методикою Кокуна було зафіксовано покращення психофізіологічних показників, що відображає стабілізацію емоційного стану та зниження рівня психічної напруженості.

За шкалою Бека (BDI) спостерігається суттєве зменшення частки учасників із середнім та помірним рівнем депресії, водночас значно зросла кількість респондентів із мінімальними або легкими проявами.

За HADS A (тривожність) відзначено зниження як прикордонного, так

і клінічно значимого рівня тривожності, при цьому майже половина учасників після програми продемонструвала нормальні показники.

За HADS D (депресія) зафіксовано зменшення субклінічних та клінічно значимих проявів депресії, а кількість учасників із нормальним рівнем майже подвоїлася.

За короткою шкалою B.B. Hart частка учасників із пороговими проявами ПТСР знизилася з 100% до 78,33%, що свідчить про зменшення інтенсивності симптомів та перехід частини респондентів до групи без порогових проявів.

Узагальнено можна стверджувати, що АРТ-терапевтична програма продемонструвала високу ефективність у зниженні психоемоційних труднощів військовослужбовців. Вона сприяла зменшенню тривожності та депресії, зниженню проявів ПТСР, а також підвищенню частки учасників із нормальними показниками психічного стану. Це підтверджує практичну значущість АРТ-терапії як інструменту психологічної реабілітації та підтримки військовослужбовців у післябойовий період.

Висновки до розділу 3

Комплексне застосування психодіагностичних методик (методика Кокуна, шкала депресії Бека (BDI), госпітальна шкала тривоги (HADS A), госпітальна шкала депресії (HADS D) та коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)) дозволило отримати узагальнену картину психоемоційного стану військовослужбовців до та після участі у програмі АРТ-терапії.

Результати всіх методик узгоджено свідчать про позитивну динаміку:

Методика Кокуна показала покращення психофізіологічних показників та зниження рівня психічної напруженості.

Шкала Бека (BDI) зафіксувала суттєве зменшення частки учасників із середнім та помірним рівнем депресії, водночас значно зросла кількість респондентів із мінімальними або легкими проявами.

HADS A (тривожність) продемонструвала зниження прикордонного та клінічно значимого рівня тривожності, при цьому майже половина учасників після програми мала нормальні показники.

HADS D (депресія) показала зменшення субклінічних та клінічно значимих проявів депресії, а кількість учасників із нормальним рівнем майже подвоїлася.

Коротка шкала B.B. Hart засвідчила зниження частки учасників із пороговими проявами ПТСР з 100% до 78,33%, що свідчить про зменшення інтенсивності симптомів та перехід частини респондентів до групи без порогових проявів.

Узагальнено можна стверджувати, що АРТ-терапевтична програма продемонструвала високу ефективність у зниженні психоемоційних труднощів військовослужбовців. Вона сприяла зменшенню тривожності та депресії, зниженню проявів ПТСР, а також підвищенню частки учасників із нормальними показниками психічного стану. Це підтверджує практичну значущість АРТ-терапії як інструменту психологічної реабілітації та підтримки військовослужбовців у післябойовий період.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дозволило комплексно розглянути теоретичні та практичні аспекти застосування АРТ-терапії у психологічній реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України. У роботі було проаналізовано сучасні підходи до розуміння бойової психотравми, її нейробіологічні, психологічні та соціокультурні механізми, а також визначено місце арт-терапії як ефективного інструменту психологічної допомоги.

У теоретичній частині доведено, що бойова психотравма має системний характер і відрізняється від цивільної травми за інтенсивністю, тривалістю та кумулятивним ефектом. Вона супроводжується моральними дилемами, втратою побратимів, соціальною ізоляцією та стигматизацією, що зумовлює багатовимірний вплив на особистість військовослужбовця. Узагальнення класичних і сучасних моделей травми показало, що її подолання потребує інтегративного підходу, який враховує біологічні, психологічні та соціальні чинники.

Практична частина роботи була присвячена розробці та апробації АРТ-терапевтичної програми для військовослужбовців. Програма мала поетапну структуру, що забезпечувала поступове занурення у творчий процес, зниження психоемоційної напруги та формування адаптивних ресурсів. На першому етапі створювалася атмосфера довіри та психологічної безпеки, на другому – актуалізувалися та виражалися внутрішні емоційні стани, на третьому – здійснювалася трансформація негативних переживань і пошук ресурсних образів, а на завершальному етапі – закріплювався позитивний досвід та інтегрувалися нові ресурси у систему особистісних цінностей.

Ефективність програми підтверджується результатами психодіагностичних методик (Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О. М. Кокуна, Шкала депресії Бека (BDI), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart), які засвідчили значне зниження рівня тривожності, депресії та проявів ПТСР серед учасників. Було зафіксовано

зростання частки військовослужбовців із нормальними показниками психоемоційного стану, що свідчить про позитивний вплив програми на стабілізацію емоційної сфери та відновлення внутрішньої цілісності.

Наукова новизна роботи полягає у розробці та апробації поетапної АРТ-терапевтичної програми, адаптованої до специфіки військового контингенту в умовах сучасної війни. Практичне значення дослідження полягає у можливості використання програми у системі психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців, а також у діяльності психологів, які працюють із травматизованими особами.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні програми, її інтеграції з іншими психотерапевтичними методами, а також у застосуванні для різних категорій військовослужбовців та ветеранів. Важливим напрямом є також вивчення довготривалих ефектів АРТ-терапії та її впливу на соціальну інтеграцію учасників.

Таким чином, результати магістерської роботи підтверджують ефективність АРТ-терапії як сучасного та універсального методу психологічної реабілітації військовослужбовців, який сприяє зниженню психоемоційних труднощів, формуванню нових адаптивних стратегій та відновленню внутрішньої цілісності особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf (дата звернення 14.10.2025)
2. Аймедов К. В., Асєєва Ю. О. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в Україні з 2022 року. Ментальне здоров'я. 2024. Вип. 4. С. 3–8. URL: https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-4-1 (дата звернення 14.12.2025)
3. Антонова В., Підбуцька Н. Психічні наслідки бойової травми учасників військових конфліктів. Теорія і практика управління соціальними системами. 2024. № 1. URL: https://doi.org/10.20998/2078-7782.2024.1.01(дата звернення 30.11.2025)
4. Бамбурак Н., Цикунова А. Арт-терапія у роботі з травматичним досвідом військовослужбовців. Воєнні конфлікти та техногенні катастрофи: матеріали міжнар. конф. Львів: ЛьвДУВС, 2021. С. 15–16. URL: https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/35097/2/MCTD_2021_Bamburak_N-Arttherapy_in_working_with_15-16.pdf (дата звернення 04.01.2025)
5. Бірук Л. М. Особливості використання арт-терапії в реабілітації військовослужбовців: магістерська робота. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки, 2024. 76 с. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/25594/1/Biruk_2024.pdf (дата звернення 28.10.2025)
6. Бірук Н. В. Використання елементів арт-терапії в реабілітаційній роботі з військовими: кваліфікаційна робота. Житомир: Поліський національний університет, 2024. URL:

http://ir.polissiauniver.edu.ua/bitstream/123456789/16674/1/Biruk_N_KS_053_2024.pdf (дата звернення 28.10.2025)

7. Блінов О. А. Психологія бойової психологічної травми: монографія. Київ: Талком, 2016. 246 с.
8. Блінов О. А. Бойова психічна травма. Київ: Талком, 2019. 699 с.
9. Буліч В., Фількіна Т. Вектори психологічної реабілітації поранених військовослужбовців. Арттерапія і війна: контексти і досвід практичної роботи. Львів: ЛьвДУВС, 2023. С. 7–10.
10. Ван дер Колк Б. Тіло пам’ятає все: як зцілити наслідки травми. Пер. з англ. Київ: Книголав, 2022. 480 с.
11. Василевська В. Арт-терапія як засіб емоційного розвантаження військовослужбовців. Психологічні студії. 2019. № 2. С. 45–52.
12. Василевська О. О. Арт-терапія як засіб подолання стресу у військовослужбовців. ДУ «Східне територіальне медичне об’єднання МВС України», 2023. URL: https://health.mvs.gov.ua/dnipro/novini/art-terapiia-iak-zasib-podolannia-stresu-u-viiskovosluzbovciv-avtor-vasilevska-o-o (дата звернення 10.10.2025)
13. Вознесенська О. Л. Практика застосування селфі в медіа-арттерапії. Простір арт-терапії: збірник наукових праць. 2022. Вип. 1 (31). С. 38–51. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740272/1/застосування%20селфі%20в%20медіа.pdf (дата звернення 02.10.2025)
14. Вознесенська О. Л., Савінов В. В. Особливості арттерапії військовослужбовців у часи війни. Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців: тези доп. XIII Всеукр. наук.-практ. конф. Хмельницький: ХНУ, 2025. С. 17–19
15. Гозак С., Єлізарова О., Станкевич Т., Парац А., Чорна В., Товкун Л., Лебединець Н., Бондар О. Адаптивні копінг-стратегії українців під час війни. Психосоматична медицина та загальна практика. Том 8(4). URL: https://doi.org/10.26766/pmgp.v8i4.463 (дата звернення 05.11.2025)

16. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії. Львів: ЛьвДУВС, 2020. 232 с. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/3301/1/АртТерапія-19-10-20.pdf (дата звернення 17.11.2025)
17. Київська міська державна адміністрація. URL: dsp-2023.kyivcity.gov.ua/news/1033.html?PrintVersion (дата звернення 05.01.2026)
18. Кобець Д. С. Особливості арт-терапії в Україні: кваліфікаційна робота бакалавра спеціальності 053 «Психологія». Запоріжжя: ЗНУ, 2024. 47 с. URL: https://dspace.znu.edu.ua/jspui/handle/12345/19484 (дата звернення 05.11.2025)
19. Кожина Г. М., Потапов О. О., Сухарьєва В. А. Механізми розвитку психічних розладів, пов'язаних зі стресом, у військових із бойовою травмою: значення супутньої патології та синдромальної організації. Український вісник психоневрології. Том 33. Вип. 2 (123). 2025. С. 32–37. URL: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is2-2025-5 (дата звернення 23.11.2025)
20. Кокун О.М. Психофізіологія. Навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2006. 184 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/1608/1/%D0%9A%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BD_%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%84%D1%96%D0%B7%D1%96%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F.pdf (дата звернення 10.10.2025)
21. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми. Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 19. Харків: НУЦЗУ, 2016. С. 146–152. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/704979/1/Kokun_16.pdf (дата звернення 07.12.2025)
22. Колпакчи О. С. Арт-терапія: курс лекцій: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2018. 288 с.

23. Кузікова С. Б., Лукомська С. О. Особливості посттравматичного стресу та резилентності військовослужбовців ЗСУ. Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія. Вип. 2. 2024. С. 32–36. URL: https://journals.spu.sumy.ua/index.php/psy/article/view/476 (дата звернення 05.01.2026)
24. Лизогуб К. Арттерапія для військових: як творчість допомагає відновитись. Ґвара Медіа. 2023. URL: https://gwaramedia.com/artterapiya-dlya-vijskovih-yak-tvorchist-dopomagaie-vidnovitisya/ (дата звернення 17.11.2025)
25. Малімон Л., Балабус В. Взаємозв'язок характеристик копінг-поведінки особистості з проявами симптоматики її травматичного досвіду. Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки. Київ, 2024. Вип. 24(69). С. 13–22. URL: https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series12.2024.24(69).02 (дата звернення 27.10.2025)
26. Медведєва Н. В. Теорія архетипів К. Г. Юнга та дослідження творчого сприймання. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2021. Вип. 8, № 3. С. 112–118.
27. Наказ від 08.12.2016 № 1285 Про затвердження Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0080-17/ed20241113#n347 (дата звернення: 29.01.2026)
28. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
29. Нерубасська А. О., Нестеренко А. С., Соловйова І. О. Теоретичний аналіз поняття Травматичний досвід. Науковий журнал Габітус. Вип. 60. 2024. URL: https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.60.25 (дата звернення 17.12.2025)
30. Опря Є. В., Чернова Т. М., Єрмуракі П. П., Донець О. Ю., Горячев П. І., Волощук Д. А., Макарова І. В. Методична розробка до практичних занять з наукової дисципліни: Медико-психологічна допомога

учасникам бойових дій та особам, що зазнали шкоди від насильства та катування на тимчасово окупованих територіях. Одеса: Одеський національний медичний університет, 2024. 74 с.

31. Всеукраїнська Арттерапевтична Асоціація ВГО Арттерапевтична асоціація. URL: https://www.art-therapy.org.ua/
32. Павловська-Кравчук В.А. Арт-терапія як засіб доступу до несвідомого досвіду в роботі з військовими, які перебувають у стані посттравматичного реагування. Науковий журнал Габітус, випуск 75, т.2, 2025. С. 192 - 197 URL: https://doi.org/10.32782/hbts.75.2.33 (дата звернення 09.11.2025)
33. Пилипчук Я. В. Бойовий стрес та бойова психічна травма (досвід історіографічного вивчення проблеми). Вісник Академії історії та культури. Вип. 47–48. 2024. С. 340–346. URL: https://doi.org/10.31392/VAH-2024.47-48.31 (дата звернення 15.11.2025)
34. Пономаренко Ю. А., Дунай Н. С., Чепурна Г. Л. Реабілітаційний потенціал арт-терапії в подоланні наслідків бойового стресу. Матеріали конф. Чернігів: ЧНТУ, 2023. С. 45–49. URL: https://ir.stu.cn.ua/handle/123456789/27181 (дата звернення 19.11.2025)
35. Психологія травми. Електронний ресурс: наук.-допом. бібліогр. покажч. Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, Бібліотека, Каф. заг. та клін. психології. Уклад. Л.. П. Дейнека. Упоряд. З. Ю. Крижановська. Електрон. текст. дані. Луцьк, 2025. 29 с. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/27532/1/psy_travmy.pdf (дата звернення 13.12.2025)
36. Роджерс, Карл Р. Становлення особистості. Погляд на психотерапію. Пер. з англ. Володимир Горбатько. Київ: КСД, 2023. 608 с.
37. Роменець В. А. Психологія творчості: навчальний посібник. Київ: Либідь, 2001. 288 с.
38. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій: методичні рекомендації. Національна академія педагогічних наук України,

Інститут соціальної та політичної психології; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2017. 80 с. URL: https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2020/05/metod-tytarenko-2017.pdf (дата звернення 23.12.2025)

39. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з ПТСР. Rehabilitation and Recreation. 2023. URL: https://rehabrec.org/index.php/rehabilitation/article/view/339 (дата звернення 30.10.2025)
40. Суший О. Травма як соціальний діагноз Українського суспільства: наукова доповідь на Всеукраїнській науково-практичній конференції Український соціум: політико-психологічний вимір зміни поколінь. Проблеми політичної психології. 2023. Т. 14(28). С. 62–78. URL: https://doi.org/10.33120/popp-Vol14-Year2023-148 (дата звернення 02.01.2026)
41. Титаренко Т. М. Як подолати наслідки травматизації: контури соціально-психологічної реабілітації. Ментальне здоров'я. Вип. 4. 2024. С. 3–8. URL: https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-4-1 (дата звернення 28.10.2025)
42. Федоренко Ю. А., Стасюк В. В. Етичні дилеми та принципи надання психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України в умовах повномасштабної агресії. Alfred Nobel University Journal of Pedagogy and Psychology. 2025. № 2 (30). URL: https://doi.org/10.32342/3041-2196-2025-2-30-6 (дата звернення 29.10.2025)
43. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Київ: Основи, 2020. 224 с.
44. Художня терапія: новий досвід малювання з воїном під час війни. ІПСМ НАМ України. 2023. URL: http://hudkult.mari.kyiv.ua/article/view/333501 (дата звернення 05.11.2025)
45. Шапар В. Б. Психологічний тлумачний словник. Харків: Прапор, 2004.

640 с.

46. Штифурак В. С. Теорія і практика групової роботи: навчально-методичний посібник. Вінницький державний педагогічний університет ім. М. Коцюбинського. Вінниця: ВДПУ, 2012. 198 с. URL: https://doi.org/10.31652/159.98(075.8)-1-198 (дата звернення 07.10.2025)
47. Шуст О. Пілотне дослідження української історичної колективної травми в часи російсько-української війни. Журнал соціальної та практичної психології. Вип. 5. 2025. С. 79–83. URL: https://doi.org/10.32782/psy-2025-5-11 (дата звернення 20.11.2025)
48. Юнг К. Архетип і символ. Київ: Центр учбової літератури, 2024. 436 с.
49. Як арттерапія рятує від ПТСР. Центр реабілітації та реадаптації учасників АТО та ООС «ЯРМІЗ». АрміяInform. 2021. URL: https://armyinform.com.ua/2021/08/18/yak-artterapiya-ryatuye-vid-ptsr/
50. Art Therapy Force. 2025. URL: artherapyforce.com.ua (дата звернення 27.10.2025)
51. Abraham H. Maslow. Motivation and personality. New York: Harper & Row, 1954. 394 p.
52. Maslow. A Theory of Human Motivation. Psychological Review. 1943. Vol. 50. P. 370–396. URL: https://www.excelcentre.net/TheoryHumanMotivation.pdf (дата звернення 19.10.2025)
53. Avital, Buffie Longmire. Identity Crises. EBSCO Research Starters. 2024. URL: https://www.ebsco.com/research-starters/psychology/identity-crises (дата звернення 20.10.2025)
54. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961, 4(6), P. 561–571. URL: https://scispace.com/pdf/an-inventory-for-measuring-depression-245h2atfgv.pdf (дата звернення 14.10.2025)
55. Carlson E. B., Dalenberg C. J. A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. Trauma, Violence, & Abuse. Vol. 1, № 1. January 2000. P. 4–28.

56. Freud S. The psychopathology of everyday life. A. Tyson, Trans. New York: Norton, 1966.
57. Gantt L., Tinnin L. Support for a neurobiological view of trauma with art therapy: A review of the literature. The Arts in Psychotherapy. 2009. Vol. 36, № 3. P. 148–153.
58. Girija Kaimal, Jacqueline P. Jones, Rebekka Dieterich-Hartwell, Xi Wang. Long-term art therapy clinical interventions with military service members with traumatic brain injury and post-traumatic stress: Findings from a mixed methods program evaluation study. Military Psychology. 2020. Vol. 33, № 1. P. 29–40. URL: https://doi.org/10.1080/08995605.2020.1842639 (дата звернення 20.12.2025)
59. Gussak D., Rosal M. Art Therapy with Veterans and Military Service Members: Evidence and Practice. New York: Routledge, 2016. 290 p.
60. Hannes Gahnfelt, Sandra Weineland, Per F. G. Carlsson, Christina Blomdahl. 8-day intensive treatment programme for PTSD and complex PTSD vs treatment as usual: a clinical trial. European Journal of Psychotraumatology. 2025. Vol. 16, № 1. URL: https://doi.org/10.1080/20008066.2025.2553422 (дата звернення 16.11.2025)
61. Hun Kang, Ian C. Fischer, Samuel Dickinson, Peter J. Na, Jack Tsai, Richard G. Tedeschi, Robert H. Pietrzak. Posttraumatic Growth in U.S. Military Veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. Psychiatric Quarterly. 2024. Vol. 95. P. 17–32. URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/articles/article-pdf/id1627091.pdf (дата звернення 27.12.2025)
62. Julia Baumann, Natasha Biscoe, Karen Burnell, Janice Lobban, Dominic Murphy. Museum-based art therapy and wellbeing programme: experiences of veterans with PTSD. International Journal of Art Therapy. Published online: 31 May 2023. URL: https://doi.org/10.1080/17454832.2023.2188409 (дата звернення 22.12.2025)

63. Kaimal G., Walker M. S., Herres J., French L. M., Degraba T. J. Observational study of associations between visual imagery and measures of depression, anxiety and post-traumatic stress among active-duty military service members with traumatic brain injury at the Walter Reed National Military Medical Center. 2018. URL: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021448 (дата звернення 10.11.2025)

64. Karcı A., Özel Y. The Therapeutic Power of Creativity: The Role of Art Therapy in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. Journal of Health, Medicine and Nursing. Vol. 10, Issue 6, № 2. 2024. P. 11–22. URL: https://www.researchgate.net/publication/387116327_The_Therapeutic_Power_of_Creativity_The_Role_of_Art_Therapy_in_the_Treatment_of_Post-Traumatic_Stress_Disorder/fulltext/676126ba2d60b863e276a732/The-Therapeutic-Power-of-Creativity-The-Role-of-Art-Therapy-in-the-Treatment-of-Post-Traumatic-Stress-Disorder.pdf (дата звернення 17.12.2025)

65. Kira Kudara, Neslie Nsingib, Meredith J. Seagera, Melissa Weaversc, Caroline C. Piotrowski. Therapeutic use of art with active duty military members and Veterans with PTSD: A scoping review. Journal of Military, Veteran and Family Health. 2025. Vol. 11, № 4. P. 72–86. URL: https://doi.org/10.3138/jmvfh-2024-0063 (дата звернення 11.12.2025)

66. Lobban J., Murphy D. Using art therapy to overcome avoidance in Veterans with chronic post-traumatic stress disorder. International Journal of Art Therapy. Vol. 23. 2018. Issue 3. URL: https://doi.org/10.1080/17454832.2017.1397036 (дата звернення 20.12.2025)

67. Lobbana J., Murphy D. Understanding the role art therapy can take in treating veterans with chronic post-traumatic stress disorder. The Arts in Psychotherapy. Vol. 62. February 2019. P. 37–44. URL: https://kcmhr.org/pdf/2019_Lobban_a.pdf (дата звернення 29.11.2025)

68. Malchiodi C. A. The Art Therapy Sourcebook. New York: McGraw-Hill, 2006. 320 p.

69. Mark J. Hilsenroth, Daniel L. Segal. Comprehensive handbook of psychological assessment. Volume 2 Personality assessment. John Wiley & Sons, Inc. 2004. P. 50 – 69.
70. Mi-Sun Lee. Art Therapy for PTSD in Traumatized Patients after Disasters. Asia-Pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art Humanities and Sociology. Vol. 8(12). December 2018. P. 615–625. URL: https://www.researchgate.net/publication/358606675_Art_Therapy_for_PTSD_in_Traumatized_Patients_after_Disasters (дата звернення 17.11.2025)
71. Dominic Murphy, Lucy Spencer-Harper, Carron Carson, Emily Palmer, Kate Hill, Nicola Sorfleet, Simon Wessely, Walter Busuttil. Long-term responses to treatment in UK veterans with military-related PTSD: an observational study. BMJ Open. 2016. Vol. 6. URL: https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/9/e011667.full.pdf (дата звернення 07.12.2025)
72. Emily Palmer, Kate Hill, Janice Lobban, Dominic Murphy. Veterans' perspectives on the acceptability of art therapy: a mixed-methods study. International Journal of Art Therapy. Published online: 15 Feb 2017. URL: https://doi.org/10.1080/17454832.2016.1277250 (дата звернення 03.01.2026)
73. Or Shalev, Ephrat Huss, Michal Bat Or. Exploring Art's Role in a Multimodal Group Intervention for Combat Veterans: Facilitators' Perspective. Journal of Loss and Trauma. 2025. URL: https://doi.org/10.1080/15325024.2025.2492791 (дата звернення 22.11.2025)
74. Tiantian Pang, Lindsay Murn, Dana Williams, Maayan Lawental, Anya Abhayakumar, Kevin E. Kip. Comparison of Accelerated Resolution Therapy for PTSD Between Veterans With and Without Prior PTSD Treatment. Military Medicine. Vol. 188, Issue 3–4. March–April 2023. P. 621–629. URL: https://doi.org/10.1093/milmed/usab335 (дата звернення 29.11.2025)
75. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the

Healing of Trauma. New York: Viking, 2014. 464 p.

76. Wang J., Zhang B., Yahaya R., Abdullah A. B. Colors of the mind: a meta-analysis of creative arts therapy as an approach for post-traumatic stress disorder intervention. BMC Psychology. Vol. 13. Article № 32. 2025. URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-025-02361-4 (дата звернення 08.12.2025)
77. William Lugg. The biopsychosocial model – history, controversy and Engel. Australasian Psychiatry. 2021. P. 1–5. URL: https://www.researchgate.net/publication/356021398_The_biopsychosocial_model_-_history_controversy_and_Engel (дата звернення 06.12.2025)
78. U.S. National Endowment for the Arts. Creative Forces: Art Therapy for Military and Veterans. 2023. URL: https://www.arts.gov/creativeforces
79. Veterans UK. Combat Stress: Mental Health Support for Veterans. London, 2024. URL: https://combatstress.org.uk (дата звернення 09.12.2025)
80. Yehuda R. Post-traumatic stress disorder. New England Journal of Medicine. 2002. Vol. 346, № 2. P. 108–114.
81. Yehuda R., McFarlane A. The role of traumatic stress in the genesis of psychiatric disorders. American Journal of Psychiatry. 1995. Vol. 152, № 4. P. 479–491.
82. Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983, 67. P. 361-370. URL: https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x (дата звернення 09.10.2025)

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна

Методика шкалованої самооцінки на зорово-аналогових шкалах дає можливість швидко і досить точно отримувати оцінку респондентами різних складових їх ПФС. Найважливішими перевагами даної методики є її зручність, універсальність, інформативність, надійність, експрес-характер, можливість класифікації та зіставлення отриманих показників, що робить її однією з найбільш придатних методик для вирішення завдань моніторингу ПФС. Методика дає можливість достатньо легко діагностувати параметри не тільки "традиційних" станів самопочуття, активності й настрою, але й інших показників, які характеризують специфічний ПФС людини за певної діяльності, в тому числі емоційний, мотиваційний та інші компоненти.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік_____ Стать _____

Інструкція: "За допомогою нижченаведених шкал, будь ласка, оцініть різні показники свого стану на даний момент, **поставивши вертикальну риску** у відповідному місці, враховуючи те, що ліва сторона шкали означає найгірший можливий для Вас показник стану, а права – найкращий".

найгірше_____найкраще

САМОПОЧУТТЯ

найгірше_____найкраще

АКТИВНІСТЬ

найгірше_____найкраще

НАСТРІЙ

найгірше_____найкраще

ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ

найгірше_____найкраще

ЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ В УЧАСТІ В БОЙОВИХ ДІЯХ

найгірше_____найкраще
БАЖАННЯ ВИКОНУВАТИ ДІЯЛЬНІСТЬ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

найгірше_____найкраще
ВПЕВНЕНІСТЬ У СВОЇХ СИЛАХ

Діагностична процедура **полягає в тому**, що респонденту пропонується оцінити різні характеристики свого стану на даний момент, відмітивши відповідне місце на неградуйованій шкалі (**яка являє собою пряму лінію довжиною 100 мм**) вертикальною рискою, з урахуванням того, що лівий край шкали означає мінімальне, а правий – максимально можливе для респондента виявлення певної характеристики.

Обробка результатів:

Кількісні показники (від 1 до 100) отримуються за допомогою **прикладання** на неградуйовану шкалу **лінійки** і визначення відстані (у міліметрах) від лівого краю шкали до позначеного респондентом місця.

Інтерпретація результатів:

Від 1 мм. до 20 мм. – низький показник;
від 21 до 40 – нижче середнього;
від 41 до 60 – середній;
від 61 до 80 – вище середнього;
від 81 до 100 – високий.

Слід зауважити, що методика, насамперед, призначена для **багаторазової фіксації і порівняння** індивідуальних для кожного респондента показників, а не для порівняння показників, отриманих різними особами.

ДОДАТОК Б

Шкала депресії Бека (BDI)

Реєстраційний бланк

П.І.Б. *(повністю)*

_____

Дата обстеження _____*Вік* _____ *Стать* _____

Інструкція: “Прочитайте кожне твердження, розміщене навпроти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас”.

№ з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Текст опитувальника

1. а) Я почуваю себе добре.
б) Мені погано.
в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою зробити.
г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.

2. а) Майбутнє не лякає мене.
б) Я боюся майбутнього.
в) Мене ніщо не радує.
г) Моє майбутнє безпросвітне.

3. а) В житті мені переважно щастило.
б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.
в) Я нічого не добився в житті.
г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.

4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.
б) Як правило, я скучаю.
в) Що б я не робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.
г) Мене не задовольняє абсолютно все.

5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.
б) Може я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.
в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.
г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.

6. а) Я задоволений собою.
б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.
в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.
г) Я абсолютно нікчемна людина.

7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання.
б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.
в) Я знаю, що заслуговую покарання.
г) Я хочу, щоб життя мене покарало.

8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.

б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.
в) Я не люблю себе.
г) Я себе ненавиджу.

9. а) Я нічим не гірший за інших.
б) Деколи я припускаюся помилки.
в) Просто жахливо, як мені не щастить.
г) Я сію навколо себе одні нещастя.

10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.
б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.
в) Було краще б зовсім нежити.
г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.

11. а) У мене немає причин плакати.
б) Бува, що я і поплачу.
в) Я тепер постійно плачу, так, що не можу виплакатися.
г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.

12. а) Я спокійний.
б) Я легко дратуюсь.
в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.
г) Тепер мені все байдуже: те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.

13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.
б) Іноді я відкладаю рішення на потім.
в) Приймати рішення для мене проблематично.
г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.

14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.
б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.
в) Справи йдуть дедалі гірше, − я виглядаю погано.
г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.

15. а) Здійснити вчинок – для мене не проблема.
б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.
в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою. г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.

16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.
б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.
в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.
г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, вцілому я сплю не більше п’яти годин на добу.

17.а) У мене збереглася колишня працездатність.
б) Я швидко втомлююся.
в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.
г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.

18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.
б) У мене пропав апетит.
в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.
г) У мене взагалі немає апетиту.

19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.
б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.
в) У мене немає ніякого бажання бувати в суспільстві.
г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, не хвилює ніщо стороннє.

20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.
б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.
в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.
г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.

21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров’я так само, як і раніше.
б) У мене постійно щось болить.
в) Із здоров’ям справи серйозні, я весь час про це думаю.
г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

Обробка результатів

За відповіді нараховується:
“а” – 0 балів,
“б” – 1 бал,
“в” – 3 бали,
“г” – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів

Ступінь депресії:
0-4 бали – депресія відсутня;
5-7 бали – легкий ступінь депресії;
8-15 бали – середній ступінь депресії;
16 і більше балів – високий рівень депресії.

ДОДАТОК В

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю)
_____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Інструкція: “Не звертайте уваги на цифри та літери, поміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження, і обведіть кружечком відповідну цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе почували минулого тижня. Не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Відповідь, яка першою приходить Вам в голову, завжди буде більш вірною. Час заповнення 20-30 хвилин”.

1. Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі.
3 Весь час.
2 Часто.
1 Час від часу, іноді.
0 Зовсім не відчуваю.

2. Д Те, що раніше приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття.
0 Безумовно це так.
1 Напевно, це так.
2 Лише в дуже малому ступені це так.
3 Це зовсім не так.

3. Т Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися.
3 Безумовно це так, і страх дуже сильний.
2 Це так, але страх не дуже сильний.
1 Іноді, але це мене не турбує.
0 Зовсім не відчуваю.

4. Д Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне.
0 Безумовно це так.
1 Напевно, це так.
2 Лише в дуже малому ступені це так.
3 Зовсім не здатний.

5. Т Неспокійні думки крутяться у мене в голові.
3 Постійно.
2 Велику частину часу.
1 Час від часу і не так часто.
0 Тільки іноді.

6. Д Я відчуваю бадьорість.
3 Зовсім не відчуваю.
2 Дуже рідко.
1 Іноді.
0 Практично весь час.

7. Т Я легко можу сісти і розслабитися.
0 Безумовно це так.
1 Напевно, це так.
2 Лише зрідка це так.
3 Зовсім не можу.

8. Д Мені здається, що я почав все робити дуже повільно.
3 Практично весь час.
2 Часто.
1 Іноді.
0 Зовсім ні.

9. Т Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння.
0 Зовсім не відчуваю.
1 Іноді.
2 Часто.
4 Дуже часто.

10. Д Я не стежу за своєю зовнішністю.
3 Безумовно це так.
2 Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно.
1 Може бути, я став менше приділяти цьому уваги.
0 Я стежу за собою так само, як і раніше.

11. Т Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися.
3 Безумовно це так.
2 Напевно, це так.
1 Лише в деякій мірі це так.

0 Зовсім не відчуваю.

12. Д Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення.
0 Точно так само, як і зазвичай.
1 Так, але не в тій мірі, як раніше.
2 Значно менше, ніж зазвичай.
3 Зовсім так не вважаю.

13. Т У мене буває раптове відчуття паніки.
3 Дуже часто.
2 Досить часто.
1 Не так уже часто.
0 Зовсім не буває.

14. Д Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- чи телепрограми.
0 Часто.
1 Іноді.
2 Рідко.
3 Дуже рідко.

"Ключ"

Субшкала Т – "тривога": непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.
Субшкала Д – "депресія": парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: "тривога" (непарні пункти – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і "депресія" (парні пункти – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);
8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;
11 і вище - клінічно виражена тривога/депресія.

ДОДАТОК Г

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю)
_____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

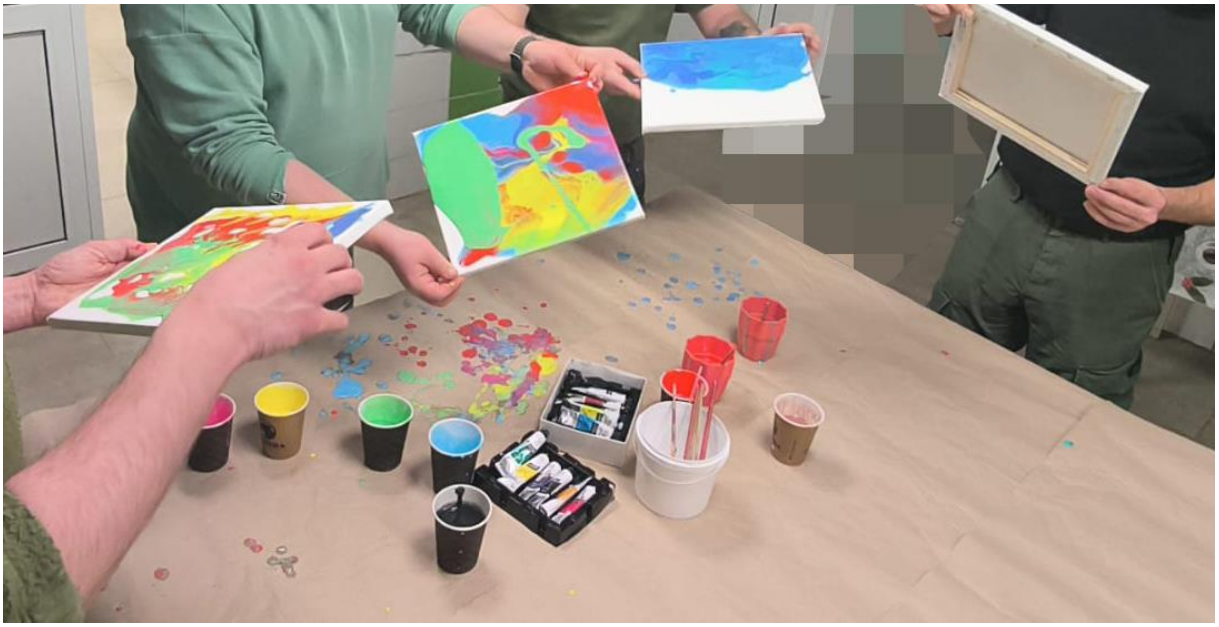
Інструкція: "З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж зазвичай, наступні стани? Оберіть тільки один варіант відповіді ("так" або "ні") та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка".

	Так	Ні
Нездатність "розслабитися" (напруженість)		
Роздратування та поганий настрій.		
Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент.		
Неуважність, погане зосередження уваги.		
Сильний смуток, печаль.		
Сильна втома, нестача енергії.		
Потрясіння або паніка.		
Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію.		
Труднощі із засипанням, погіршення сну.		
Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, у тому числі – професійної.		

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей "так" дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, найбільш специфічні прояви ПТСР. "Пороговим" значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4 відповідей "так".

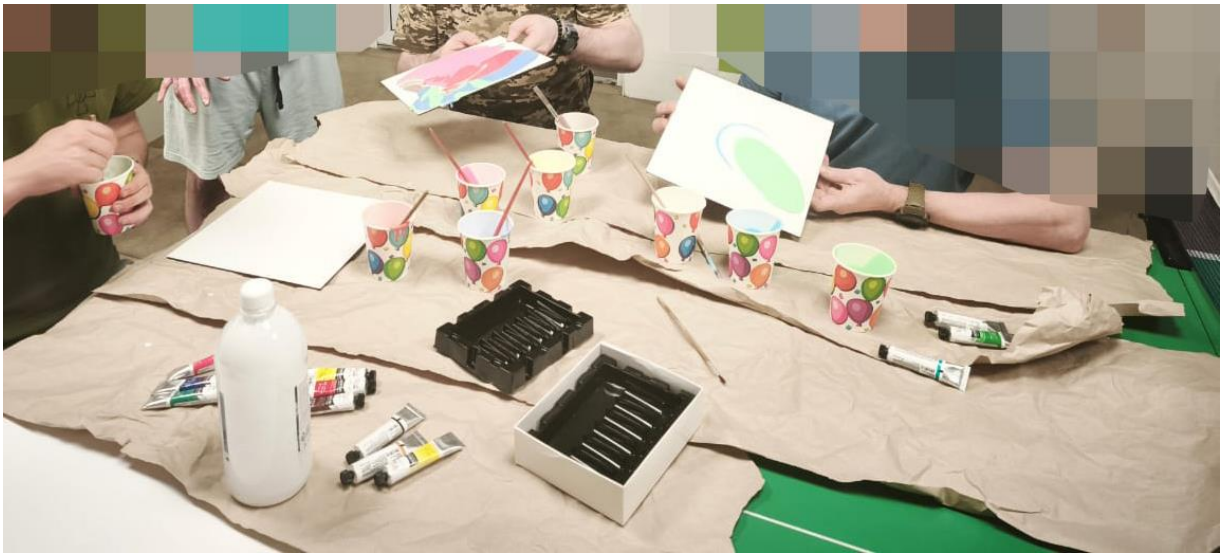
ДОДАТОК Д



Процес творчої роботи учасників АРТ-терапевтичної програми



Процес творчої роботи учасників АРТ-терапевтичної програми



Процес творчої роботи учасників АРТ-терапевтичної програми



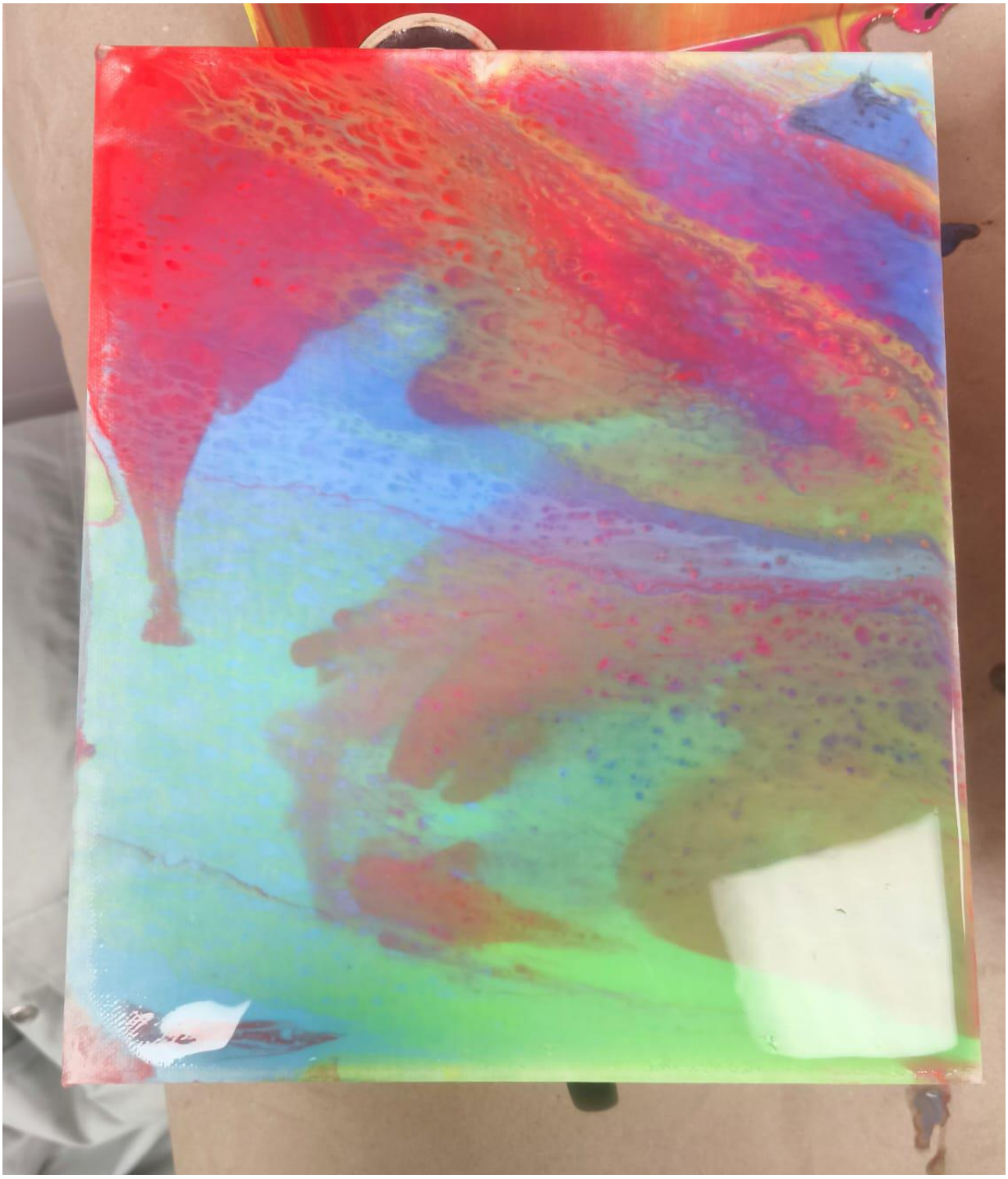
Роботи учасників АРТ-терапевтичної програми



Робота учасника АРТ-терапевтичної програми



Робота учасника АРТ-терапевтичної програми



Робота учасника АРТ-терапевтичної програми