

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

Факультет гуманітарно-педагогічний

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

**В.о. завідувача кафедри
Соціальної роботи та реабілітації**
(назва кафедри)

_____ **Григоренко Т.В.**
(підпис) (ПІБ)
“ ____ ” _____ 2026 р.

**БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
(ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ БАКАЛАВРА)**

на тему Соціальна реабілітація ветеранів війни засобами арт-терапії

Спеціальність 231 Соціальна робота
(код і назва)

Гарант освітньої програми

Доктор педагогічних наук, професор _____ Осадченко І.І.
(науковий ступінь та вчене звання) (підпис) (ПІБ)

**Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи
(Керівник дипломного проєкту бакалавра)**

Доктор педагогічних наук, професор _____ Сопівник І.В.
(науковий ступінь та вчене звання) (підпис) (ПІБ)

Виконав

(підпис)

Кратюк Д.А.
(ПІБ студента)

КИЇВ – 2026

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ

Факультет гуманітарно-педагогічний

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
соціальної роботи та реабілітації
(назва кафедри)

Сопівник І.В.
(ПІБ)
“ ” 2026р.
(підпис)

З А В Д А Н Н Я на виконання бакалаврської кваліфікаційної роботи

Кратюк Дар'я Анатоліївна
(прізвище, ім'я, по батькові)
Спеціальність 231 Соціальна робота
(код і назва)

Тема бакалаврської кваліфікаційної роботи «Соціальна реабілітація ветеранів війни засобами арт-терапії»

затверджена наказом ректора НУБіП України від 16.03.2026 №779 «С»

Термін подання завершеної роботи (проекту) на кафедру 20 травня 2026р.

(рік, місяць, число)

Вихідні дані до бакалаврської кваліфікаційної роботи: *наукові розробки вітчизняних і зарубіжних учених, матеріали періодичних видань, навчальна та довідкова література з теми дослідження.*

Перелік питань, які потрібно розробити:

1. Проаналізувати теоритичні основи соціальної реабілітації ветеранів
2. Розкрити сутність, форми та методи арт-терапії
3. Обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність арттерапевтичної програми соціальної реабілітації ветеранів війни «Точка опори».

Дата видачі завдання “13 ” вересня 2025р.

Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи
(Керівник дипломного проєкту бакалавра)

Сопівник І.В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Завдання прийняв до виконання _____
(підпис)

Кратюк Д.А.
(прізвище та ініціали студента)

ЗМІСТ

ЗМІСТ	3
РЕФЕРАТ	4
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВETERANІВ ВІЙНИ	7
1.1. Поняття та сутність соціальної реабілітації ветеранів війни	7
1.2. Соціальні проблеми ветеранів у процесі повернення до мирного життя.....	13
1.3. Роль соціального працівника у процесі реабілітації ветеранів війни.....	20
РОЗДІЛ 2. АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	27
2.1. Історія розвитку та теоретичні засади арт-терапії.....	27
2.2. Форми та методи арт-терапії у соціальній роботі з ветеранами війни.....	35
2.3. Особливості застосування арт-терапії у роботі з ветеранами війни	43
Висновки до розділу 2	51
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВETERANІВ ВІЙНИ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ	52
3.1. Організація та методика емпіричного дослідження.....	52
3.2. Аналіз результатів впровадження арттерапевтичної програми.....	58
3.3. Рекомендації щодо оптимізації соціальної реабілітації ветеранів засобами арт-терапії	71
Висновки до розділу 3	75
ВИСНОВКИ	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79
ДОДАТКИ.....	87

РЕФЕРАТ

Дипломна робота присвячена дослідженню проблеми соціальної реабілітації ветеранів війни та можливостей застосування арт-терапії як ефективного засобу відновлення їхнього психосоціального функціонування.

Актуальність теми зумовлена зростанням кількості осіб, які зазнали психосоціальних травм унаслідок бойових дій, а також необхідністю впровадження інноваційних, гуманістично орієнтованих методів їх соціальної підтримки та інтеграції в мирне життя.

Мета роботи полягає в обґрунтуванні та експериментальній перевірці ефективності арттерапевтичної програми соціальної реабілітації ветеранів війни «Точка опори».

Об'єкт дослідження – соціальна реабілітація ветеранів війни. Предмет дослідження – арттерапевтична програма соціальної реабілітації ветеранів війни «Точка опори».

У роботі використано такі методи дослідження: аналіз і узагальнення наукових джерел, порівняння, систематизація, анкетування, спостереження, а також кількісний і якісний аналіз результатів емпіричного дослідження.

Наукова новизна роботи полягає в обґрунтуванні доцільності технології застосування арт-терапевтичних методів у соціальній роботі з ветеранами війни.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання отриманих результатів і розроблених рекомендацій у діяльності соціальних працівників, психологів, реабілітаційних центрів і громадських організацій, що працюють з ветеранами війни.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

Ключові слова: ветерани війни, соціальна реабілітація, арт-терапія, соціальна робота, психосоціальна підтримка.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ICF – Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я

АТО – анти терористична операція

УБД – учасник бойових дій

МОЗ – міністерство охорони здоров'я

ВСТУП

Актуальність теми дослідження обумовлена сучасними соціальними викликами, з якими стикаються ветерани війни після повернення до цивільного життя. Внаслідок участі у бойових діях у ветеранів часто виникають психологічні травми, соціальна ізоляція, порушення міжособистісних стосунків та труднощі в адаптації до мирного життя. У цьому контексті соціальна реабілітація набуває особливої значущості, адже вона спрямована на відновлення соціальної, психологічної та професійної активності ветеранів.

Одним із перспективних напрямів соціально-психологічної допомоги ветеранам є арт-терапія, яка ґрунтується на використанні мистецтва як засобу самовираження, відновлення внутрішніх ресурсів та налагодження комунікації із соціумом. Арт-терапевтичні практики дають змогу опосередковано, без вербалізації травматичного досвіду, працювати з глибокими емоційними переживаннями, знижувати рівень психічної напруги, формувати відчуття контролю та безпеки. На відміну від суто клінічних методів, арт-терапія є доступною, гнучкою та може успішно застосовуватися в умовах центрів соціальних служб, громадських організацій, реабілітаційних установ.

Незважаючи на зростання наукового інтересу до проблеми реабілітації ветеранів, питання системного використання арт-терапії саме як засобу соціальної реабілітації залишається недостатньо розробленим. Це зумовлює необхідність теоретичного осмислення та практичного обґрунтування можливостей арт-терапевтичних підходів у роботі з ветеранами війни, що й визначає актуальність обраної теми.

Мета дослідження – обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність арттерапевтичної програми соціальної реабілітації ветеранів війни «Точка опори».

Для реалізації визначеної мети в роботі передбачається виконання таких основних завдань:

1. Проаналізувати теоритичні основи соціальної реабілітації ветеранів

2. Розкрити сутність, форми та методи арт-терапії
3. Обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність арттерапевтичної програми соціальної реабілітації ветеранів війни «Точка опори».

Об'єкт дослідження – соціальна реабілітація ветеранів війни.

Предмет дослідження – арттерапевтична програма соціальної реабілітації ветеранів війни «Точка опори».

У роботі застосовано такі методи дослідження: аналіз наукової та методичної літератури, спостереження, анкетування, інтерв'ю, емпіричний експеримент.

Наукова новизна полягає у поглибленому аналізі особливостей застосування арт-терапії саме в контексті соціальної (а не лише психологічної чи медичної) реабілітації ветеранів російсько-української війни, а також у розробці та емпіричній апробації арт-терапевтичних програм, адаптованих до потреб українських ветеранів.

Практична значущість отриманих результатів полягає в тому, що розроблені рекомендації та програми можуть бути використані в діяльності центрів соціальної реабілітації ветеранів, територіальних центрів соціального обслуговування, громадських організацій, що працюють з ветеранами, а також у навчальному процесі при підготовці фахівців соціальної роботи.

Структура роботи відповідає меті та завданням дослідження і складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

1.1. Поняття та сутність соціальної реабілітації ветеранів війни

У період повномасштабної війни в Україні тисячі захисників щодня зазнають поранень різного ступеня тяжкості, захищаючи суверенітет держави. Таким військовослужбовцям негайно надають домедичну та первинну допомогу, після чого їх направляють на стаціонарне лікування до профільних цивільних лікарень або спеціалізованих військових медичних установ [46].

Особливо критичне значення має реабілітаційний етап, адже саме від його якості та повноти залежить, наскільки повноцінно людина зможе повернутися до активного життя, родини та, за можливості, до служби чи цивільної діяльності [48].

Під реабілітацією розуміють системний комплекс заходів, мета яких – максимально відновити зруйновані внаслідок травми, захворювання чи інших несприятливих факторів фізіологічні функції організму, його працездатність та адаптацію до повсякденних умов [39, с.11].

Основна ціль реабілітації полягає в поверненні людині можливості самостійно виконувати необхідні дії та функції на максимально доступному для її стану рівні.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) трактує реабілітацію як набір скоординованих дій, що допомагають людям із втраченими або обмеженими функціями внаслідок хвороб, травм чи вроджених вад адаптуватися до життя в соціумі та максимально реалізувати свій потенціал. Згідно з позицією ВООЗ, цей процес передбачає всебічну підтримку, яка дозволяє досягти найвищого можливого рівня фізичної, психологічної, професійної, соціальної та економічної самореалізації при конкретному стані здоров'я [55].

Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (ICF), сформульована ВООЗ, наголошує на три ключові рівні наслідків захворювання або травми [13, с.37]:

пошкодження (impairment) – будь-яка втрата чи відхилення в анатомічній будові, фізіологічних або психологічних функціях організму;

обмеження активності (activity limitation, раніше disability) – труднощі або неможливість виконувати повсякденні завдання та дії в обсязі, типовому для більшості людей у суспільстві;

обмеження участі (participation restriction, раніше handicap) – перешкоди, що виникають через пошкодження та обмеження активності й заважають людині виконувати звичні соціальні ролі, прийнятні для її віку, статі, культури та соціального статусу.

Військовослужбовці, які у бойових діях приймали участь, вимагають посиленої соціальної уваги та створення системи всебічної реабілітації. За статистикою, понад 100 тисяч учасників бойових дій потребують такої підтримки. Вороття до тихого побуту влітає ветерана в складні бюрократичні процедури держави. Тепер йому доводиться займатися оформленням статусу учасника бойових дій, шуканням роботи для забезпечення сім'ї та, найголовніше, адаптацією до життя серед тих, хто не стикався з війною. Уряд активно впроваджує програми підтримки для полегшення переходу до громадянського побуту. Вже функціонує низка груп і центрів безоплатної соціальної реабілітації. У таких групах колишні бійці відпрацьовують соціальні навички, долають фіксацію на травматичному досвіді, розвивають інші грані особистості, відновлюють зв'язки, покращують комунікацію та звикають до розслабленого ритму життя [33].

Соціальна реабілітація спрямована на реінтеграцію індивіда в суспільство шляхом поновлення його суспільного становища. Цей процес реалізується через залучення особи до активної життєдіяльності, стабілізацію міжособистісних зв'язків та формування гармонійного психоемоційного клімату в побуті й професійному середовищі. Крім того, важлива роль відводиться соціокультурній адаптації, змістовному дозвіллю та фізичній рекреації [47].

Інтеграція військовослужбовця в суспільство та відновлення його соціальних зв'язків - ключові завдання соціальної реабілітації. Вона включає широкий перелік послуг: від психологічної допомоги до відновлення професійних умінь, а також сприяння в отриманні житла та працевлаштуванні. Цей процес ґрунтується на принципах поваги до людської гідності, урахування індивідуальних особливостей та мобілізації внутрішніх ресурсів для досягнення автономії й незалежності.

Згідно з дослідженнями А. Поповича, ключовим завданням соціальної реабілітації є формування у суб'єкта навичок автономного функціонування в суспільстві [22, с.227]. Це передбачає розвиток умінь долати життєві перешкоди та ефективно нівелювати деструктивний вплив зовнішніх факторів. К. Thoradeniya підкреслює значення психосоціальної реабілітації, акцентуючи на потребі персоналізованого підходу до подолання психологічних наслідків війни [52, с.17]. Війна спричиняє посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожність та інші психічні проблеми як у учасників, так і серед цивільного населення. Онищенко Н. та співавтори наголошують на ролі соціальної реабілітації у відновленні зв'язків і інтеграції постраждалих у суспільство [53]. Вони акцентують на психосоціальній підтримці через комплексний підхід, що поєднує відновлення довіри, самооцінки та оптимізму для максимальної ефективності заходів. Важливим компонентом є професійна реабілітація, яка повертає працездатність і самодостатність до навчання, перекваліфікацію та допомогу в працевлаштуванні. Для військовослужбовців з адиктивною поведінкою реабілітація вимагає інтеграції медичних, фізичних, психологічних і професійних методів для повної соціальної адаптації, як зазначають Чернецька Я. та Горелов І. [43]

Ю. С. Сергеева у своїх працях аналізує еволюцію ідей соціальної підтримки населення, наголошуючи на значенні соціальної реабілітації через розширення доступу до послуг на місцевому рівні. Це допомагає уникнути суперечностей між завданнями розвитку громад та соціальними пріоритетами в рамках реформи децентралізації в Україні [51].

Соціальна реабілітація насамперед передбачає трансформацію внутрішнього психологічного ставлення людини до себе, інших і світу загалом, що з часом змінює її поведінку. За М. Лукашевич, поняття «соціальне» охоплює три ключові аспекти: по-перше, внутрішню властивість індивідів і груп, яка формується через соціалізацію та інтеграцію в суспільство; по-друге, характер взаємодій між людьми, групами чи спільнотами в ролях, які вони виконують; по-третє, наслідки цих взаємодій, що відображаються в культурі, цінностях, поведінці, духовному житті та способі існування. Ця категорія розкриває суть суспільного буття: взаємодію природи й суспільства, унікальність людських спільнот порівняно з тваринними, єдність біологічного й соціального в людині, а також структуру суспільних систем для їх оптимізації [19, с. 107].

Соціальна реабілітація – це комплекс заходів для відновлення активної ролі особи в суспільстві, її статусу та здатності до самостійного життя через адаптацію до середовища, побуту та забезпечення допоміжними засобами. Вона фокусується на відновленні навичок самообслуговування, спілкування, професійному перенавчанні та працевлаштуванні, особливо після воєнних подій [17, с.61].

У контексті війни це мультидисциплінарний процес, що інтегрує фізичне здоров'я, психологічну стійкість, соціальну інтеграцію та професійну адаптацію. Дослідження підтверджують: соціальна реабілітація – це відновлення ідентичності, адаптація та інтеграція постраждалих від конфліктів, з акцентом не лише на лікування травм, а й на зростання й розвиток. Вона поєднує соціальну роботу, психологію, медицину, освіту та профпідготовку, де центральну роль відіграє резилієнтність – здатність до відновлення після травм. Для ветеранів програми включають відновлення зв'язків, перекваліфікацію, групові обговорення, арт-терапію та інші форми підтримки, формуючи комплексну систему фізичного, психологічного, соціального й професійного відновлення [11, с.101].

Соціальна реабілітація відіграє ключову роль у процесі залучення особистості до повноцінного суспільного життя. Вона охоплює сприяння

працевлаштуванню, опануванню нових професійних навичок, надання соціальної допомоги та створення умов для доступу до важливих сервісів і ресурсів. Особливої уваги потребують ветерани, для яких актуальним є відновлення втрачених соціальних контактів, повернення до активної життєдіяльності, участь у громадських ініціативах та заходах, що забезпечують успішну соціальну адаптацію [3]. Таким чином, до основних напрямів соціальної реабілітації належать: соціальна підтримка (надання комплексу соціальних послуг, допомога у вирішенні повсякденних проблем, забезпечення житлом, правова допомога), інтеграція в місцеву громаду (проведення заходів для ветеранів і членів їхніх родин з метою активізації соціалізації та залучення до громадського життя), а також підтримка сімей (допомога родинам ветеранів і загиблих, зокрема психологічний супровід та консультування з питань виховання дітей). Соціальна реабілітація як цілісний процес підпорядковується певним закономірностям. Серед них варто виокремити залежність результативності реабілітаційної роботи від психоемоційного середовища, в якому перебуває людина; взаємозв'язок формування моральних цінностей і життєвих орієнтацій особистості з підвищенням рівня її соціального функціонування; єдність реабілітації з процесами особистісного розвитку, навчання та виховання. Важливою є також залежність ефективності реабілітаційних заходів від сукупності зовнішніх умов (морально-психологічних, санітарно-гігієнічних, матеріально-технічних, економічних) і внутрішніх чинників – мотивації та зацікавленості як фахівців, так і самих отримувачів допомоги. Окреме значення має поєднання емоційного, раціонального та практичного компонентів реабілітаційного процесу: особистість повинна прагнути змін, усвідомлювати шляхи їх досягнення та активно діяти. Реабілітація характеризується динамічністю і поетапністю, що передбачає поступовий перехід від простіших до складніших змін, а кінцевий результат формується як сукупність досягнень усіх попередніх етапів.

Науковці визначають кілька рівнів соціально-реабілітаційної діяльності, серед яких соціально-психологічний, медико-соціальний, професійно-трудовий,

соціально-рольовий, соціально-правовий та соціально-побутовий. Кожен із зазначених рівнів включає комплекс цілеспрямованих заходів, спрямованих на стабілізацію та покращення життєвої ситуації клієнта [2, с.32].

Загалом соціальна реабілітація орієнтована на підтримку, відновлення та розвиток соціальних функцій осіб з інвалідністю й інших вразливих груп населення. Вона передбачає допомогу у професійній реалізації, здобутті освіти та налагодженні ефективної взаємодії з соціальним оточенням, що сприяє їх повноцінній участі в житті суспільства.

1.2. Соціальні проблеми ветеранів у процесі повернення до мирного життя

Війна завдає не лише фізичних ушкоджень, а й глибоких психологічних ран, які важко загоїти. Бойові умови, постійний стрес, втрата побратимів і загроза життю провокують серйозні травми психіки, що супроводжують ветеранів та ветеранок роками. Тому психологічна реабілітація відіграє провідну функцію у поновленні нормального існування. На жаль, брак оперативної та ефективної психологічної допомоги після демобілізації часто штовхає деяких ветеранів до руйнівних способів пристосування до мирного існування – алкоголізму, наркозалежності тощо. Крім того, зберігається проблема самогубств серед військових, які стикаються з почуттям безпорадності, емоційною порожнечою, нерозумінням близьких і кризою сенсу буття [8, с.7].

Психічні розлади у військовослужбовців виникають через травматичні події на фронті, пов'язані зі смертю, ризиком загибелі, важкими травмами чи загрозою здоров'ю. Такі впливи бувають як короткими й інтенсивними (від хвилин до годин), так і затяжними чи циклічними. Вони спричиняють нав'язливі спогади, уникнення травмуючих тем, гіперреактивність тіла. Це змінює самоідентифікацію та світосприйняття, викликаючи тривогу, провину, сором і падіння самооцінки, що іноді призводить до зловживання алкоголем чи іншими речовинами. Після бойових дій війни часто страждають від

посттравматичного стресового розладу (ПТСР), з симптомами тривоги, безсоння, спалахів гніву, депресії (втрата життєвого сенсу, вина за пережите чи загиблих), а також суїцидальними нахилами [5, с.107].

Дослідження авторитетних фахівців фіксують у ветеранів зони АТО/ООС різноманітні психічні прояви: тривогу, фрустрацію, емоційну лабільність, критичність мислення поряд з адаптивністю до змін; старанність із підвищеною вразливістю до провалів; схильність до перебільшення своєї значущості та потреби в увазі попри добру соціальну пристосованість і стабільність настрою; комбінацію гіперчутливості з емоційною відстороненістю в стосунках. Ветерани суб'єктивно оцінюють самопочуття як середнє, активність – низьку, настрій – високий. Інтенсивні психофізичні навантаження та фронтові умови провокують ці симптоми, які можуть бути ізольованими чи комплексними. Навіть один з них виправдовує залучення до психореабілітації [9, с.56].

Психологічна реабілітація – невід'ємна частина супроводу військових після повернення, що передбачає систематичну терапію з фахівцем. Ефективна програма сприяє відновленню активності та реінтеграції в суспільство [8].

Психологи визначають ключові групи військовослужбовців, які потребують психологічної реабілітації: бійці з психічними травмами, особи з наслідками контузії, ті, хто пережив полон чи тортури, та інші. Таким чином, реабілітація воїнів передбачає комплекс завдань: нормалізацію психічного стану, відновлення уражених війною психічних функцій, адаптацію до зміненого "Я-образу" (особливо при тяжких тілесних ушкодженнях, як ампутація), відновлення соціальних зв'язків, пошук нових життєвих цінностей і сенсів, самоідентифікацію через відповіді на питання "Хто я?", інтеграцію воєнного досвіду у внутрішній світ, а також супровід у посттравматичному розвитку [15].

Бойові дії часто спричиняють інвалідність, що провокує безробіття, депресію, втрату мотивації, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та інші психічні розлади. Війна становить один із найпотужніших стресорів для організму, викликаючи широкий спектр проблем із ментальним здоров'ям.

Перехід до мирного життя – без пострілів, вибухів і загрози смерті – сам по собі стає стресом для фронтовиків, звиклих до бойової реальності. Тому пріоритетним завданням суспільства є організація якісної психологічної реабілітації для захисників, які повертаються з фронту.

Дослідження у сфері військової психології дозволяють виділити головні психологічні виклики, з якими стикаються військові після повернення до цивільного життя (табл. 1.1).

Психофізіологічні порушення серед військовослужбовців під час бойових дій значною мірою провокуються бойовим стресом – потужним дестабілізуючим чинником, який виснажує функціональні резерви організму, сприяє розпаду психічних процесів і може спричинити бойові стресові розлади. Військові, що перебувають в епіцентрі активних сутичок, зазнають хронічної втоми, яка пригнічує фізичну активність і негативно позначається на всіх психічних та психофізіологічних функціях. Без адекватного відпочинку ця втома накопичується, досягаючи критичних меж, що дестабілізує психологічний стан і призводить до серйозних наслідків [31].

При реінтеграції військовослужбовців у цивільне життя ключовим є раннє виявлення бойової психічної травми – сукупності психічних розладів і захворювань, які можуть спровокувати суїцидальні думки та втрату волі до життя. Участь у бойових діях генерує інтенсивний стрес, що порушує роботу організму, провокує соматичні хвороби та патологічні реакції. Хоча універсальних методик медичної, психологічної, професійної й соціальної реабілітації для всіх випадків поки не існує, певні стратегії та заходи вже доводять свою ефективність для відновлення нормального функціонування.

Ветерани бойових дій (УБД) в Україні часто страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривоги, безсоння, агресії, соціальної дезадаптації та інших психічних проблем. Перехід з фронту до мирного життя стає викликом не лише для самого військового, а й для його родини та близького оточення. Бойовий досвід залишає незгладимий відбиток

на психіці навіть найстійкіших осіб, і без комплексної реабілітації процес відновлення може затягнутися на роки або залишитися незавершеним [30].

Таблиця 1.1

Основні психологічні проблеми, з якими стикаються військовослужбовці після повернення з бойових дій [29]

Труднощі	Характеристика
По-сттравматичний стресовий розлад	Значна частина військових після повернення з району активних бойових дій зіштовхується з проявами посттравматичного стресового розладу. Для цього стану характерні повторювані болісні спогади, порушення сну у вигляді кошмарів, а також постійне відчуття внутрішньої напруги й тривоги. Подібні прояви негативно впливають на щоденну активність, спричиняють психологічну нестабільність і ускладнюють процес соціальної адаптації військовослужбовців у мирному середовищі.
Депресія та тривога	Бойовий досвід, переживання втрати товаришів по службі, а також різка зміна способу життя – від постійної напруги та адреналіну до умов мирного цивільного середовища – можуть негативно впливати на психоемоційний стан військовослужбовців. У період адаптації після служби у багатьох з них спостерігаються симптоми депресивних і тривожних розладів, що проявляються у тривалому пригніченні, зниженні внутрішньої активності, втраті мотивації або надмірних переживаннях щодо подальших життєвих перспектив.
Відчуття провини	Військовослужбовці, які пережили загибель своїх товаришів у бойових діях, нерідко стикаються з гострим відчуттям провини за події, що відбулися. У багатьох випадках вони схильні частково покладати відповідальність на себе, що зумовлює формування почуття власної меншовартості, посилене самозвинувачення та розвиток емоційної нестабільності.
Гнів та агресія	Перебування в умовах бойових дій та пережите насильство можуть негативно позначатися на психологічному стані військовослужбовців, зокрема ускладнювати здатність стримувати спалахи гніву й агресивної поведінки. Повернення до мирного середовища часто супроводжується труднощами соціальної адаптації, що нерідко стає причиною напруженості у сімейних взаєминах, а також конфліктів у професійній діяльності.
Зловживання психоактивними речовинами	Частина військовослужбовців після повернення до мирного життя стикається з труднощами адаптації, що інколи спонукає їх вдаватися до надмірного вживання алкоголю чи наркотичних речовин як способу зниження внутрішнього напруження. Проте така поведінка не лише не розв'язує психологічних проблем, а й поглиблює процес соціальної дезадаптації, ускладнюючи налагодження міжособистісних відносин та працевлаштування.
Соціальна ізоляція та проблеми у стосунках	Значна частина військовослужбовців після повернення з бойових дій стикається з відчуттям відчуженості від друзів і членів родини, які часто не здатні повною мірою усвідомити їхній досвід та емоційний стан, що зрештою призводить до соціального відсторонення, почуття самотності й труднощів у збереженні та налагодженні міжособистісних взаємин.

Серед типових скарг ветеранів у сучасних умовах виділяють: тілесні симптоми: головний біль, м'язова напруга, швидка втомлюваність, неможливість розслабитися; поведінкові прояви: розлади сну, кошмари, підвищена конфліктність, труднощі в сімейному спілкуванні, соціальна ізоляція; емоційні стани: гіпертривожність, страх, дратівливість, апатія, втрата інтересу до життя, відчуття відчуження; когнітивні порушення: проблеми з пам'яттю, труднощі з концентрацією уваги [38, с.93].

Військова служба не тільки трансформує звички поведінки, але й радикально змінює структуру особистості, впливаючи на світосприйняття, цінності та прийняття рішень. Ці інсайти лягли в основу сучасних програм ментального супроводу військовослужбовців - як на активній службі, так і після демобілізації. Повернення з війни - це "невидимий шлях" для кожного ветерана, сповнений викликів: психологічні травми, ізоляція, нерозуміння оточення та брак системної допомоги. Суспільство прагне підтримати, але механізми адаптації лишаються фрагментарними, а державні інституції не завжди готові до повноцінної відповідальності. Цю приховану кризу реінтеграції ветеранів необхідно визнати й вирішувати системно, адже за статистикою стоять людські долі, які потребують емпатії та реальної допомоги.

Серед першорядних викликів, з котрими стикаються ветерани війни та їхні родини під час суспільної реінтеграції, відзначаються: обмежений доступ до медико-реабілітаційних послуг, ускладнення у взаємодії з близькими, невпевненість у завтрашньому дні, недостатня державна підтримка тощо. Цей комплекс питань змушує державу та громадськість впроваджувати комплексний підхід і продумано координувати зусилля між військовою та цивільною сферами суспільства. Особливо гострими є труднощі у стосунках ветеранів з родичами та оточенням, спричинені складнощами повернення до мирного життя. Родинам важко адаптуватися до змін у близьких, які пережили бойові дії. Дані свідчать, що після демобілізації розпадається близько третини шлюбів серед військовослужбовців. Багато хто повертається з не лише тілесними ушкодженнями, а й глибокими психоемоційними травмами, які

родичі не завжди здатні досягнути чи підтримати. В результаті серед ветеранів фіксується найнижчий рівень шлюбів і найвищий – розлучень: кожен п'ятий живе самотньо, а кожен третій уже розірвав шлюб.

Держава гарантує безоплатне лікування та реабілітацію для військових, проте родичі, які прагнуть супроводжувати близьких, змушені самотійно оплачувати проживання в готелях чи орендоване житло під час цих процедур[25]. Не кожна сім'я може собі це дозволити фінансово. Така прогалина в державній політиці - відсутність планування та фінансування спільного перебування сімей під час посттравматичної реабілітації - лише загострює напругу в родинних зв'язках [37].

В Україні досі не запроваджено ефективну систему діагностики потреб ветеранів, яка б слугувала основою для планування соціальної допомоги. Військові часто не визнають власних проблем і уникають обговорення певних аспектів. Види соціальних виплат ветеранам та особам з інвалідністю внаслідок війни регулюються постановами Кабміну, але не адаптовані до індивідуальних обставин і реалій реінтеграції в цивільне середовище.

Ветерани відзначають низьку якість державних послуг з психологічної та медичної реабілітації через брак підготовки у цивільних фахівців: лікарі та психологи не володіють специфікою роботи з пораненими бійцями. Нагальною є потреба в удосконаленні кваліфікації працівників адміністративної сфери, соціально-психологічних служб, посередників з працевлаштування – з акцентом на комунікацію з ветеранами, їхніми родинами, сприяння зайнятості, психологічну підтримку та оцінку потреб .

У процесі соціальної адаптації ветерани та ветеранки війни, а також члени їхніх родин, стикаються з комплексом взаємопов'язаних проблем. До найбільш поширених належать потреба в якісній медичній і реабілітаційній допомозі, труднощі у взаємодії з близьким соціальним оточенням, відчуття невизначеності щодо подальшого життєвого шляху, а також недостатній рівень державної підтримки. Багатовимірність цих викликів зумовлює необхідність

формування узгоджених і системних рішень з боку органів влади у взаємодії з інститутами громадянського суспільства.

Соціальне забезпечення осіб зі статусом ветерана війни виступає важливою складовою державної соціальної політики. В умовах повномасштабних бойових дій чисельність цієї категорії населення суттєво зростає, що актуалізує потребу у ґрунтовному перегляді та оновленні механізмів надання соціальної допомоги, пільг і гарантій. Система соціального захисту, яка формувалася в попередні десятиліття, значною мірою не відповідає сучасним викликам і потребує адаптації до нових соціально-економічних обставин. Особливу складність становить побудова ефективної моделі соціального захисту в умовах воєнного стану на основі норм і принципів, розроблених у мирний період. У зв'язку з цим під час ухвалення нових законодавчих актів або внесення змін до чинного законодавства держава має забезпечувати можливість поступової адаптації громадян до нових правових умов з метою захисту їхніх законних очікувань [42].

Українські дослідники, аналізуючи чинники вразливості ветеранської спільноти, виокремлюють низку ключових критеріїв, серед яких – незворотні порушення стану здоров'я, фізичні та психологічні травми, зниження здатності до соціальної інтеграції й втрата соціальних навичок, розвиток психічних розладів і нав'язливих станів, а також підвищений ризик суїцидальної поведінки, формування залежностей і проявів агресії [41].

Паралельно в сучасній соціальній роботі дедалі більшого поширення набуває підхід, орієнтований на сильні сторони особистості, який сформувався як альтернатива практикам, що зосереджуються виключно на дефіцитах, патологіях і проблемах клієнтів. У межах цього підходу соціальна робота розглядається як партнерська взаємодія між фахівцями та отримувачами послуг, заснована на переконанні, що люди здатні самотійно долати життєві труднощі за умови надання їм належних ресурсів, повноважень і соціальної підтримки. Важливим принципом є парципативність, за якої клієнти виступають активними учасниками процесу психосоціальної допомоги та

суб'єктами прийняття рішень. Водночас у вітчизняній практиці соціального захисту ветеранів і надалі переважає патерналістська модель, у межах якої отримувачі допомоги здебільшого розглядаються як пасивні об'єкти підтримки.

Окремого акценту потребує проблема комплексної реабілітації ветеранів, які зазнали тяжких бойових поранень, отримали інвалідність унаслідок війни або пережили полон і мають стійкі порушення фізичного та психічного здоров'я. Наукові дослідження свідчать, що тривале нервово-психічне напруження, бойове виснаження та хронічний стрес, пов'язаний із постійною загрозою життю й виконанням складних бойових завдань, призводять до зменшення адаптаційних і психологічних ресурсів організму. Це, у свою чергу, спричиняє порушення життєдіяльності, негативні особистісні зміни та зниження загального рівня здоров'я, працездатності й якості міжособистісних стосунків. Після повернення до цивільного життя травматичний бойовий досвід поєднується з новими стресовими чинниками, зумовленими труднощами соціальної адаптації, нерозумінням з боку близьких, проблемами у спілкуванні, професійному самовизначенні та самореалізації, що призводить до нашарування вторинного стресу на первинний бойовий травматичний досвід.

1.3. Роль соціального працівника у процесі реабілітації ветеранів війни

Згідно зі ст. 10 Закону України «Про реабілітацію», мультидисциплінарна реабілітаційна команда визначається як структурована група спеціалістів з реабілітації, що діє автономно, об'єднана єдиною метою та завданнями для надання допомоги середнього й високого рівня в стаціонарних і амбулаторних умовах під час гострого, післягострого та хронічного етапів реабілітації. У складі такої команди в реабілітаційних закладах, відділеннях чи підрозділах обов'язково присутній соціальний працівник (Закон України «Про реабілітацію», ст. 10) [24].

Соціальний працівник відіграє ключову роль у координації реабілітаційного процесу, забезпеченні взаємодії між різними установами та

супроводі клієнта під час отримання послуг. Фахівці з соціальної роботи суттєво впливають на формування та надання якісної реабілітаційної допомоги як через безпосередній контакт із пацієнтами та їхніми родинами, так і на системному рівні. Основні функції соціальної роботи в охороні здоров'я узгоджуються з професійними стандартами й охоплюють: підтримку клієнтів у подоланні життєвих труднощів і стресу; з'єднання людей із необхідними ресурсами, послугами та можливостями; просування гуманних і ефективних систем допомоги; удосконалення соціальної політики (Browne, 2019) [42].

Реабілітаційна допомога від соціальних працівників у медичній сфері являє собою сукупність заходів, спрямованих на підвищення функціональних можливостей клієнтів, особливо тих, хто стикається з обмеженнями в щоденній діяльності [18].

Ст. 17 Закону «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» описує різноманітні форми реабілітації, які реалізуються членами мультидисциплінарної команди в комплексі. При цьому цілі й завдання кожного виду мають бути скоординовані для гармонійного виконання. Особливе значення мають завдання реабілітації, що включають чіткі, вимірювані, реалістичні та обмежені в часі індикатори функціонування особи; їх формує фахівець разом із клієнтом [24].

У контексті сучасної війни, яка перетворюється на психосоціальний виклик поряд із бойовими діями, ветерани та демобілізовані особи зіштовхуються з низкою проблем: посттравматичним стресовим розладом, черепно-мозковими травмами, труднощами реінтеграції в цивільне життя, конфліктами в сім'ї тощо. Для їхнього подолання потрібні послуги кваліфікованих соціальних працівників, дефіцит яких спричиняє перевантаження фахівців і погіршення якості соціальних послуг.

Фахівці з соціальної роботи відіграють ключову роль у взаємодії між цивільним суспільством і ветеранами, забезпечуючи надання ефективних реабілітаційних, психологічних та освітніх послуг. Успішна соціальна реабілітація передбачає включення наставництва, коли досвідчені учасники

підтримують тих, хто тільки починає адаптацію. Такий підхід сприяє зміцненню відчуття приналежності, передає позитивний досвід адаптації та допомагає формувати внутрішні ресурси особистості. Впровадження волонтерської діяльності у реабілітаційні програми демонструє стабільне покращення психоемоційного стану учасників. У довгостроковій перспективі це зменшує соціальну ізоляцію та підвищує рівень задоволеності життям. Волонтерство у цьому контексті слугує не лише допоміжним елементом, а є важливим компонентом системи соціальної підтримки [4].

Соціальні працівники повинні володіти знаннями щодо специфіки посттравматичних реакцій та вміти розробляти підтримувальні стратегії, спираючись на сильні сторони клієнтів. Особлива увага приділяється індивідуалізованим підходам, які враховують психологічні, соціальні та культурні особливості кожної людини. Перед наданням послуги спеціалісти оцінюють потреби конкретної особи чи сім'ї, за потреби залучаючи медичних працівників. Послуги можуть надаватися постійно, періодично або тимчасово, залежно від ситуації [14].

Соціальний працівник виконує широкий спектр завдань: приготування їжі та її доставка, придбання і доставка необхідних товарів (ліки, книги, преса), організація медичного супроводу, підтримка у прибиранні, пранні, особистій гігієні, малому ремонті одягу та взуття, забезпеченні пальним. Він також оформлює документи на отримання соціальної допомоги та субсидій, допомагає у підготовці до санаторно-курортного лікування, забезпечує супровід у соціальні заклади (геріатричні пансіонати, будинки ветеранів, психоневрологічні інтернати тощо), сприяє пошуку технічних засобів реабілітації, контролює замовлення послуг від підприємств торгівлі, ЖКГ, культурних та інших установ. Соціальний працівник може створювати умови для трудової терапії та допомагати у вирішенні питань у державних установах за дорученням клієнта.

Фахівці з соціальної роботи виконують не лише безпосередню допомогу, а й активно впливають на формування та розвиток соціальних програм і

політики на високому рівні. Основними сферами їхньої діяльності є підтримка людей у подоланні життєвих криз і стресових ситуацій, надання доступу до необхідних ресурсів і послуг, участь у створенні справедливих та ефективних систем соціальної підтримки, а також вдосконалення соціальної політики для підвищення якості реабілітації та інтеграції [20].

Соціальний працівник забезпечує комплексний супровід процесу реабілітації, сприяючи адаптації людей до нових умов життя та відновленню соціальних контактів. У роботі з клієнтами фахівець у центрі реабілітації оцінює їхні потреби та стан здоров'я, підтримує фізичну адаптацію, допомагає у вирішенні побутових питань, організовує освітні та культурні заходи, лекції й тематичні зустрічі, забезпечуючи всебічну підтримку учасників програми.

Соціальний працівник виявляє проблеми соціального характеру у людини, аналізує їхні причини та сприяє пошуку шляхів вирішення, при необхідності залучаючи інших спеціалістів не лише з центру. Крім того, фахівці допомагають у пошуку роботи та надають підтримку на робочому місці, якщо це потрібно. Вони також координують взаємодію клієнта з різними соціальними службами, державними органами та установами [23].

Як зазначає МОЗ, участь соціального працівника на етапі реабілітації забезпечує безперервність і доступність соціальних послуг. Це дозволяє своєчасно виявляти складні життєві ситуації пацієнта та підвищує ефективність роботи з їх подолання й мінімізації наслідків.

Соціальний працівник здатен надати детальну інформацію щодо різних аспектів соціального захисту, зокрема: порядок забезпечення реабілітаційними засобами, оформлення соціальних допомог і виплат, а також отримання соціальних послуг; проходження військово-лікарської комісії для військовослужбовців або медико-соціальної експертної комісії для визначення інвалідності; доступ до безкоштовної правової допомоги через мережу центрів правової підтримки; процедури звернення до центрів зайнятості та організація соціального супроводу під час працевлаштування; роботу реабілітаційних

установ і фахівців, а також надання психологічної підтримки безпосередньо на місці проживання людини [34].

Ще одна важлива сфера роботи соціального працівника – надання первинної психологічної допомоги пацієнтам та їхнім родинам. Також він може здійснювати посередництво, представляти інтереси клієнта та сприяти соціальній і трудовій адаптації.

Особливо важливою є робота соціальних працівників із ветеранами та військовослужбовцями як під час війни, так і в післявоєнний період. Першорядне завдання полягає в тому, щоб допомогти Воїну звільнитися від психологічного тягаря війни: подолати агресію, ненависть, страх, відчай та безнадію, які можуть руйнувати особистість на духовному, психічному, соціальному та фізичному рівнях. Соціальні працівники виконують роль духовних терапевтів, допомагаючи відновити віру, надію та внутрішній спокій, що сприяє духовному зціленню та поверненню до повноцінного життя [36].

Крім того, соціальні працівники сприяють усвідомленню клієнтами безпечного середовища, в якому вони перебувають, та відсутності загроз.

Соціальний працівник у реабілітаційних закладах виконує різноманітні завдання, спрямовані на комплексну підтримку пацієнтів, їхніх родин та суспільства в цілому. Його діяльність охоплює як безпосередню роботу з людьми, так і організаційно-координаційні функції [45]. Основні обов'язки соціального працівника в таких установах можна поділити на кілька напрямів:

1. Оцінка потреб та планування реабілітації

Індивідуальна оцінка: фахівець аналізує соціальні, психологічні та економічні умови кожного пацієнта, що дозволяє розробити персоналізований план реабілітації з урахуванням фізичного та емоційного стану.

Розробка планів дій: на основі оцінки створюється комплекс заходів для відновлення життєдіяльності та інтеграції в соціальне середовище.

2. Психологічна та емоційна підтримка. Консультування: соціальний працівник проводить індивідуальні й групові сесії, допомагаючи пацієнтам справлятися зі стресом, тривогою та іншими психологічними труднощами.

3. Інформаційно-консультативна діяльність. Навчання та інформування: спеціаліст надає відомості про соціальні послуги, пільги та програми підтримки, роз'яснює права пацієнтів та можливості отримання допомоги. Консультування сімей: соціальні працівники проводять просвітницьку роботу з родичами, допомагаючи їм зрозуміти специфіку захворювання та методи підтримки пацієнта.

4. Координація міждисциплінарної роботи. Співпраця з фахівцями: соціальний працівник виступає посередником між лікарями, психологами, фізіотерапевтами та іншими спеціалістами, забезпечуючи цілісний підхід до реабілітації. Інтеграція послуг: він сприяє створенню ефективних мереж взаємодії для забезпечення пацієнтів комплексною допомогою.

5. Соціально-правова допомога. Юридичні консультації: допомога у вирішенні питань, пов'язаних з відновленням прав, оформленням документів та отриманням соціальних пільг. Посередництво з установами: сприяння у взаємодії пацієнтів із державними та благодійними організаціями для отримання додаткової підтримки.

6. Організація соціальних програм та заходів. Розробка та впровадження програм: планування заходів, спрямованих на соціальну адаптацію, профілактику ізоляції та підвищення якості життя пацієнтів.

7. Заходи з реінтеграції. Фахівець допомагає пацієнтам відновлювати громадянські права та звичний соціальний статус відповідно до нормативних актів держави.

8. Моніторинг та оцінка ефективності реабілітації. Супровід процесу: регулярне відстеження потреб пацієнтів, оцінка прогресу та коригування плану реабілітації. Аналіз результатів: розуміння ефективності проведених заходів дозволяє оптимізувати діяльність закладу та підняти якість надання послуг.

Отже, соціальні працівники у реабілітаційних закладах виконують комплексну роботу, що поєднує безпосередню підтримку клієнтів із координацією діяльності фахівців та установ. Це забезпечує системний підхід до відновлення пацієнтів та їхньої інтеграції у суспільство.

Висновки до розділу 1

Соціальна реабілітація ветеранів війни визначена як складний, багатогранний процес відновлення соціального статусу особистості, її психологічного здоров'я, професійної працездатності та повноцінного залучення до суспільного життя. Встановлено, що це не просто надання пілґ чи медичної допомоги, а цілісна система заходів (правових, економічних, психологічних та соціальних), спрямованих на подолання наслідків участі у бойових діях та повернення ветерана до активного функціонування в громаді.

Аналіз психологічних та соціальних проблем ветеранів показав, що повернення до цивільного життя супроводжується низкою кризових явищ. До основних психологічних проблем віднесено посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), «адаптаційний шок», високий рівень агресивності або апатії та відчуття відчуженості. Соціальні проблеми проявляються у труднощах працевлаштування, конфліктах у сім'ї (через зміну ролей), втраті звичних соціальних зв'язків та потребі у правовому захисті. Ці фактори створюють бар'єр між ветераном і суспільством, що потребує професійного втручання.

Соціальний працівник виступає ключовою ланкою між ветераном, його родиною, державними та громадськими інституціями. Його основні функції включають: діагностику потреб, соціальний супровід, організацію та координацію надання комплексних послуг, психосоціальну підтримку, адвокацію прав ветерана, посередництво у взаємодії з іншими фахівцями (психологами, психіатрами, юристами, фахівцями з зайнятості), розробку та реалізацію індивідуальних планів реабілітації, профілактику вторинної віктимізації та соціального виключення.

Таким чином, теоретичний аналіз підтверджує, що ефективна соціальна реабілітація ветеранів війни вимагає системного, міждисциплінарного підходу, в якому соціальний працівник відіграє одну з центральних ролей як організатор, координатор та супроводжуючий фахівець.

РОЗДІЛ 2. АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1. Історія розвитку та теоретичні засади арт-терапії

Арт-терапія є одним із актуальних напрямів сучасної психотерапії, що застосовує різноманітні форми мистецтва як засіб психологічного впливу. Сьогодні цей метод набуває дедалі більшої популярності у сфері професійної психологічної допомоги та привертає значну увагу фахівців у всьому світі. Водночас поняття арт-терапії залишається багатозначним і трактується різними авторами залежно від контексту дослідження [1, с.140].

Арт-терапія розглядається як ефективний інструмент роботи з людьми різного віку та з різними психологічними порушеннями. Для особистості вона слугує способом самопізнання, самовираження, особистісного розвитку та досягнення внутрішньої гармонії.

Термін «арт-терапія» походить від англійського слова *art* (мистецтво) та грецького *therapeia* (лікування) і означає психотерапевтичний підхід, що використовує творчі засоби для підтримки психічного здоров'я та емоційної рівноваги. До методів арт-терапії належать малювання, музична творчість, ліплення, танцювальна діяльність, театральні техніки, письмо та інші форми художнього самовираження. Їх застосовують для подолання емоційних труднощів, розвитку самосвідомості та досягнення терапевтичного ефекту.

Формування арт-терапії як окремої наукової та практичної галузі пов'язують із 1920-ми роками ХХ століття. Уперше цей термін був уведений Адріаном Хіллом у 1938 році під час опису його роботи як арт-педагога з пацієнтами, хворими на туберкульоз. Проте, як і більшість психотерапевтичних методів, арт-терапія має значно глибші історичні витоки [6, с.17].

Коріння арт-терапії сягає давніх культур, у яких мистецтво виконувало не лише естетичну, а й магічну та ритуальну функції. Художні символи використовувалися як засіб захисту від небезпек, природних загроз та невідомих сил. Важливе місце у традиційних віруваннях займали магічні маски, що, за уявленнями давніх народів, оберігали своїх носіїв від негативного впливу.

У сучасних традиційних культурах мистецтво й досі застосовується як символічний інструмент фізичного й психологічного зцілення. Наприклад, індійські племена використовують лікувальні пісні та ритуальні танці, а тибетські монахи створюють піщані мандали, які слугують засобом духовної концентрації та медитативного очищення. Вважається, що зосередження на мандалі сприяє зціленню та звільненню від страждань. Шамани різних народів виступали попередниками сучасних психіатрів і арт-терапевтів, адже їхня діяльність була спрямована на духовне очищення та зцілення за допомогою символічних образів і ритуалів [7, с.15].

Наприкінці XIX – на початку XX століття було здійснено низку наукових досліджень, присвячених художній творчості осіб із психічними розладами. У період 1872–1888 років французькі психіатри А. Тардієн і Р. М. Симон опублікували праці, у яких аналізували мистецькі роботи психічно хворих. Р. Симон першим систематизував та оприлюднив колекцію малюнків і живопису таких пацієнтів, прагнучи встановити взаємозв'язок між психіатричними симптомами та змістом художньої творчості.

Інтерес до смислового наповнення мистецьких творів людей із психічними розладами сприяв розвитку психодіагностики, що ґрунтувалася на аналізі візуальних образів. Зокрема, Леонардо да Вінчі вважається одним із перших авторів проективного тестування. Широкого поширення такі методи набули на початку XX століття.

У 1901 році французький психіатр Рейя звернув увагу на подібність між малюнками своїх пацієнтів, дитячою творчістю та роботами художників-примітивістів. Дослідники Е. Крепелін і К. Ясперс підкреслювали, що аналіз художніх робіт пацієнтів може служити цінним ключем інформації для поняття психопатологічних процесів [10, с.21].

Незважаючи на існування численних наукових підходів другої половини XIX – початку XX століття, взаємозв'язок між психічними процесами людини та візуальною формою їх вираження залишався недостатньо осмисленим до появи психоаналітичної концепції З. Фрейда. Саме він звернув увагу на те, що

його пацієнти нерідко відтворювали зміст власних сновидінь не вербально, а у вигляді образів. Це спостереження стало підґрунтям для усвідомлення художньої творчості як важливого засобу проникнення у глибинні шари людської психіки. У межах своєї теорії Фрейд активно залучав поняття мистецтва, а також аналізував літературні твори й зразки образотворчого мистецтва, використовуючи їх як ілюстративний та інтерпретаційний матеріал.

Подальшого розвитку ці ідеї набули у працях К. Юнга, який розробив концепцію колективного несвідомого, архетипів та архетипових символів. Протягом усього життя він виявляв значний інтерес до мистецтва та займався малюванням і живописом. Юнг дійшов висновку, що емоційно насичені образи, які залишаються у сфері несвідомого, можуть чинити деструктивний вплив на особистість, тому мають бути усвідомлені та інтегровані. На його думку, сни, спогади, наративи та художня діяльність здатні сприяти винесенню прихованих психічних образів у свідомість. Особливе місце у його дослідженнях займали мандали, які він аналізував як у власній творчості, так і в роботах пацієнтів. Юнг заклав основи тлумачення символічних образів, розкриваючи їх універсальні смисли через вивчення архетипів у мистецтві. Ідеї Фрейда та Юнга були з великим інтересом сприйняті європейською психіатричною спільнотою, що сприяло поширенню уявлення про символічну природу візуальних образів як засобу доступу до витісненого змісту психіки.

Значний внесок у розвиток цього напрямку зробив Г. Принсхорн, історик мистецтва, який згодом став психіатром. У 1926 році він розпочав формування масштабної колекції малюнків, живописних і скульптурних робіт пацієнтів психіатричних клінік різних країн Європи. У своїх дослідженнях Принсхорн зосереджувався не стільки на психопатологічному аналізі образів, скільки на самому творчому процесі та художніх формах, що виникають у ньому. Він стверджував, що здатність до художньої творчості є універсальною для всіх людей, незалежно від їх психічного стану, а мистецтво виконує інтегративну психологічну функцію [26].

Вітчизняні психіатри XIX століття також наголошували на лікувальному потенціалі спонтанної творчої діяльності. Зокрема, наприкінці 30-х років XIX століття Р. Бутковський відзначав позитивний вплив емоційно насичених вражень і захопливих занять у процесі лікування. У цей же період з'являються наукові публікації, присвячені дитячій образотворчій діяльності як можливому інструменту дослідження її психоемоційного стану, внутрішніх переживань і особливостей світосприйняття.

Дослідники поступово дійшли висновку, що людина має базову потребу в самовираженні та комунікації, яка проявляється у прагненні гратися, прикрашати навколишній світ і символічно трансформувати власні ідеї у візуальні форми. Саме тому мистецтво душевнохворих привертало увагу істориків мистецтва, психіатрів, арт-терапевтів і художників, які намагалися через нього проникнути в таємниці людської психіки.

У середині XX ст. академічна спільнота остаточно визнала, що через художні образи людина символічно відтворює власні несвідомі інтенції, виводячи на поверхню приховані структури психіки. Водночас дедалі більшого поширення набувала ідея про те, що сам процес творчості сприяє особистісному зростанню, внутрішній гармонізації, подоланню страхів і тривожності. Саме ці погляди стали теоретичною основою для формування та подальшого розвитку арт-терапії [32, с.49].

У XX столітті в європейських країнах спостерігався активний розвиток арт-терапії як прямої лікувально-психологічної практики. Зокрема, у 1938 році англійський художник А. Хілл, перебуваючи на лікуванні в туберкульозному шпиталі, звернув увагу на позитивний вплив творчого самовираження на стан пацієнтів. Саме він започаткував ідею використання мистецтва як терапевтичного засобу для осіб із фізичними та емоційними порушеннями й вважав себе першим практиком арт-терапії. На думку А. Хілла, заняття образотворчою діяльністю допомагають зменшити відчуття одноманітності лікарняного життя та сприяють формуванню надії у людей, які переживають тяжкі захворювання. Цілющий ефект мистецтва він пов'язував

насамперед із можливістю переключення уваги хворого з болісних переживань. Таким чином, заохочення людини до візуального відтворення власних думок і почуттів сприяє подоланню її внутрішніх психологічних травм [7,10].

Інший британський фахівець у галузі арт-терапії – Е. Адамсон – працював художником у клінічній мистецькій студії. У 1946 році він створив для своїх пацієнтів простір, у якому вони могли самостійно відновлювати свій психологічний стан через творчість. Адамсон дотримувався переконання, що значно важливіше не аналізувати результати художньої діяльності пацієнтів, а безпосередньо залучати їх до творчого процесу, який має самостійну терапевтичну цінність. У результаті своєї роботи він зібрав масштабну колекцію малюнків осіб із психічними розладами (понад шістдесят тисяч робіт), яка отримала назву «Колекція Адамсона» і набула широкої відомості у Великій Британії.

Британська дослідниця І. Чампернон наголошувала, що тілесно-візуальні образи, які наповнюють внутрішній світ особистості, слугують засобом взаємодії не лише між внутрішньою та зовнішньою реальністю, а й між свідомими та несвідомими психічними процесами. Роль арт-терапевта, за її підходом, не є директивною, а полягає у фасилітації – допомозі людині самостійно усвідомити приховані смисли, що проявляються у творчій діяльності.

У Сполучених Штатах Америки засновниками арт-терапії вважають М. Наумбург та Е. Крамер. У 1940-х роках М. Наумбург почала застосовувати арт-терапію як одну з форм психотерапевтичної роботи. Її підхід ґрунтувався на психоаналітичній теорії З. Фрейда, проте дослідниця значно розширила її межі. Пацієнти не лише вербалізували свої сновидіння, а й відтворювали їх у художніх образах. Створені роботи М. Наумбург розглядала як своєрідну символічну мову, підкреслюючи, що ключові думки та емоційні переживання, які беруть початок у несвідомому, значно легше виражаються через образи, ніж за допомогою слів. У процесі арт-терапії людина передає власний внутрішній досвід у візуальній формі, а згодом отримує можливість усвідомити та описати

його вербально. Саме так було сформовано концепцію динамічно орієнтованої арт-терапії, у межах якої творчий процес сприяє поступовому усвідомленню внутрішнього світу особистості.

У 1950-х роках Е. Крамер акцентувала увагу на тому, що позитивний терапевтичний ефект досягається передусім завдяки оздоровчому потенціалу самого процесу художньої творчості. Вона вважала, що під час створення мистецького продукту людина має змогу знову пережити власні внутрішні конфлікти, переосмислити їх і зрештою знайти шляхи їх подолання.

Едіт Крамер у період з 1950-х до 1970-х років здійснювала професійну діяльність у США, працюючи з дітьми, які мали психічні порушення. У межах своєї практики вона розробила так звану «студійну модель» арт-терапії, у якій ключова увага приділялася не тлумаченню художніх образів, а самому процесу творчості як інструменту цілісного розвитку та інтеграції особистості.

Одним із найбільш ґрунтовно представлених у наукових джерелах є гуманістичний напрям арт-терапевтичної діяльності. Особливе місце в ньому займають праці Н. Роджерс – доньки К. Роджерса, одного із засновників гуманістичної психотерапії. Вона сформувала власний підхід, у межах якого творчість розглядається як шлях до самовираження та особистісного зростання.

Вагомий внесок у розвиток арт-терапії зробила Х. Я. Квятковська, яка працювала в Національному інституті психічного здоров'я США. У ході своїх досліджень вона дійшла висновку, що спільні художні заняття за участю всіх членів родини мають виражений терапевтичний ефект та сприяють зміцненню сімейних взаємин. Саме в процесі таких занять фахівцям вдавалося отримати значний обсяг діагностичної інформації щодо міжособистісних зв'язків у сім'ї та суб'єктивного сприйняття кожним її членом власної ролі [35].

Аналізуючи історичний шлях становлення арт-терапії як наукової дисципліни, варто відзначити діяльність Ш. МакНіфа. Він трактував «зцілювальну творчість» як багатоступеневий процес, що охоплює створення художнього образу та його подальше осмислення. МакНіф описував різноманітні методи роботи, серед яких – взаємодія з образами та емоційними

переживаннями учасників груп, діалогічне спілкування з образами, їх словесний і художній опис, а також використання візуалізації та перформативних практик.

У 1960-х роках Дж. Райн застосовувала художню експресію як засіб розвитку самосвідомості та досягнення самоактуалізації, що передбачає реалізацію внутрішнього потенціалу особистості й формування відчуття життєвої задоволеності. Вона надавала провідного значення інтерпретації творчого продукту самим клієнтом, що стало основою клієнтоцентрованого підходу, який залишається актуальним і в сучасній арт-терапевтичній практиці.

Художниця М. Хатун, яка працювала у відомій психіатричній клініці Менінгера в штаті Канзас, сприяла використанню мистецтва як способу подолання емоційних труднощів і психічних травм пацієнтів. Вона запровадила поняття «арт-синтез» для позначення процесу глибокого саморозкриття, що спостерігався у багатьох пацієнтів після занять у художній студії. Не маючи фахової психотерапевтичної освіти, Хатун усвідомлювала, що творча діяльність створює умови для переживання катарсису та самостійного осмислення змісту власних художніх робіт [35].

Німецький психіатр і мистецтвознавець Г. Прінцхорн, який працював на початку ХХ століття, дійшов висновку, що залучення до художньої творчості сприяє прискоренню одужання осіб із психічними розладами та полегшує їх соціальну адаптацію.

У перші десятиліття ХХ століття спостерігалось зближення ідей прихильників дитячої творчості та мистецтва психічно хворих із представниками новітніх художніх напрямів. Це сприяло формуванню уявлень про лікувальний потенціал образотворчого мистецтва та його ширшому використанню як засобу корекційно-терапевтичного впливу.

Друга половина ХХ століття ознаменувалася формуванням перших професійних спільнот у сфері арттерапії, зокрема Британської асоціації арттерапевтів та Американської арттерапевтичної асоціації. Їхня діяльність сприяла інституалізації арттерапії та більш чіткому окресленню її функцій у

різних напрямках практичної роботи. У цей період почали функціонувати спеціалізовані освітні центри з підготовки арттерапевтів, а в окремих державах, зокрема у США та Великобританії, арттерапію було офіційно визнано як окрему професійну спеціальність. Подальший розвиток галузі супроводжувався активізацією міжнародного обміну досвідом і поширенням інноваційних та результативних арттерапевтичних практик.

На сучасному етапі арттерапія набула статусу самостійної професії, яка успішно функціонує як у системі освіти, так і в практичній психологічній діяльності. У 70–80-х роках ХХ століття спостерігався інтенсивний розвиток цього напрямку: було затверджено етичні стандарти професії, опубліковано значну кількість наукових досліджень, а також започатковано проведення спеціалізованих конференцій і професійних зустрічей. У 1990-х роках розвиток інформаційних технологій сприяв появі інтернет-ресурсів, електронних бібліотек і цифрових видань, присвячених проблематиці арттерапії [40].

В Україні арттерапія наразі перебуває на етапі активного формування та осмислення. Найбільш поширеними стали такі її різновиди, як арттерапія засобами образотворчого мистецтва, танцювально-рухова терапія та казкотерапія, що розглядається як різновид бібліотерапії. Зазначені напрями широко представлені в наукових публікаціях, обговорюються в професійному середовищі та презентуються на конференціях, семінарах і тренінгах. Водночас менш дослідженими залишаються такі напрями діяльності українських фахівців, як кольоротерапія (Є. В. Пінчук), драмотерапія (О. Л. Вознесенська), музикотерапія (Г. І. Побережна, М. С. Полякова), манкотерапія як різновид пісочної терапії (В. Г. Шевченко) та лялькотерапія (В. В. Назаревич) [44].

Як у теоретичному, так і в практичному аспектах арттерапія містить чимало прогалин і дискусійних положень. Втім, відсутність чіткої структурованості є певною мірою закономірною, адже мистецтво, творчість і уява традиційно пов'язані з багатовимірністю, символізмом і невизначеністю.

Показовим є те, що на відміну від країн Західної Європи та США, в Україні арттерапія викликає більший інтерес у педагогів і практичних

психологів, ніж у медичних працівників, що зумовило її активне впровадження в освітній та соціальній сферах.

На сьогодні арттерапевтичні підходи спираються на дані нейробіологічних досліджень, зокрема щодо зниження рівня кортизолу. Метод широко застосовується у роботі з посттравматичним стресовим розладом, депресивними й тривожними станами, розладами аутистичного спектра, нейродегенеративними захворюваннями, а також у підтримці пацієнтів з онкологічними діагнозами. Арттерапія охоплює різноманітні теоретичні напрями, серед яких юнгіанський, екзистенційний, гуманістичний, когнітивно-поведінковий, наративний підходи та практики соціальної роботи [27].

2.2. Форми та методи арт-терапії у соціальній роботі з ветеранами війни

Участь у бойових діях часто зумовлює до помітних соціальних труднощів для військовослужбовців після повернення до цивільного життя. Перехід від умов війни до мирного існування стає серйозним викликом: доводиться заново вибудовувати щоденні звички, налагоджувати спілкування з людьми, які не мають подібного досвіду. Брак розуміння з боку близьких, друзів чи суспільства в цілому часто ускладнює цей процес, викликаючи проблеми з відновленням колишніх стосунків та формуванням нових соціальних контактів. Через це багато ветеранів відчують себе відірваними від оточення, не можуть відкрито говорити про пережите й не отримують достатньої підтримки, що гальмує їхнє повернення до повноцінного соціального життя [28].

Ще одним поширеним наслідком є відчуття відчуження від власної країни та суспільства. Після демобілізації колишні бійці нерідко сприймають себе чужинцями серед тих, хто не знав жахів війни. Їхні переживання здаються непотрібними або незрозумілими оточуючим, що посилює внутрішній розлад, може провокувати апатію, розчарування, а інколи й спалахи агресії. Додатково ситуацію погіршує стигматизація ветеранів через їхній бойовий досвід – це суттєво ускладнює отримання допомоги та успішну інтеграцію в цивільне

середовище. Саме тому подолання подібних соціальних бар'єрів вважається ключовим напрямком реабілітаційної роботи.

Серед сучасних і досить ефективних підходів до психологічної допомоги виділяється арт-терапія – метод, що застосовує творчість як інструмент самовираження та зцілення. Завдяки малюванню, ліпленню, музиці чи іншим видам художньої діяльності військові отримують можливість без слів проявляти глибокі емоції та травматичні спогади. Такий підхід сприяє зниженню рівня стресу, послабленню проявів тривоги й депресивних станів, а також стимулює особистісне зростання. Творчий процес сам по собі діє заспокійливо, допомагає опанувати нові стратегії подолання емоційного болю та переробки травматичного досвіду [21, с.96].

Важливою складовою реабілітації виступає саме соціальна реабілітація. Після завершення військової служби багато ветеранів відчують серйозні труднощі при адаптації до цивільних реалій, адже армійське життя кардинально відрізняється від повсякденного. Успішна інтеграція передбачає не лише освоєння нових соціальних ролей, а й набуття актуальних професійних компетенцій, затребуваних на ринку праці. Не менш значущим є відновлення та зміцнення сімейних стосунків: родина часто стає головним джерелом емоційної опори, хоча сама може переживати стрес через зміни в поведінці ветерана чи виниклу емоційну відстороненість.

Арт-терапія має низку ключових механізмів дії: творчість допомагає безпечно виражати та «розряджати» агресію, гнів та інші деструктивні емоції; візуальні образи відображають приховані внутрішні конфлікти та непрожиті переживання; аналіз змісту, стилю, кольорової гами та композиції творів дає змогу глибше зрозуміти психологічний стан автора; заняття мистецтвом розвивають самоконтроль та здатність керувати власними імпульсами; процес творення приносить радість, задоволення та викликає позитивні емоції; групові заняття сприяють виникненню взаєморозуміння, довіри та почуття приналежності до спільноти.

Арт-терапія охоплює кілька основних форм діяльності. До активної форми належить процес, у якому клієнт безпосередньо створює власні творчі продукти: малюнки, живопис, скульптури, музичні композиції тощо. Пасивна форма передбачає взаємодію з уже готовими художніми творами інших авторів – розгляд картин, прослуховування музики, читання літературних творів. Змішаний формат поєднує обидва підходи: клієнт спирається на роботи відомих митців як джерело натхнення для створення власних образотворчих або інших творчих робіт. Окрім цього, арт-терапевтична практика може здійснюватися в індивідуальному або груповому форматі [12].

Індивідуальна арт-терапія є ефективною для різних категорій клієнтів. По-перше, вона застосовується щодо осіб, для яких вербальна психотерапія є малодоступною або неефективною, зокрема людей з інтелектуальними порушеннями, осіб похилого віку з проблемами пам'яті та інших. По-друге, цей підхід підходить клієнтам із легкими психічними розладами, переважно невротичного спектра. По-третє, індивідуальна арт-терапія є доцільною для дорослих, які мають труднощі з мовним вираженням власних емоцій і переживань через мовні порушення, аутизм, низький рівень соціального контакту, а також у випадках посттравматичного стресового розладу. По-четверте, вона може бути корисною і для людей з добре сформованими вербальними навичками, адже художня діяльність для них стає альтернативним, більш образним і точним способом самовираження.

Варто зазначити, що арт-терапія в індивідуальному форматі підходить широкому колу клієнтів і може поєднуватися з груповою роботою. Особи з обмеженими можливостями вербальної комунікації часто здатні передавати свої емоційні стани через образотворчу діяльність. Навіть у тих випадках, коли клієнт не створює завершених художніх образів, прості маніпуляції з матеріалами та ігрова взаємодія з ними мають важливе значення, сприяючи активізації психічної діяльності, розвитку сенсомоторних функцій, мислення та пам'яті.

Особливу цінність арт-терапія становить для дітей і дорослих, які відчувають складнощі у вербалізації внутрішніх переживань. Це може бути пов'язано з мовленнєвими порушеннями, замкнутістю або глибиною емоційного досвіду, який важко передати словами, зокрема у людей з посттравматичним стресовим розладом [16].

Початковим і обов'язковим етапом індивідуальної арт-терапії є налагодження психотерапевтичного контакту між фахівцем і клієнтом. Уже на перших зустрічах формується взаємна емоційна реакція, що визначає атмосферу подальшої співпраці. У процесі обговорюються цілі, формат і умови терапевтичної роботи, а також укладається психотерапевтичний контракт. Такий контракт виконує захисну функцію для обох сторін – як у психологічному, так і в організаційному аспекті, закріплюючи рівень відповідальності кожного учасника процесу. Арт-терапевт бере на себе зобов'язання щодо вибору методів роботи, створення належних умов і дотримання регулярності занять, тоді як клієнт зобов'язується своєчасно відвідувати сесії та виконувати фінансові умови співпраці.

На початковому етапі спеціаліст докладно пояснює клієнту зміст майбутньої роботи, її правила та межі. Наголошується, що арт-терапевтичний процес не потребує наявності художніх здібностей і не спрямований на створення естетично досконалих творів. Основний акцент робиться на вільному самовираженні за допомогою доступних матеріалів і засобів. Пояснюється, що така форма діяльності допомагає клієнту впоратися з проявами психологічних труднощів, вирішити внутрішні та міжособистісні проблеми, а також покращити загальний емоційний стан.

Арт-терапевт також враховує індивідуальний темп роботи клієнта. Не всі люди готові одразу включитися в творчий процес – іноді для цього необхідно кілька сесій. На початку роботи клієнти часто стикаються зі страхами та стереотипами, сприймаючи арт-терапію або як «дитячу гру», неприйнятну для дорослого, або як суто художню діяльність із вимогою створювати «правильні»

чи «красиві» роботи. Обидві ці установки є типовими на стартовому етапі терапії та поступово долаються в процесі спільної роботи.

У міру становлення психотерапевтичного контакту в клієнта поступово формується відчуття безпеки та внутрішньої рівноваги. Простір арт-терапевтичного кабінету починає сприйматися ним як особливе середовище, відмінне від повсякденного оточення. За таких умов клієнт залучається до творчого процесу більш природно та із зацікавленням. У ході діяльності актуалізуються різноманітні асоціації, емоції та спогади. Можливий прояв інтенсивних переживань, зокрема й негативних, таких як гнів, почуття провини, втрати тощо.

Протягом усього арт-терапевтичного процесу фахівець перебуває поруч із клієнтом, не втручаючись у його роботу зауваженнями або оцінними коментарями. Арт-терапевт намагається не стримувати вираження сильних емоцій, у тому числі негативних. Ставлячи запитання у відповідні моменти, він не дає готових пояснень, а сприяє усвідомленню клієнтом власних дій і переживань, допомагаючи виявити їхній прихований зміст. У результаті простежується закономірний зв'язок між особливостями образотворчої діяльності, дитячим досвідом клієнта, його актуальними міжособистісними стосунками та життєвими труднощами на конкретному етапі розвитку [50].

В окремих випадках арт-терапевтична робота може супроводжуватися певними ускладненнями. Клієнт іноді відчуває розгубленість і не знає, з чого розпочати творчу діяльність. Він може тривалий час перебирати та досліджувати художні матеріали, не знаходячи тих, що відповідають його внутрішнім потребам. Можливі періоди відмови від створення будь-яких робіт. Іноколи після виконання кількох творчих завдань клієнт припиняє діяльність і відчуває потребу повернутися до початкових робіт або переглянути всі створені малюнки в хронологічному порядку. Також може виникати прагнення знищити власні твори – як завершені, так і незавершені [54].

Індивідуальна форма арт-терапії зазвичай є тривалою в часі та може тривати кілька місяців або навіть років. Завершення терапевтичної роботи

зумовлюється не лише зовнішніми обставинами, а й позитивними змінами у психоемоційному стані клієнта та характері його образотворчої діяльності, що свідчать про ефективну динаміку арт-терапевтичного процесу.

Групові форми арт-терапії є більш поширеними та активно застосовуються у галузях охорони здоров'я, освіти, соціальної роботи та інших сферах.

Важливе місце у процесі розвитку особистості та корекційної діяльності посідає образотворча діяльність, зокрема малювання, яке має значне біологічне та психологічне значення. Малювання виступає одним із механізмів реалізації внутрішніх програм організму та психіки людини [1]. Поряд із цим ефективно використовуються й інші види творчої діяльності: ліплення з глини, пластиліну або хліба, плетіння з волокнистих матеріалів, техніка рваної аплікації, конструювання, оригамі, а також метод sandplay (піскова терапія) та інші.

За твердженням М. Лібмана, групова арт-терапія сприяє формуванню соціально значущих цінностей і навичок, забезпечує взаємну підтримку учасників та спільне розв'язання проблем. Вона надає можливість усвідомити результати своєї діяльності та її вплив на інших, опанувати нинішні соціальні ролі й спостерігати, як рольова поведінка позначається на міжособистісних стосунках [1]. Крім того, групова арт-терапія сприяє підвищенню самооцінки, зміцненню особистісної ідентичності та розвитку навичок прийняття рішень.

Основна відмінність групової арт-терапії від індивідуальної полягає в тому, що вона передбачає створення демократичної атмосфери, заснованої на рівності прав і відповідальності учасників, а також меншій залежності від керівної ролі фахівця. Водночас така форма роботи часто потребує наявності комунікативних умінь та здатності адаптуватися до групових норм і правил.

Головною метою групової арт-терапії є виявлення змін у психоемоційному стані та соціальній поведінці учасників. Існує кілька різновидів групової арт-терапії, які відрізняються рівнем структурованості та інтенсивністю групової взаємодії, зокрема:

студійна відкрита група (переважно неструктурована);

аналітична закрита група (з різним ступенем структурованості);

тематично орієнтована група (з варіативним рівнем відкритості та структурованості).

У неструктурованих арттерапевтичних групах учасники, попри фіксований час зустрічей, здійснюють творчу діяльність автономно. Їм не пропонуються заздалегідь визначені теми, завдання чи інструкції, що забезпечує повну свободу самовираження.

На відміну від цього, структуровані арттерапевтичні групи передбачають наявність певних правил або рекомендацій, які надають художній діяльності учасників визначеного напрямку та цілеспрямованості.

Студійна відкрита група характеризується відсутністю сталого складу: нові учасники можуть долучатися на будь-якому етапі роботи. Назва «студійна» зумовлена подібністю умов до художньої майстерні. Такий формат є однією з найдавніших форм арттерапії й зазвичай базується на недирективному підході, що забезпечує максимальну свободу творчості з урахуванням індивідуальних особливостей кожного учасника. Заняття можуть відбуватися від одного до кількох разів на тиждень, а тривалість сесій у середньому становить від 1,5 до 2,5 години.

Аналітична закрита група орієнтована переважно на опрацювання несвідомих психічних процесів. Термін «закрита» означає незмінність складу групи протягом усього періоду роботи. Даний формат поєднує образотворчу діяльність із вербальною взаємодією між учасниками. Аналітичні групові сесії відзначаються високою динамічністю та включають як індивідуальне глибоке занурення в творчий процес, так і спільне обговорення результатів. Учасники таких груп, як правило, мають високий рівень самостійності, здатні зберігати власну ідентичність і контролювати як власну активність, так і, за потреби, перебіг групової взаємодії [56].

Подібні групи найчастіше застосовуються у роботі з особами, які мають психологічні або соціальні труднощі, із сім'ями, невеликими соціальними спільнотами, об'єднаними певною ознакою (етнічною, віковою, гендерною

тощо), а також у роботі з правопорушниками та людьми, які проходять лікування від алкогольної або наркотичної залежності.

Тематично орієнтовані групи, порівняно зі студійними та аналітичними, відзначаються вищим рівнем структурованості. Це досягається завдяки використанню спільних тем, що відображають актуальні інтереси або проблеми учасників. У більшості випадків такі групи мають напіввідкритий характер: частина учасників може припиняти участь, тоді як нові члени мають можливість долучатися впродовж роботи групи.

Методи арттерапії класифікують за різними критеріями, зокрема за видом мистецтва, терапевтичною метою, особливостями технік та рівнем залученості пацієнта.

За видом мистецтва виділяють [7]:

Малювання та живопис, що передбачають використання фарб, олівців, пастелей і сприяють вираженню емоційного стану через візуальні образи;

Ліпку, яка полягає у роботі з глиною чи іншими пластичними матеріалами, розвиває дрібну моторику та забезпечує виражений тактильний контакт;

Музикотерапію та звукотерапію, що базуються на використанні музики, співу або звуків для покращення психоемоційного стану;

Танцювально-рухову терапію, яка використовує рух і танець для роботи з емоціями та тілесними відчуттями;

Театральну арттерапію, що включає рольові ігри, драматизацію та імпровізацію з метою розвитку соціальних навичок і самовираження;

Фототерапію, яка застосовує фотографію як засіб рефлексії та аналізу внутрішніх переживань.

За метою терапевтичного впливу розрізняють:

корекційну арттерапію, спрямовану на подолання емоційних, поведінкових і психологічних труднощів;

реабілітаційну арттерапію, що використовується у процесі відновлення після травм, хвороб або кризових ситуацій;

профілактичну арттерапію, метою якої є запобігання розвитку психоемоційних розладів і зниження рівня стресу.

За рівнем участі пацієнта виділяють:

рефлексивні методи, що передбачають аналіз і обговорення створених робіт;

інтуїтивні методи, у яких акцент робиться на спонтанному творчому процесі без орієнтації на результат;

структуровані методи, що базуються на виконанні чітко сформульованих завдань терапевта.

За формою організації роботи розрізняють індивідуальну та групову арттерапію, а також спеціалізовані напрями, зокрема арттерапію з ветеранами, яка враховує специфіку їхнього досвіду та спрямована на опрацювання складних емоційних станів через творчі практики.

2.3. Особливості застосування арт-терапії у роботі з ветеранами війни

В арт-терапевтичній практиці пацієнтам пропонують широкий спектр занять образотворчого та художньо-прикладного спрямування. До них належать малювання, графічні техніки, живопис, скульптура, дизайн, дрібна пластика, різьблення, випалювання, карбування, батик, гобелен, мозаїка, фресковий і вітражний живопис, а також виготовлення виробів із хутра, шкіри, текстилю та інших матеріалів. Такі види діяльності орієнтовані на активізацію комунікації між пацієнтом і психотерапевтом або на взаємодію в межах групи з метою більш чіткого та усвідомленого вираження власних емоційних переживань, проблем і внутрішніх суперечностей. Водночас вони створюють умови для творчого самовираження особистості.

До сфери арт-терапії також входять сучасні форми художньої діяльності, зокрема відео-арт, інсталяція, перформанс і комп'ютерна творчість, у яких провідне місце посідає візуальний канал комунікації [12, с. 36]. Сьогодні в арт-терапевтичній практиці використовують практично всі види мистецтва, що зумовлює існування різноманітних напрямів арт-терапії: ізотерапії,

казкотерапії, музикотерапії, танцювальної терапії, фототерапії, лялькотерапії, драматерапії та інших. Арт-терапія має міждисциплінарний характер, адже сформувалася на перетині мистецтва і науки та інтегрувала напрацювання медицини, педагогіки, культурології, соціології й суміжних галузей знань.

Слід підкреслити, що в повсякденному житті люди здебільшого користуються вербальними засобами спілкування, тоді як арт-терапія активно залучає невербальні способи комунікації. У багатьох випадках саме вони стають єдиним ефективним каналом взаємодії між людиною і соціумом або між пацієнтом і психотерапевтом. Значною перевагою арт-терапії є її діагностичний потенціал, що полягає у можливості глибшого аналізу психологічного стану та поведінкових проявів пацієнта. Завдяки арт-терапевтичним роботам можна визначити життєвий етап, на якому перебуває особистість, оскільки в них відображаються не лише актуальні переживання, а й пригнічені емоції минулого та неусвідомлені уявлення про майбутнє. Важливим є не тільки кінцевий художній результат, але й сам процес його створення: вибір матеріалів, кольорової гами, інтенсивність і характер зусиль. Водночас принципово значущим залишається врахування індивідуальної символіки кожного пацієнта, яка не завжди відповідає усталеним діагностичним схемам.

Можливості арт-терапії є досить широкими. Зокрема [57]:

- а) у процесі художньої діяльності відбувається вивільнення агресивних імпульсів та інших негативних емоцій;
- б) за допомогою візуальних образів проявляються неусвідомлені внутрішні конфлікти й емоційні переживання;
- в) тематика, стиль і колористика мистецьких робіт містять інформацію про особистісні особливості їх авторів;
- г) участь у творчому процесі сприяє розвитку внутрішнього самоконтролю;
- д) художня діяльність викликає позитивні емоції, приносячи людині задоволення й радість;

е) спільна творча робота формує почуття взаєморозуміння та емоційної близькості між учасниками.

Арт-терапія розглядається як цілеспрямоване застосування спеціально підібраних терапевтом елементів образотворчого мистецтва, музики, танцю, рухової активності, драматичних і поетичних форм у психотерапії, консультуванні, системі додаткової освіти або реабілітаційній практиці. Дослідники та практики наголошують на особливій ролі невербальних інтервенцій, використанні кінестетичних стимулів для доступу до спогадів і внутрішніх образів, а також на позитивному впливі творчої діяльності й спонтанного самовираження на зниження рівня безпорадності та підвищення самооцінки.

Так, символічні способи самовираження, що активізуються у процесі творчої діяльності, забезпечують більш глибокий доступ до прихованих механізмів пам'яті, а також до візуально-кінестетичних структур психіки.

Вважається, що травматичні переживання та пов'язані з ними дисфункціональні внутрішні схеми часто зберігаються в невербальній, нелексичній формі. Арт-терапія відкриває доступ до цих глибинних структур, що дозволяє підсилювати дію інших психотерапевтичних методів – таких як десенсибілізація, переосмислення когнітивних установок чи формування нових навичок поведінки [49].

Крім того, творчі методи, які мають соціальну та особистісну значущість, чинять позитивний вплив і на психосоціальний рівень. У людей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) арт-терапія сприяє відновленню самооцінки, поверненню надії, розвитку просоціальних установок, а також послабленню почуттів провини та сорому. Це відбувається завдяки поєднанню травматичного досвіду з естетично привабливими та адаптивними формами самовираження.

Оскільки арт-терапія зазвичай інтегрується в ширшу програму реабілітації, арт-терапевту надзвичайно важливо підтримувати тісну

професійну взаємодію з іншими фахівцями – психіатрами, клінічними психологами, медичними сестрами, соціальними працівниками тощо.

Процес навчання вимагає суворого дотримання основоположних стандартів та правил [21]:

створення безпечного психологічного простору для учасників;

повна відмова від художньої критики чи оцінювання естетичної якості робіт;

гарантія конфіденційності та рівноправних партнерських стосунків;

надання клієнту максимальної свободи у виборі матеріалів, технік і тематики творчості.

Фахівці, які застосовують арт-терапію в клінічній практиці (психотерапевти, психологи), зобов'язані володіти такими компетенціями:

проводити комплексну оцінку психічного стану, історії життя та клінічного діагнозу клієнта;

розробляти індивідуальний план арт-терапевтичного втручання, враховуючи клінічні, психологічні, соматичні, соціальні особливості людини, а також організаційні умови (формат закладу, тривалість курсу, ресурсне забезпечення);

ефективно вести як індивідуальні, так і групові заняття, будуючи терапевтичний альянс, стимулюючи творчу експресію, допомагаючи вербалізувати пережитий досвід та опрацьовувати його в безпечний спосіб;

систематично аналізувати та оцінювати досягнуті зміни.

Важливо підкреслити: самостійне використання арт-методик без належної клінічної підготовки або без координації з медичною командою часто визнається неетичним і потенційно шкідливим для клієнтів. Водночас глибоке знання різноманітних художніх матеріалів і технік значно підвищує ефективність роботи арт-терапевта.

Арт-терапія включає широкий спектр методів, які легко адаптуються під конкретні потреби людини. Серед основних напрямків виділяють такі:

Малювання та живопис – створення зображень, які допомагають візуалізувати емоції, внутрішні конфлікти чи ключові переживання.

Кераміка й скульптурна робота – формування об'ємних об'єктів з глини, пластиліну тощо. Особливо цінно для ветеранів, оскільки розвиває дрібну моторику та повертає позитивний тілесний (кінестетичний) досвід.

Творче письмо – написання історій, казок, віршів, есе чи особистих щоденників як спосіб осмислення пережитого.

Музикотерапія – активне створення музики, прослуховування або виконання музичних творів для регуляції емоцій, зниження тривоги та покращення настрою.

Драматерапія – використання рольових ігор, імпровізацій, театральних технік для безпечного вираження та опрацювання складних почуттів.

Існують також численні інші напрямки та гібридні форми арт-терапії. Усі вони спрямовані на поліпшення психічного благополуччя, відновлення ресурсів і поступове зменшення симптомів травми. Головне – гнучко обирати техніки відповідно до актуального запиту та можливостей конкретної людини.

Однією з ключових переваг арт-терапії є створення безпечного середовища, де людина може вільно проявляти емоції та внутрішні переживання, які важко або неможливо виразити вербально [7]. Для військовослужбовців, які часто стикаються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) чи іншими психологічними травмами, цей підхід особливо цінний: мистецтво допомагає перетворити особистий досвід на візуальні образи, полегшуючи його осмислення.

Серед найпоширеніших напрямів арт-терапії, що використовуються в процесі реабілітації ветеранів, виділяються малювання, живопис, а також скульптурна робота й кераміка. Малюнок та живопис дозволяють експериментувати з кольорами, лініями й формами, виражати накопичені емоції, спричинені екстремальними ситуаціями. Робота з об'ємними матеріалами (глина, пластилін тощо) не лише розвиває творчі здібності, а й

сприяє глибокій релаксації, зниженню напруги та відновленню емоційної рівноваги [10].

Багато військових після травматичних подій відчувають серйозні труднощі з висловлюванням власних почуттів словами. Саме арт-терапія слугує своєрідним «містком» до зовнішнього світу: за допомогою творчості (малювання, ліплення, колажування) людина здатна зовнішньо проявити внутрішні конфлікти, страхи, тривогу. Це допомагає послабити емоційне навантаження й поступово рухатися до психологічного одужання.

Наукові дані підтверджують, що регулярна участь в арт-терапевтичних заняттях сприяє зниженню рівня тривожності, депресивних проявів та інших симптомів, характерних для ПТСР [9]. Творчий процес повертає відчуття контролю над власним життям – це один із найважливіших факторів відновлення для людей, які пережили бойовий стрес. Крім того, заняття мистецтвом відволікають від нав'язливих негативних спогадів і зменшують пов'язаний з ними емоційний дискомфорт.

Арт-терапія має також виражений соціальний вимір. Групові заняття сприяють налагодженню контактів, формуванню атмосфери довіри та взаємної підтримки між учасниками. Це особливо важливо для військовослужбовців, які часто відчувають ізоляцію та самотність після повернення до цивільного життя [7]. Спільна творчість відкриває можливості для обміну переживаннями, допомагає відчути, що людина не одна у своїх труднощах.

Завдяки гнучкості та адаптивності арт-терапія легко вписується в комплексні програми психологічної допомоги при ПТСР. Поєднання творчих технік з когнітивно-поведінковою терапією, травмофокусованими методами чи іншими підходами суттєво підвищує загальну ефективність реабілітації. Такий інтегративний підхід сприяє глибшому самопізнанню, полегшує переробку травматичного досвіду та полегшує повернення до повноцінного життя в суспільстві.

Військовослужбовці, які отримали поранення й перебувають на стаціонарному лікуванні, переживають не лише фізичний біль, а й серйозні

психологічні потрясіння. Втрата колишнього здоров'я, пережитий жах, почуття безсилля залишають глибокий слід у психіці. У такі моменти арт-терапія перетворюється з простого заняття на справжній інструмент зцілення.

Творчий процес дозволяє виразити те, що неможливо або дуже болісно сказати словами. Завдяки цьому зменшується внутрішній тиск, з'являється можливість безпечно опрацювати складні емоції та повернути собі хоча б часткове відчуття контролю над власним станом і життям.

Окрема група клієнтів серед військових – це ветерани, які фізично перебувають удома, поряд із рідними, але ментально залишаються з товаришами на лінії фронту. Роль арт-терапевта полягає в тому, щоб допомогти таким людям емоційно відійти від воєнних подій, відновити повноцінне сприйняття дійсності з усіма її відтінками та сприяти посттравматичному розвитку. Експерти виокремлюють дві основні категорії труднощів у роботі з ветеранами: виклики адаптації, які в тій чи іншій мірі стосуються кожного, та проблеми, пов'язані з почуттям провини, що часто стає каталізатором для посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Головна мета адаптаційного процесу – сформувати середовище, де індивід зможе незалежно справлятися зі своїми повсякденними викликами. Реадаптація та ресоціалізація являють собою механізми, які дозволяють особі заново вписатися в соціум після значних життєвих трансформацій, що винятково актуально для учасників бойових дій. У поведінці екс-військових нерідко спостерігаються ознаки емоційної лабільності, ізоляції, образливості, посиленої тривоги, апатії, побоювання поразок та дратівливості – характеристики, які ускладнюють шлях до успішної інтеграції. Серед проявів адаптаційних розладів у ветеранів можна назвати депресивні стани, порушення сну, хронічну втому, тремтіння, больові відчуття, суїцидальні ідеї, проблеми з концентрацією уваги, а також руйнівні звички, як-от зловживання психоактивними речовинами. Ветеран може відчувати себе ізольованим, невпевненим і замикатися в собі [6].

Саме тому невербальні методи психотерапії, зокрема образотворче мистецтво, моделювання, танцювальні вправи чи музичні заняття, виявляються

ефективними для переосмислення набутих під час служби здібностей і їх адаптації до мирного існування, а також для створення нових психологічних моделей життя. Арт-терапія часто досягає успіху там, де традиційні підходи виявляються неефективними. Творчий процес сам по собі є активністю, яка стимулює прийняття відповідальності, свідомий вибір і пошук шляхів подолання кризи. Під час сеансів з ветеранами ключовим є передача ідеї, що їхні художні твори мають значення для оточення, і що про їхні досвіди варто ділитися з суспільством. Це задовольняє потребу в громадському визнанні, повазі до їхнього рішення захищати державу та схваленні з боку ширшої спільноти [40]. Тому в груповій терапії важливою є демонстрація учасниками своїх робіт колегам, а в довгостроковій перспективі – організація публічних виставок. Як базовий матеріал для творчості ветеранів підходять фарби, такі як акрил, гуаш чи акварель. Ці матеріали, що важко піддаються повному контролю, дозволяють виразити емоції, визнати хаотичність світу, перейти від монохромного бачення до багатобарвного, відновити гнучкість мислення, вміння обирати та розвивати спонтанність, необхідну в цивільному житті. Серед корисних технік – виготовлення монотипій, акварельне малювання по вологому паперу чи традиційне писанкарство. Доведено ефективність роботи з глиною, а також сучасного напрямку арт-терапії – медіа-арт-терапії, де поряд із класичними художніми засобами інтегруються цифрові та інформаційні технології.

Висновки до розділу 2

Аналіз історичного розвитку та теоретичних засад арт-терапії дозволив встановити, що цей метод має глибокі психологічні, емоційні та соціальні корені, які забезпечують комплексну підтримку особистості в умовах стресу та травматичного досвіду.

Дослідження форм та методів арт-терапії показало, що використання різноманітних художніх технік – малювання, ліплення, музика, драматизація – дозволяє адаптувати процес терапії до індивідуальних потреб ветеранів. Це сприяє розвитку емоційної стабільності, самовираження та відновленню соціальних навичок.

У соціальній роботі з ветеранами війни найбільш ефективними виявилися різні форми та методи арт-терапії: ізотерапія (малювання, графіка, колаж), скульптурна терапія, музична та танцювально-рухова терапія, фототерапія, драматерапія та інтегративні техніки. Групові заняття сприяють відновленню соціальних навичок, довіри до оточення та відчуття приналежності до спільноти. Індивідуальні сеанси дозволяють глибоко опрацьовувати особисті травми, зокрема ПТСР, депресію, тривожність та агресію. Особливо цінними є методи, що поєднують творчість з елементами медитації та релаксації.

Особливості застосування арт-терапії у роботі з ветеранами війни включають необхідність врахування психологічного стану, травматичного досвіду та соціального контексту життя ветеранів. Ефективна арт-терапія забезпечує не лише психологічну підтримку, а й допомагає формувати відчуття соціальної приналежності, знижує рівень тривожності та сприяє поступовій інтеграції у цивільне життя.

Таким чином, арт-терапія виступає потужним інструментом соціальної реабілітації ветеранів, поєднуючи психологічну допомогу з розвитком творчого потенціалу, що підвищує якість їхнього життя та сприяє відновленню соціальних зв'язків.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ

3.1. Організація та методика емпіричного дослідження

Емпіричну частину дослідження було реалізовано в період з лютого по травень 2025 року на базі київського центру підтримки ветеранів «Ветеранський центр Київ Мілітарі Хаб». У ході роботи було сформовано дослідницьку вибірку, до складу якої увійшли 50 військових ветеранів із підтвердженим досвідом участі в бойових діях. Вік респондентів коливався в межах 45–47 років.

На основі аналізу науково-теоретичних джерел було визначено оптимальну логіку проведення дослідження, яка включала такі етапи:

Проведення первинного психодіагностичного обстеження учасників із застосуванням стандартизованого інструментарію.

Реалізація корекційно-розвивальної програми арт-терапевтичного спрямування, орієнтованої на покращення психологічного стану досліджуваних.

Здійснення повторної (контрольної) діагностики з використанням тих самих стандартизованих методик.

З метою виявлення та аналізу психологічних характеристик учасників дослідження було використано такі стандартизовані психодіагностичні методики:

1. Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс, Р. Даймонд). Методика К. Роджерса та Р. Даймонда являє собою особистісний опитувальник, який дозволяє виявити характерні риси особистості досліджуваного та рівень його соціально-психологічної адаптації, зокрема у нових умовах, середовищі та при зміні правил поведінки [39].

Цей інструмент був розроблений у 1954 році К. Роджерсом, одним із провідних представників гуманістичної психології та засновником клієнт-центрованої психотерапії, спільно з Р. Даймондом у статті «Психотерапія і зміни особистості: координовані дослідження клієнт-центрованого підходу». З

того часу методика набула широкого застосування і стала однією з основних у практиці оцінки соціально-психологічної адаптації, особливо серед студентських груп.

У вітчизняних психологічних дослідженнях опитувальник Роджерса-Даймонда здебільшого використовується для виявлення потенційних труднощів у адаптації першокурсників до нових правил і умов навчання. Показники шкали демонструють високу достовірність і чітко диференціюють стан адаптації або дезадаптації, а також відображають особливості самоприйняття, його змін у критичні вікові періоди та під час стресових ситуацій, що змушують особистість переоцінювати власні можливості.

Дослідження із застосуванням цієї методики зазвичай проводяться з підліткового віку (12–13 років), тоді як робота з молодшими дітьми можлива лише в індивідуальному форматі.

Опис опитувальника. Опитувальник Роджерса-Даймонда представляє собою набір тверджень, що відображають різні аспекти способу життя, психологічного стану та поведінкових стратегій людини. Респонденту пропонується співвіднести кожне висловлювання з власним досвідом та характеристиками.

Загалом опитувальник містить 101 твердження, які поділені на три категорії: 37 тверджень оцінюють рівень адаптованості особистості, ще 37 – дезадаптованості, а 26 – нейтральні. До останньої групи включена також «шкала соціально-бажаних відповідей» («шкала брехні»). Усі твердження сформульовані у знеособленій формі з використанням займенників у третій особі однини. Це дозволяє зменшити ефект прямого ототожнення, сприяючи більш об'єктивній оцінці власних характеристик і психологічного стану. Також така формулювання знижує ймовірність вибору соціально бажаної відповіді.

Класична система оцінювання передбачає шкалу від 0 до 6 балів. Деякі дослідники відзначають, що поділ на 7 рівнів може бути недостатньо чітким для пересічного респондента. Результати опитування аналізуються за допомогою шести інтегральних показників: адаптація; самоприйняття;

прийняття інших; інтернальність (рівень суб'єктивного контролю); емоційний комфорт; прагнення до домінування.

Кожен показник обчислюється за спеціально розробленими емпіричними формулами.

Процедура проведення.

Дослідник пропонує респонденту уважно ознайомитися з висловлюваннями та визначити, наскільки кожне з них відповідає його власному досвіду. Відповідь відзначається у бланку за такою шкалою:

- 0 – зовсім не стосується мене;
- 1 – не стосується мене;
- 2 – скоріше не стосується мене;
- 3 – не можу визначити, чи стосується мене;
- 4 – схоже на мене, але з сумнівом;
- 5 – схоже на мене;
- 6 – точно про мене.

Вибраний бал фіксується у відповідній графі бланка відповідей.

Бланк методики наведено в додатках.

Обробка отриманих даних здійснюється відповідно до ключа методики, який також міститься в додатках. Питання під номерами 1, 3, 20, 24, 31, 39, 46 та 93 не враховуються в жодній із шкал.

Інтегральні показники визначаються за наступними формулами:

Адаптація (A): $A = a / (a + b) \times 100\%$;

Самоприйняття (S): $S = a / (a + b) \times 100\%$;

Прийняття інших (L): $L = 1,2a / (1,2a + b) \times 100\%$;

Емоційний комфорт (E): $E = a / (a + b) \times 100\%$;

Інтернальність (I): $I = a / (a + 1,4b) \times 100\%$;

Прагнення до домінування (D): $D = 2a / (2a + b) \times 100\%$.

Інтерпретація отриманих результатів проводиться згідно з нормативами, що залежать від віку респондента.

Результати, які нижчі за норму, вважаються надмірно низькими, тоді як значення, що перевищують норму, трактуються як високі.

2. Методика тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

Дослідники розглядають особистісну тривожність як фундаментальну рису особистості, що визначає її схильність до переживання хвилювань у стресових умовах. Натомість тривожність реактивна має епізодичний характер і виникає безпосередньо як рефлексія на несприятливі обставини. Отже, тоді як особистісна тривога вирізняється константністю, показники реактивної тривоги є лабільними та трансформуються відповідно до ситуації.

Структура даної методики включає 40 пунктів, рівномірно розподілених між двома діагностичними шкалами: для вимірювання ситуативного напруження та для виявлення стабільних властивостей особистості. Оцінювання здійснюється за допомогою чотирибальної системи. У блоці реактивної тривожності респондент обирає відповідь залежно від інтенсивності переживань (від «ні» до «абсолютно вірно»), тоді як у блоці особистісної тривожності критерієм виступає регулярність симптомів (від «майже ніколи» до «постійно»).

Методика Спілбергера-Ханіна є єдиним інструментом, який дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як рису особистості, і як тимчасовий стан. Вона корисна для самооцінки поточного рівня занепокоєння (реактивної тривожності) та стабільного рівня тривожності людини (особистісної тривожності). Методика була розроблена у 1970 році й через свою простоту та ефективність активно застосовується в клінічній практиці для визначення інтенсивності тривожності та моніторингу змін у динаміці.

Оскільки Ю. Ханін адаптував цю методику, її також називають шкалою Спілбергера-Ханіна. Більшість відомих методик дозволяють оцінювати лише тривожність як рису особистості або як тимчасовий стан, тоді як шкала Спілбергера дає змогу розрізняти ці два аспекти.

Вивчення тривожності як стабільної характеристики є важливим, оскільки вона істотно впливає на поведінку людини. Помірний рівень

тривожності є природною та корисною рисою активної особистості. Кожна людина має свій оптимальний рівень тривожності, який можна розглядати як «корисну тривожність». Усвідомлення свого стану у цьому контексті сприяє самоконтролю та особистісному розвитку.

Методика складається з двох підшкал.

Перша – шкала ситуативної тривожності – призначена для оцінки актуального стану тривожності респондента, тобто того, як людина відчуває себе «тут і зараз». Вона вимірює суб'єктивні переживання, такі як страх, нервозність, внутрішнє напруження, неспокій та активність вегетативної нервової системи. Ситуативна тривожність, або реактивна, проявляється як емоційна відповідь на конкретну стресову ситуацію і змінює свою інтенсивність залежно від обставин. До характерних ознак цього стану належать занепокоєння, тривога, нервозність і внутрішнє напруження.

Друга підшкала – шкала особистісної тривожності – спрямована на оцінку стабільних особистісних рис, що визначають схильність індивіда до тривоги, а також рівень спокою, впевненості та відчуття безпеки. Особистісна тривожність розглядається як стійка характеристика особистості, яка відображає тенденцію людини сприймати широкий спектр ситуацій як потенційно загрозливі та відповідати на них певним чином. Високий рівень особистісної тривожності означає, що різноманітні ситуації сприймаються людиною як стресові, викликаючи сильне занепокоєння.

Особистісна тривожність активується при контакті з певними подразниками, які суб'єктивно сприймаються як небезпечні (зокрема, ті, що зачіпають самооцінку та самоповагу). Люди з високим рівнем особистісної тривожності схильні реагувати на загрози для своєї самооцінки і безпеки у широкому спектрі ситуацій вираженими станами тривоги. Якщо за результатами STAI виявлено високий рівень особистісної тривожності, це свідчить про підвищену схильність респондента до відчуття тривоги в багатьох життєвих обставинах. Надзвичайно високий рівень особистісної тривожності

часто корелює з емоційними зривами, невротичними станами та психосоматичними порушеннями.

Діагностування за опитувальником Спілбергера-Ханіна здійснюється з використанням двох типів анкет: одна призначена для визначення ситуативної тривожності, інша – для оцінки особистісної. Підсумковий бал за кожною підшкалою коливається в межах від 20 до 80 балів: чим вищий результат, тим більш виражена відповідна форма тривожності у респондента.

3. Методика PCL-5 - шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5) – це інструмент для самооцінки, який дозволяє виявляти симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до критеріїв, зазначених у DSM-5.

Ця шкала включає 20 пунктів, які оцінюють наявність та ступінь вираженості симптомів ПТСР. Кожне запитання PCL-5 безпосередньо пов'язане з критеріями діагностичної класифікації DSM-5.

Опитувальник PCL-5 є зручним для самостійного заповнення та зазвичай потребує від 5 до 10 хвилин. Його розробив Національний центр ПТСР у США. Кожне питання оцінюється за чотирибальною шкалою (0–4), де враховується інтенсивність симптомів. Основне застосування інструменту – скринінг ПТСР.

Структура шкали відповідає п'яти критеріям DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події;

Критерій В (симптоми інтрузії) – запитання 1–5;

Критерій С (симптоми уникнення) – запитання 6–7;

Критерій D (негативні думки та емоції) – запитання 8–14;

Критерій Е (симптоми надмірної реактивності) – запитання 15–20.

Мінімальний можливий результат становить 0 балів, максимальний – 80. Для підтвердження діагнозу ПТСР необхідна наявність впливу травматичної події. За даними досліджень, зміна на 5 балів може свідчити про відповідь на лікування, тоді як приріст у 10 балів вважається клінічно значущим

поліпшенням. Позитивний результат скринінгу ПТСР зазвичай визначається, якщо сумарна оцінка перевищує визначений поріг.

3.2. Аналіз результатів впровадження арт-терапевтичних програм

1. З метою детального вивчення рівня соціально-психологічної адаптації учасників дослідження до нових умов, середовища та норм поведінки, проведемо аналіз отриманих результатів, сформованих за допомогою методики оцінки соціально-психологічної адаптації, розробленої К. Роджерсом та Р. Даймондом.

Таблиця 3.1.

Показники ступеня соціально-психологічної адаптації військовослужбовців (n=50)

Середні показники та розподіл за рівнями прояву об'єднано в таблицю.

Показник	Середній бал	Низький рівень (кількість)	Середній рівень (кількість)	Високий рівень (кількість)
Адаптація	55.49	38	12	0
Самоприйняття	19.69	28	22	0
Прийняття інших	10.76	25	24	1
Емоційний комфорт	12.19	29	21	0
Інтернальність	23.51	28	22	0
Прагнення до домінування	6.23	16	33	1
Ескапізм	18.16	1	30	19

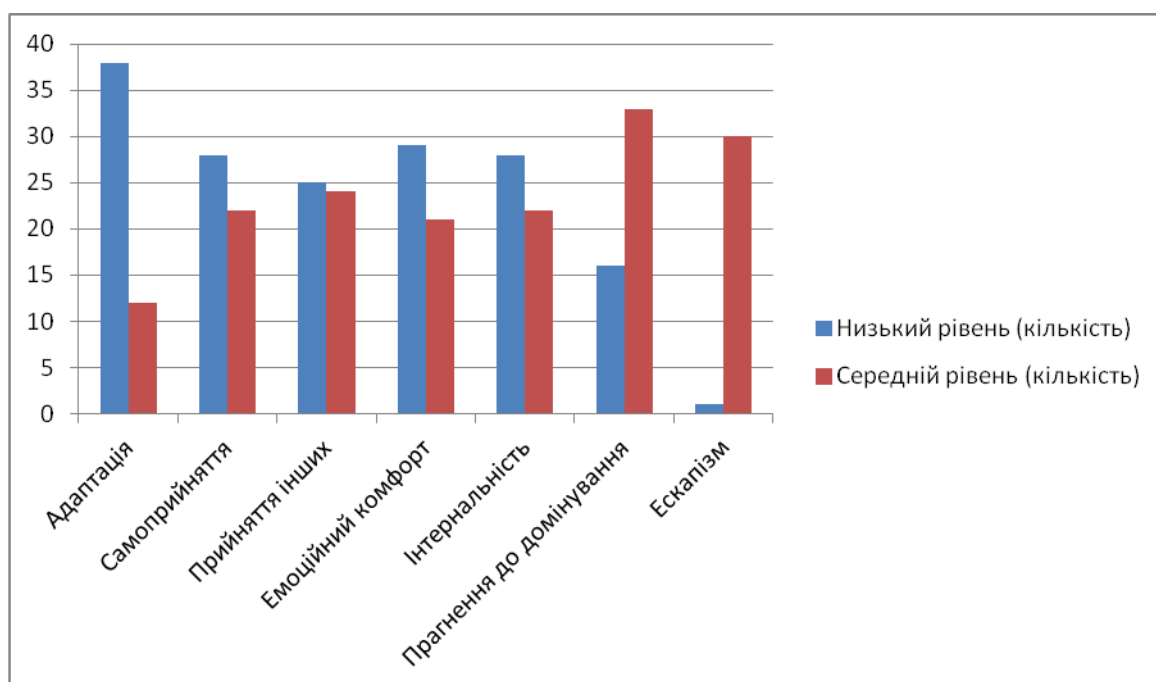


Рисунок 3.1 - Показники ступеня соціально-психологічної адаптації військовослужбовців (за методикою К. Роджерсом та Р. Даймондом)

Інтерпретація результатів до впровадження програми

До впровадження психокорекційної програми (засобами арт-терапії) показники соціально-психологічної адаптації ветеранів переважно вказують на низький або середній рівень адаптивності, що свідчить про труднощі в реабілітації після війни.

Адаптація: Середній бал (55.49) нижче норми (68-136), з переважанням низького рівня (38 осіб). Це вказує на загальну дезадаптивність, труднощі в інтеграції в соціум, можливі прояви ізоляції або конфліктів.

Самоприйняття: Середній бал (19.69) нижче норми (22-42), з домінуванням низького рівня (28 осіб). Ветерани часто не приймають себе, що може проявлятися в низькій самооцінці, почутті провини або травматичних переживаннях.

Прийняття інших: Середній бал (10.76) нижче норми (12-24), з балансом низького та середнього рівнів (25 і 24 особи). Це свідчить про недовіру до оточення, можливі проблеми в комунікації та соціальних зв'язках.

Емоційний комфорт: Середній бал (12.19) нижче норми (14-28), з переважанням низького рівня (29 осіб). Вказує на емоційний дискомфорт, тривогу, депресію або посттравматичний стрес.

Інтернальність: Середній бал (23.51) нижче норми (26-52), з домінуванням низького рівня (28 осіб). Ветерани схильні до зовнішнього контролю, відчують безпорадність і залежність від зовнішніх факторів.

Прагнення до домінування: Середній бал (6.23) в нижній частині норми (6-12), з переважанням середнього рівня (33 особи). Це може вказувати на пасивність або уникнення лідерства, хоча в деяких випадках (1 високий) проявляється гіперконтроль.

Ескапізм: Середній бал (18.16) в нормі (10-20), але з високим рівнем у 19 осіб. Це свідчить про тенденцію уникати проблем, можливе втечу в фантазії або залежності, що ускладнює адаптацію.

Загалом, результати вказують на низьку соціально-психологічну адаптацію, з акцентом на емоційні та інтерперсональні труднощі, типові для ветеранів війни. Це обґрунтовує необхідність психокорекційної програми для покращення цих показників.

2. Результати за опитувальником особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна

Таблиця 3.2.

Показники інтерпретації результатів за опитувальником особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна

Показник	Середнє $\pm$ SD	Низький (n/%)	Середній (n/%)	Високий (n/%)
Ситуативна тривожність (State)	52.74 $\pm$ 9.38	0 (0%)	12 (24%)	38 (76%)
Особистісна тривожність (Trait)	52.10 $\pm$ 7.89	1 (2%)	6 (12%)	43 (86%)

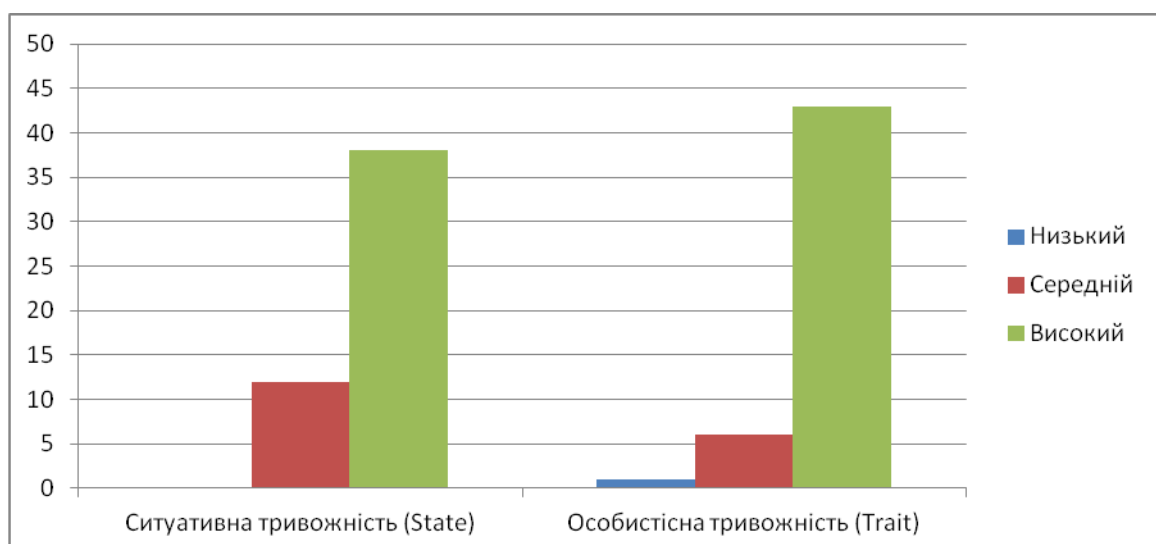


Рисунок 3.2 – Показники особистісної та ситуативної тривожності (за опитувальником Спілбергера-Ханіна)

Інтерпретація результатів до впровадження:

До початку програми більшість ветеранів демонструє високий рівень як ситуативної (76%), так і особистісної тривожності (86%). Середні значення перевищують 50 балів, що свідчить про виражений тривожний стан, типовий для ветеранів війни (посттравматичний стрес, соціальна дезадаптація). Ситуативна тривожність трохи вища за особистісну, що вказує на сильну реакцію на актуальні стресові ситуації.

3. Також було проведено дослідження за методикою **PCL-5 - шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)**.

Зокрема, за критерієм А, який передбачає опис травматичного досвіду, респонденти відзначали схожі переживання. Основним джерелом травми було перебування в зоні бойових дій та пов'язані з цим стресові ситуації, які учасники дослідження узагальнювали просто як «перебування там».

Наступні критерії (В – Е) являють собою низку симптомів ПТСР; відповіді респондентів відносно критеріїв розглянуті в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Результати опитування методики PCL-5 (критерії В–Е)

Критерії	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	К-сть респондентів	%	К-сть респондентів	%	К-сть респондентів	%
В, симптоми інтрузії	7	14%	16	32%	27	54%
С, симптоми уникнення	7	14%	17	34%	26	52%
Д, негативні думки та емоції	4	8%	10	20%	36	72%
Е, симптоми надмірної реактивності	3	6%	11	22%	36	72%

Критерій В відображає прояви інтрузій. У 27 респондентів (54%) спостерігаються ознаки інтрузії, що свідчить про наявність нав'язливих думок щодо минулих подій, повторне переживання травматичних ситуацій та румінації. Середній рівень інтрузій виявлений у 16 осіб (32%), тобто ці респонденти схильні до інтрузивних переживань лише частково. Низький рівень інтрузій зафіксовано у 7 осіб (14%), що свідчить про їхню рідкісну присутність.

Критерій С відображає уникання всього, що може нагадувати про травму. Високий рівень уникання спостерігався у 26 респондентів (52%), які максимально намагаються уникати тригерів. Середній рівень проявів цього критерію показали 17 осіб (34%). Лише 7 респондентів (14%) практично не демонструють уникання тригерів.

Критерій D характеризує негативні думки та емоції. Більшість респондентів – 36 осіб (72%) – часто відчують деструктивні думки та емоційний дискомфорт. У 10 опитаних (20%) ці прояви з'являються інколи, а у 4 осіб (8%) негативні емоції практично відсутні.

Критерій Е відповідає за надмірну реактивність, що включає підвищену чутливість до подразників та відчуття небезпеки навіть у безпечних ситуаціях. Аналогічно результатам методики STAI, високий рівень гіперарози спостерігався у 36 осіб (72%), що свідчить про постійну напруженість і гіпернастороженість. Середній рівень цього критерію виявлено у 11 осіб (22%),

тобто у них надмірна реактивність проявляється не завжди. Лише 3 респонденти (6%) рідко відчують такі симптоми.

За підсумками скринінгу на ПТСР, позитивні результати отримали 36 осіб (72%), тоді як у 14 респондентів (28%) симптоми ПТСР не підтвердилися (див. рис. 3.3).



Рис. 3.3. Результати скринінгу на ПТСР за методикою PCL-5

Для соціальної реабілітації ветеранів війни була запропонована арттерапевтична програма «Точка опори».

Мета програми: сприяння соціальній реінтеграції ветеранів війни шляхом зниження рівня психоемоційної напруги, зменшення симптомів ПТСР/комплексного ПТСР, відновлення довіри до себе та інших, розвитку навичок самовираження та конструктивної комунікації засобами арт-терапії.

Завдання програми: зниження рівня тривожності, депресивних проявів та емоційного вигорання; формування безпечного простору для невербального вираження травматичного досвіду; відновлення позитивного образу Я та відчуття власної цінності; розвиток навичок саморегуляції та управління емоціями; покращення міжособистісної взаємодії та довіри в групі; формування ресурсів для майбутнього планування та постановки реалістичних цілей.

Цільова група: ветерани війни (чоловіки та жінки) віком 25–55 років, які мають ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР), соціальної дезадаптації, зниженої самооцінки, труднощі в сімейних та соціальних контактах. Кількість у групі – 6–10 осіб. Тривалість: 14 тижнів (14 занять по 2–2,5 години) + 2 заняття підтримуючої групи через 2–3 місяці після завершення.

Формат: закрита терапевтична група + 1–2 індивідуальні зустрічі на початку та в кінці програми.

Місце проведення: арт-терапевтична студія з природним освітленням, столами для малювання, мольбертами, зоною для ліплення, комфортними кріслами для кола обговорення.

Таблиця 3.4

Методи та техніки, що використовуються в програмі

№	Метод / напрям арт-терапії	Основні техніки	Основна мета на етапі
1	Ізотерапія (малюнок)	Вільний малюнок, мандала, «лінія життя», «безпека», «страх», «ресурс»	вираження емоцій, зниження напруги
2	Колажна техніка	Персональний колаж «Я зараз», «Я до війни», «Я через рік»	переосмислення ідентичності
3	Ліплення (глина, пластилін)	«Моя внутрішня дитина», «Захисник», «Травма в руках»	робота з тілесними відчуттями травми
4	Маска (пап'є-маше / готова форма)	«Маска війна», «Маска, яку я показую світу», «Маска, яку я ховаю»	робота з ролями та ідентичністю
5	Мандалотерапія	Терапевтична мандала «Мій ресурс», «Моя рівновага»	стабілізація, саморегуляція
6	Групові арт-комунікації	«Спільний малюнок», «Ланцюгова історія в малюнках»	відновлення довіри, групової згуртованості
7	Фототерапія (опціонально)	Робота з особистими фото або знайденими образами	переосмислення минулого
8	Арт-експресивні техніки	Скрапбукінг, робота з метафоричними асоціативними картами	пошук сенсу, цілепокладання

Структура типового заняття: Розігрів (10–15 хв) – тілесна вправа / дихальна практика / коротка візуалізація; Актуалізація теми (10 хв) – міні-обговорення або асоціації; Творча частина (50–70 хв) – основна арт-техніка; Рефлексія творчого продукту (30–40 хв) – «Що я бачу на малюнку?», «Які почуття викликає робота?», «Що хотілося б змінити?»; Групова взаємодія (15–20 хв) – шеринг (за бажанням), спільне обговорення тем, що об'єднують роботи; Завершення (10 хв) – заземлення, ритуал подяки, домашнє завдання (наприклад, вести щоденник малюнків).

Після впровадження корекційної програми були отримані наступні результати.

Таблиця 3.5

Етапи арттерапевтичної програми «Точка опори»

Етап	Тривалість	Основні завдання етапу	Ключові техніки / теми занять	Очікувані результати
1. Підготовчий (знайомство та стабілізація)	1–3 заняття	Знайомство, формування безпеки, зниження тривоги	«Автопортрет лінією», «Моя безпечна територія», мандала «Безпека»	зниження тривоги, довіра до групи, розуміння правил
2. Робота з травматичним досвідом (контрольоване занурення)	4–8 заняття	Вираження та часткове опрацювання травми	«Маска війна», «Лінія життя», «Травма в руках» (ліплення), «Що я приніс з війни»	зменшення уникнення, зниження інтенсивності флешбеків
3. Ресурсний та реконструктивний	9–12 заняття	Пошук ресурсів, переосмислення досвіду, відновлення ідентичності	«Мій внутрішній захисник», колаж «Я через рік», «Мандала ресурсів», «Спільний малюнок»	зростання самооцінки, поява планів на майбутнє
4. Завершальний (інтеграція та планування)	13–14 заняття	Підведення підсумків, закріплення досягнень, прощання	«Лист собі через рік», «Автопортрет зараз», спільна інсталяція «Наш шлях»	прийняття себе нового, мотивація до подальшої допомоги

За методикою дослідження соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс, Р. Даймонд).

Показники покращилися, що відображено в табл.3.6

Таблиця 3.6.

Показники ступеня соціально-психологічної адаптації військовослужбовців (n=50)

Показник	Середній бал	Низький рівень (кількість)	Середній рівень (кількість)	Високий рівень (кількість)
Адаптація	110.44	2	44	4
Самоприйняття	35.84	1	38	11
Прийняття інших	19.87	3	34	13
Емоційний комфорт	26.27	1	31	18
Інтернальність	44.16	1	37	12
Прагнення до домінування	9.08	4	39	7
Ескапізм	12.06	10	39	1

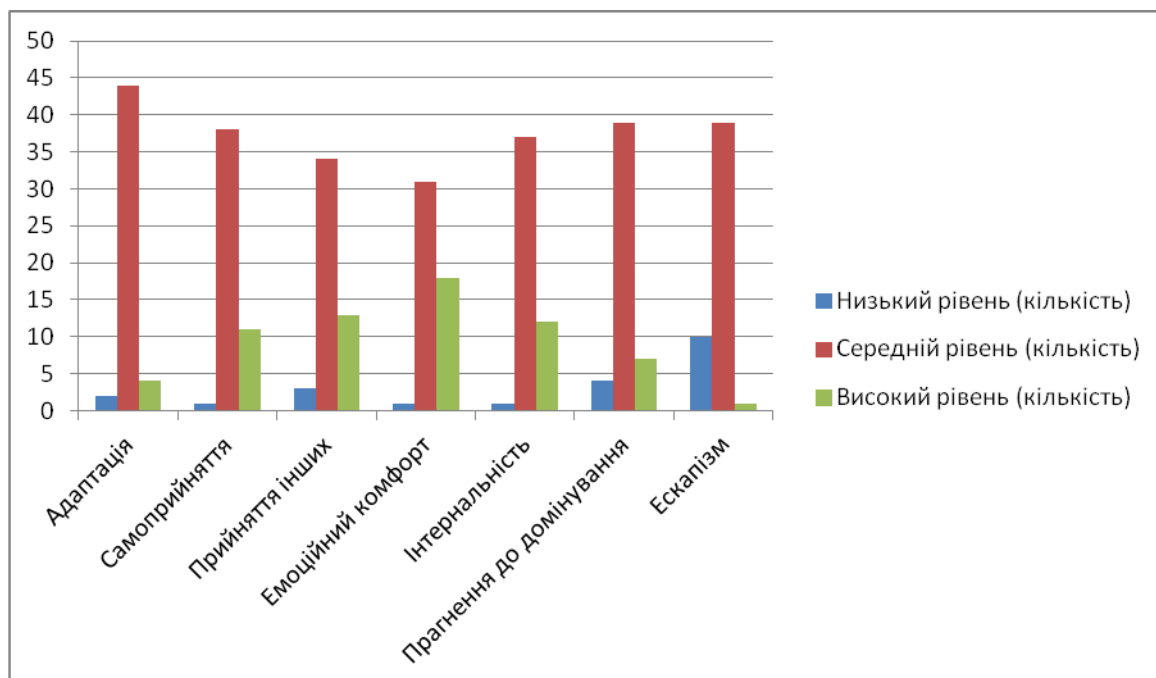


Рисунок 3.4 - Показники ступеня соціально-психологічної адаптації військовослужбовців (за методикою К. Роджерс, Р. Даймонд)

Після впровадження арттерапевтичної програми «Точка опори» спостерігається значне покращення показників соціально-психологічної адаптації. Середні бали зросли для позитивних шкал і знизилися для негативних, з переходом більшості ветеранів до середнього або високого рівня.

Адаптація: Середній бал (110.44) в нормі (68-136), з домінуванням середнього рівня (44 особи) та появою високого (4). Це вказує на покращення загальної адаптивності, кращу інтеграцію в соціум.

Самоприйняття: Середній бал (35.84) в нормі (22-42), з переважанням середнього рівня (38 осіб) та високим у 11. Ветерани краще приймають себе, що зменшує внутрішні конфлікти.

Прийняття інших: Середній бал (19.87) в нормі (12-24), з середнім рівнем у 34 та високим у 13. Покращилася довіра до оточення, полегшуючи соціальні взаємодії.

Емоційний комфорт: Середній бал (26.27) в нормі (14-28), з середнім рівнем у 31 та високим у 18. Зменшився емоційний дискомфорт, що свідчить про зниження тривоги.

Інтернальність: Середній бал (44.16) в нормі (26-52), з середнім рівнем у 37 та високим у 12. Зросла внутрішня локалізація контролю, ветерани відчують більшу автономію.

Прагнення до домінування: Середній бал (9.08) в нормі (6-12), з середнім рівнем у 39 та високим у 7. Збалансоване прагнення до лідерства, без значних змін, але з легким зсувом до норми.

Ескапізм: Середній бал (12.06) в нормі (10-20), з середнім рівнем у 39 та зниженням високого до 1. Зменшилося уникнення проблем, що сприяє активній адаптації.

Порівняльний аналіз з t-критерієм Стьюдента

Для оцінки ефективності програми проведено парний t-тест (для залежних вибірок) між показниками до та після. Результати підтверджують значущі зміни ($p < 0.001$ для всіх шкал):

Адаптація: $t = 14.32$, $p = 3.90e-19$ (значне зростання, покращення адаптивності). Самоприйняття: $t = 9.72$, $p = 5.07e-13$ (значне зростання, посилення самоакцептації). Прийняття інших: $t = 9.07$, $p = 4.71e-12$ (значне зростання, краща соціальна толерантність).

Емоційний комфорт: $t = 12.55$, $p = 6.40e-17$ (значне зростання, зниження дискомфорту). Інтернальність: $t = 8.78$, $p = 1.27e-11$ (значне зростання, посилення внутрішнього контролю). Прагнення до домінування: $t = 5.16$, $p = 4.39e-06$ (помірне зростання, стабілізація домінування). Ескапізм: $t = -5.78$, $p = 5.17e-07$ (значне зниження, зменшення уникнення).

Загалом, програма арт-терапії ефективна для соціальної реабілітації ветеранів, з статистично значущим покращенням усіх показників. Рекомендується подальше впровадження для підтримки довгострокової адаптації.

2. Результати повторної діагностики за опитувальником особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна

Таблиця 3.7

Показники інтерпретації результатів за опитувальником особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна

Показник	Середнє $\pm$ SD	Низький (n/%)	Середній (n/%)	Високий (n/%)
Ситуативна тривожність (State)	39.56 $\pm$ 10.46	9 (18%)	29 (58%)	12 (24%)
Особистісна тривожність (Trait)	44.52 $\pm$ 8.29	2 (4%)	28 (56%)	20 (40%)

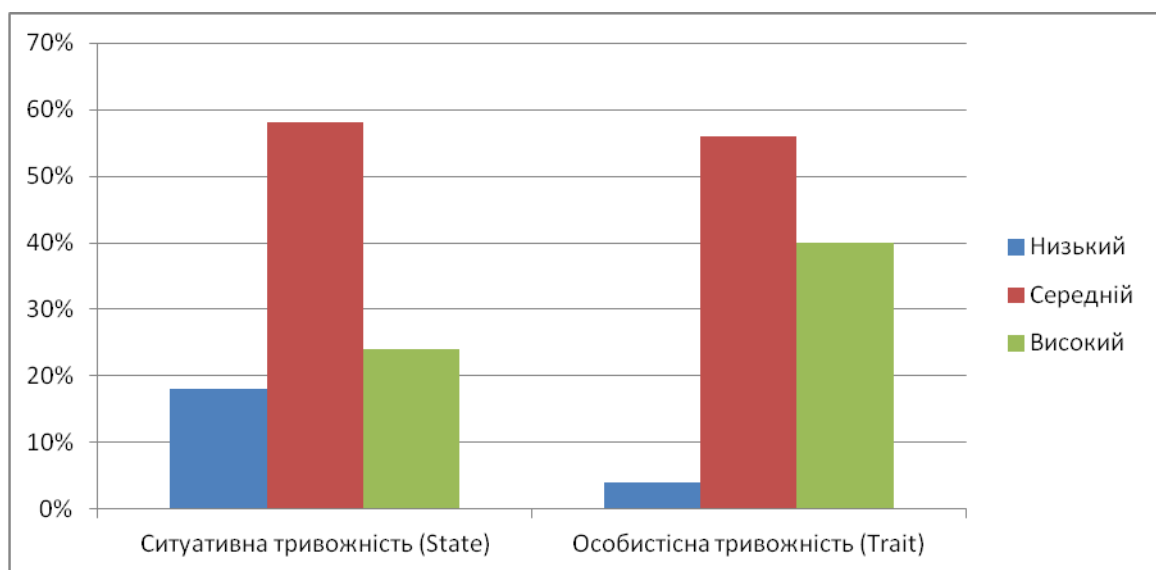


Рисунок 3.5 - Результати повторної діагностики за опитувальником особистісної та ситуативної тривожності Спілбергера-Ханіна

Інтерпретація результатів після впровадження:

Після програми спостерігається суттєве зниження рівня тривожності. Середнє значення ситуативної тривожності зменшилося майже на 13 балів, особистісної – на ~7,5 балів. Переважна більшість ветеранів перейшла до середнього рівня (58% ситуативна, 56% особистісна), з'явився відсоток з низьким рівнем. Високий рівень значно зменшився (з 76% $\rightarrow$ 24% для ситуативної; з 86% $\rightarrow$ 40% для особистісної).

Статистична значущість змін (парний t-критерій Стюдента)

Ситуативна тривожність: $t = 15.320$, $p < 0.001$ (значуще зниження)

Особистісна тривожність: $t = 12.121$, $p < 0.001$ (значуще зниження)

Загальна інтерпретація:

Психо-корекційна програма засобами арт-терапії призвела до статистично значущого ($p < 0.001$) зменшення як ситуативної, так і особистісної тривожності у вибірці з 50 ветеранів. Зниження ситуативної тривожності виражене сильніше, що свідчить про ефективність арт-терапії в роботі з актуальними емоційними реакціями та стресовим напруженням. Зменшення особистісної тривожності вказує на позитивний вплив на базовий тривожно-диспозиційний фон. Результати підтверджують ефективність арт-терапії як методу соціальної реабілітації ветеранів війни.

3. Після проведення повторної діагностики по методиці **Методика PCL-5**.

Під час повторного обстеження військовослужбовців за методикою PCL-5 були отримані такі результати (див. табл. 3.8):

Таблиця 3.8

Результати повторної діагностики опитуваних за методикою PCL-5 (критерії В–Е)

Критерії	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	К-сть респондентів	%	К-сть респондентів	%	К-сть респондентів	%
В, симптоми інтрузії	8	16%	23	46%	19	38%
С, симптоми уникнення	7	14%	22	44%	21	42%
Д, негативні думки та емоції	6	12%	27	54%	17	34%
Е, симптоми надмірної реактивності	6	12%	22	44%	22	44%

Критерій А залишився без змін у порівнянні з первинним опитуванням.

Критерій В відображає наявність симптомів інтрузії. Симптоми інтрузії виявлені у 19 респондентів (38%), що на 16% менше, ніж під час першого опитування (54%). Середній рівень інтрузії зафіксовано у 23 осіб (46%), що свідчить про те, що у військовослужбовців, які раніше мали високий рівень інтрузії, її прояви знизилися до помірного рівня. Низький рівень інтрузії

спостерігався у 8 осіб (16%), що практично не відрізняється від первинного показника (14%). Таким чином, критерій В демонструє тенденцію до зменшення рівня інтрузій з високого до середнього у більшості респондентів.

Критерій С оцінює симптоми уникання ситуацій, які нагадують про травматичний досвід. Високий рівень уникання характерний для 21 респондента (42%), тобто ці військовослужбовці максимально намагаються уникати тригерних ситуацій. Середній рівень уникання виявлено у 22 осіб (44%), що на 10% більше, ніж під час попереднього опитування (34%). Низький рівень уникання зафіксовано у 7 респондентів (14%).

Критерій D відповідає за негативні думки та емоції. Після проведення повторного обстеження високий рівень цього критерію спостерігався у 17 осіб (34%), що на 38% менше порівняно з результатами до психокорекційного комплексу. Середній рівень виявлено у 27 осіб (54%), низький – у 6 (12%). Це свідчить про суттєве зниження негативних емоцій та думок у досліджуваній групі.

Критерій E характеризує надмірну реактивність. Високий рівень цього показника зафіксовано у 22 осіб (44%), що на 28% менше, ніж до проведення психокорекції. Середній рівень спостерігався у 44% респондентів, а низький – у 6 осіб (12%). Це підтверджує загальну тенденцію зменшення проявів надмірної реактивності з високого до середнього рівня.

Після повторного скринінгу на ПТСР було зафіксовано такі результати: позитивний скринінг спостерігався у 22 осіб (44%), тоді як у 56% досліджуваних він відсутній (див. рис. 3.6). З аналізу змін результатів видно, що основна тенденція полягає у зниженні рівня проявів ПТСР із високих показників до середніх. Тобто, психокорекційна програма спрямована на пом'якшення негативних проявів, а не на повне їхнє усунення.



Рис. 3.6 Результати контрольного скринінгу на ПТСР за методикою PCL-

5

3.3. Рекомендації щодо оптимізації соціальної реабілітації ветеранів засобами арт-терапії

Соціальна реабілітація ветеранів є складним і багатовимірним процесом, що потребує цілісного підходу, чутливого до індивідуального досвіду, психоемоційного стану та соціального контексту життя людини після повернення з війни. Бойовий досвід, незалежно від його тривалості та інтенсивності, часто супроводжується глибокими внутрішніми змінами, які проявляються у труднощах соціальної адаптації, порушенні комунікації, втраті відчуття безпеки, довіри до світу й власного майбутнього. У цьому контексті арт-терапія виступає ефективним і водночас делікатним засобом оптимізації соціальної реабілітації ветеранів, оскільки дозволяє працювати з травматичним досвідом опосередковано, через творчість, символи та образи, знижуючи ризик повторної травматизації та сприяючи відновленню внутрішніх ресурсів.

Рекомендації щодо оптимізації соціальної реабілітації ветеранів засобами арт-терапії становлять собою комплексний підхід, який поєднує психологічну, емоційну та соціальну підтримку через творче самовираження. Арт-терапія виявила високу ефективність у роботі з ветеранами, які повертаються з бойових дій, оскільки дозволяє опрацьовувати травматичний досвід непрямим шляхом — через образи, символи, кольори, форми, рухи та звук, минаючи вербальні

бар'єри, які часто виникають при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), депресії, тривожності, відчутті ізоляції та втрати сенсу життя. Основна мета такого підходу – не лише зменшення симптомів, а й відновлення соціальних зв'язків, повернення відчуття власної цінності, формування нової ідентичності та поступова інтеграція у цивільне середовище.

Для досягнення оптимальних результатів арт-терапію слід інтегрувати в багатокomпонентну систему реабілітації, де вона виступає не ізольованим методом, а частиною комплексу, що включає психотерапію (когнітивно-поведінкову, травмофокусовану), фізичну реабілітацію, сімейне консультування, професійну перепідготовку та соціальну підтримку. Найкращі результати спостерігаються при поєднанні індивідуальних і групових занять. Індивідуальна арт-терапія особливо ефективна на ранніх етапах, коли ветеран ще не готовий ділитися переживаннями у групі: тут можна використовувати спонтанне малювання, колажування, ліплення, роботу з мандалами чи метафоричними картами для безпечного вираження флешбеків, відчуття провини, сорому чи безпорадності. Групові заняття, навпаки, стають потужним інструментом саме для соціальної реабілітації – вони допомагають зменшувати відчуття ізоляції, відновлювати довіру до інших людей, вчитися слухати та бути почутим, формувати спільні наративи та спільно переживати катарсис.

Одним із ключових принципів оптимізації є створення безпечного, некритичного простору. Ведучий (арт-терапевт або спеціально підготовлений фасилітатор) повинен чітко пояснювати, що процес важливіший за естетичний результат, що не існує «правильних» чи «неправильних» робіт, що учасник має повне право не коментувати свою творчість, якщо не готовий. Рекомендується починати з нейтральних, низькотравматичних технік: малювання під музику, створення «карти ресурсів» (зображення того, що дає сили жити), робота з природними матеріалами (глина, пісок, каміння), спільне створення великого групового полотна. Поступово можна переходити до більш глибоких тем – «війна в моїх очах», «тепер і тоді», «лист собі з майбутнього», «місто, куди я повертаюся», «моя нова роль у світі». Дуже ефективно показала себе техніка

«контейнерування» травми – створення символічного «сховища» для болючих спогадів (коробка, скриня, замок), що дозволяє ветеранові відчувати контроль над спогадами.

Для посилення соціального компоненту рекомендується регулярно включати елемент взаємодії: парну роботу (створення спільного об'єкта), обмін роботами з коментарем «що я бачу в твоїй роботі», створення групової інсталяції чи виставки. Організація публічних виставок (навіть невеликих – у реабілітаційних центрах, бібліотеках, університетах) значно підвищує самооцінку та відчуття корисності. Багато ветеранів зазначають, що коли їхні роботи бачать інші люди і дають позитивний відгук, це допомагає переосмислити власний досвід як щось цінне, а не лише болісне.

Важливо враховувати специфіку української реальності: значна частина ветеранів має фізичні поранення, тому варто пропонувати адаптовані техніки – малювання пальцями, робота з великими форматами на підлозі, використання готових шаблонів для тих, у кого порушена дрібна моторика, цифрову арт-терапію (планшети, програми типу Procreate), музично-рухові заняття. Також доцільно поєднувати арт-терапію з елементами тілесно-орієнтованої терапії, дихальними практиками та релаксацією перед і після творчого процесу, щоб зменшити ризик ретравматизації.

Ще один напрям оптимізації – залучення сімей ветеранів. Сімейні арт-сесії (створення «дерева роду», спільного сімейного колажу «наше майбутнє», малювання портретів один одного) допомагають відновлювати комунікацію, зменшувати дистанцію, яку часто створює травма, та формувати спільне бачення життя після війни. Окремо варто проводити заняття для дітей ветеранів – це знижує ризик вторинної травматизації та покращує атмосферу в родині.

На рівні системи рекомендується: підготовка сертифікованих арт-терапевтів, які спеціалізуються саме на роботі з ветеранами (знання особливостей ПТСР, військової культури, ризиків суїцидальності); створення мобільних арт-студій у громадах та ветеранських просторах; інтеграція арт-терапії в програми ресоціалізації при центрах зайнятості та професійної

перепідготовки; регулярний моніторинг ефективності (опитувальники до/після, якісні інтерв'ю); фінансова підтримка таких програм з боку держави, міжнародних партнерів та благодійних фондів.

Арт-терапія не є панацеєю, але при системному, грамотному застосуванні вона стає одним із найпотужніших інструментів повернення ветерана до повноцінного соціального життя. Вона допомагає не просто «вижити» після війни, а знайти нові сенси, відновити зв'язок із собою та іншими, відчувати, що власний досвід може стати джерелом сили, творчості та підтримки для інших. Саме тому подальше розширення, удосконалення та інституціоналізація арт-терапевтичних програм у системі соціальної реабілітації ветеранів в Україні є стратегічно важливим завданням на найближчі роки.

Оптимізація соціальної реабілітації ветеранів також передбачає активне залучення їх до суспільно корисної творчої діяльності поза межами терапевтичного простору. Організація виставок, концертів, мистецьких майстерень або спільних проєктів з цивільними сприяє подоланню соціальної ізоляції, формуванню позитивної ідентичності та відчуттю значущості власного внеску у життя громади. Важливо, щоб такі ініціативи не мали експлуатативного характеру і не зводили ветеранів до ролі «носіїв травми», а підкреслювали їхню багатовимірність як особистостей, здатних до творчості, розвитку й взаємодії.

Окремої уваги заслуговує робота з родинами ветеранів у межах арт-терапевтичних програм. Спільна творчість може стати ефективним інструментом відновлення емоційного контакту, покращення взаєморозуміння та зниження напруги у сімейних стосунках. Через творчий процес члени родини отримують можливість безпечніше виражати власні почуття, пов'язані з війною та її наслідками, а також навчатися нових форм підтримки одне одного. Це, у свою чергу, позитивно впливає на загальний процес соціальної реабілітації ветерана, адже сім'я часто є ключовим ресурсом адаптації.

Таким чином, оптимізація соціальної реабілітації ветеранів засобами арт-терапії ґрунтується на поєднанні безпечного терапевтичного середовища,

професійної підготовки фахівців, різноманіття творчих методів та інтеграції реабілітаційних заходів у ширший соціальний контекст. Арт-терапія не лише допомагає зменшити психоемоційні наслідки бойового досвіду, а й сприяє відновленню суб'єктності, соціальних зв'язків і життєвих смислів ветеранів. За умови системного впровадження та належної підтримки з боку державних і громадських інституцій вона може стати потужним ресурсом повернення ветеранів до активного, повноцінного життя у суспільстві.

Висновки до розділу 3

За результатами емпіричного дослідження, проведеного серед 50 ветеранів війни із застосуванням методики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонд, методики визначення рівня тривожності Ч. Спілбергера та опитувальника PCL-5, було виявлено низку важливих закономірностей, що характеризують психоемоційний стан та рівень соціальної адаптації досліджуваних. Аналіз результатів методики К. Роджерса та Р. Даймонд засвідчив переважання середнього та зниженого рівнів соціально-психологічної адаптації у більшості респондентів. Значна частина ветеранів продемонструвала труднощі у прийнятті себе та інших, знижений рівень емоційного комфорту, схильність до внутрішньої напруги та відчуття соціальної ізоляції.

Результати дослідження за методикою тривожності Спілбергера показали, що у значній кількості ветеранів спостерігається підвищений рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності. Високі показники ситуативної тривожності свідчать про емоційну напруженість, пов'язану з актуальними життєвими обставинами та складністю адаптації до мирного життя. Підвищена особистісна тривожність вказує на стійку схильність до тривожних переживань, очікування небезпеки та внутрішню напруженість, що негативно впливає на соціальне функціонування та психологічне благополуччя ветеранів.

Аналіз результатів за методикою PCL-5 дозволив встановити наявність симптомів посттравматичного стресового розладу різного ступеня вираженості у більшості досліджуваних. Найбільш вираженими виявилися симптоми повторного переживання травматичних подій, уникання нагадувань про травму, негативні зміни у когнітивній та емоційній сферах, а також підвищений рівень психофізіологічного збудження.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтверджують наявність у ветеранів війни комплексу психологічних труднощів, зокрема підвищеної тривожності, ознак посттравматичного стресового розладу та зниженого рівня соціально-психологічної адаптації.

ВИСНОВКИ

Соціальна реабілітація ветеранів війни є комплексним, багатокомпонентним процесом, спрямованим на відновлення соціального функціонування, повернення до повноцінного життя в суспільстві, відновлення або формування нових соціальних ролей, зв'язків та навичок. Ветерани війни після участі в бойових діях стикаються з низкою серйозних психологічних (ПТСР, депресія, тривожні розлади, суїцидальні тенденції, емоційне вигорання) та соціальних проблем (втрата сенсу життя, труднощі з працевлаштуванням, сімейні конфлікти, соціальна ізоляція, стигматизація), що значно ускладнює їхню реінтеграцію.

Соціальний працівник відіграє ключову роль у процесі реабілітації, виступаючи посередником між ветераном, його родиною, державними та громадськими інституціями, а також фахівцями інших профілів (психологами, психіатрами, арт-терапевтами, лікарями). Він забезпечує координацію, супровід, доступ до ресурсів та створення підтримуючого середовища.

Арт-терапія є визнаним, науково обґрунтованим та ефективним засобом соціально-психологічної реабілітації ветеранів війни. Вона дозволяє в безпечному, непрямому форматі працювати з травматичним досвідом, виражати пригнічені емоції, знижувати рівень психоемоційної напруги, зменшувати симптоми ПТСР, депресії та агресії, відновлювати самооцінку, покращувати комунікативні навички та сприяти соціальній інтеграції.

Теоретичний аналіз та емпіричне дослідження підтвердили, що найбільш дієвими формами арт-терапії у роботі з ветеранами є ізотерапія (малюнок, живопис), фототерапія, музикотерапія, драматерапія, бібліотерапія, а також інтегративні підходи (наприклад, музейна арт-терапія, арт-терапія в природі). Особливу цінність мають групові заняття, які одночасно вирішують завдання соціалізації та взаємопідтримки.

Емпіричне впровадження арт-терапевтичних програм показало статистично значущі позитивні зміни в учасників: зниження рівня тривожності

та депресивних проявів, покращення емоційного стану, зростання впевненості у собі, розширення кола соціальних контактів, підвищення мотивації до активного життя та працевлаштування. Найкращі результати спостерігалися при поєднанні арт-терапії з іншими видами психосоціальної підтримки.

Виявлено низку особливостей та обмежень застосування арт-терапії з ветеранами: необхідність спеціальної підготовки фахівців, врахування військової специфіки травми, висока чутливість до тригерів, потреба в довготривалій роботі, важливість створення безпечного та довірчого середовища, а також поступове введення творчих завдань.

На основі отриманих результатів розроблено практичні рекомендації щодо оптимізації соціальної реабілітації ветеранів засобами арт-терапії, серед яких: впровадження арт-терапевтичних модулів у систему реабілітації ветеранів на рівні громад, госпіталів, центрів соціальних служб та ветеранських організацій; підготовка та підвищення кваліфікації соціальних працівників і арт-терапевтів у напрямку роботи з військовою травмою; розробка та апробація стандартизованих арт-терапевтичних програм, адаптованих до потреб ветеранів сучасної російсько-української війни; залучення родин ветеранів до арт-терапевтичного процесу; поєднання арт-терапії з іншими сучасними методами (VR-терапія, тілесно-орієнтовані практики, ресоціалізаційні проєкти).

Таким чином, арт-терапія є не лише ефективним, але й гуманним, творчим та ресурсоємним інструментом соціальної реабілітації ветеранів війни. Її системне та професійне застосування сприяє не тільки подоланню наслідків психотравми, але й відновленню особистісного потенціалу, поверненню до активного життя та повноцінної участі у житті суспільства. Подальший розвиток цього напрямку в Україні є перспективним та соціально значущим завданням.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янова Н. М. Застосування арт-терапії в сучасних умовах російсько-української війни. Комплексний підхід до модернізації науки: методи, моделі та мультидисциплінарність : матеріали II Міжнародної наукової конференції. Луцьк, 2023. С. 140–146. URL: <https://archive.mcnd.org.ua/index.php/conference-proceeding/article/download/456/465> (дата звернення: 02.02.2025).
2. Артеменко А., Батаєва К. Мілітарна ідентичність та соціальна адаптація ветеранів АТО/ООС : монографія. Харків : Вид-во ХГУ «НУА», 2022. 192 с. URL: <http://dspace.nua.kharkov.ua/jspui/handle/123456789/2255> (дата звернення: 02.02.2025).
3. Базарний С. В. Соціальна реабілітація військовослужбовців. URL: <http://www.sci-notes.mgu.od.ua/archive/v32/38.pdf> (дата звернення: 16.12.2025).
4. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи. Хмельницький : Поліграфіст, 2018. 372 с. URL: <https://elar.khmnpu.edu.ua/handle/123456789/13392> (дата звернення: 16.12.2025).
5. Вдовіченко О., Соколова І., Педченко О., Степанова С., Фролова О. Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: досвід Ізраїлю. Zeszyty naukowe wyższej szkoły technicznej w katowicach. 2023. № 16. С. 107–118. URL: <http://www.wydawnictwo.wst.pl/uploads/files/cd40dcf38a61b9c3b03736fc710520c0.pdf> (дата звернення: 16.12.2025).
6. Вознесенська О. Л. Арт-терапія в часи війни: можливості опанування наслідків психотравм збірник тез доповідей Міжнародної науково-практичної конференції (м. Запоріжжя, 26-27 жовтня 2023 р.) . Вид-во Хортицької національної академії, м. Запоріжжя, Україна, стор. 379-381. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/741392/> (дата звернення: 16.12.2025).
7. Вознесенська О. Л. Медіа-арт-терапія як засіб подолання наслідків і профілактики психотравми : практичний посібник. Київ : ФОП Назаренко Т. В.,

2020. 124 с. URL: <http://mediaosvita.org.ua/wp-content/uploads/2020/07/Maket-2020-media-artterapiya-anotatsiya-ta-zmist.pdf> (дата звернення: 16.12.2025).

8. Волошина В. В. Сутність поняття психологічної реабілітації військовослужбовців. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. 2024. № 2. С. 7–11. DOI: 10.32782/psy-visnyk/2024.2.1. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2024.2.1> (дата звернення: 01.02.2026).

9. Горенко М.В. Психологічне благополуччя ветеранів війни: діагностика та стратегії відновлення/МВ Горенко//Перспективи та інновації науки (Серія" Педагогіка", Серія" Психологія", Серія" Медицина").-2023.-№16.- С. 430-439.- URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/prainnsc_2023_16_40 (дата звернення: 01.02.2026).

10. Дорофей С. В. Арттерапія : навч. посіб. для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за освітньо-професійною програмою Практична психологія спеціальності 053 Психологія [Електронний ресурс]. Кам'янець-Подільський : Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2025. 194 с. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/9291> (дата звернення: 01.02.2026).

11. Єжова Т. Є. Зміст і завдання соціальної реабілітації. *Соціальна педагогіка* : навч. посіб. / за ред. О. В. Безпалько. Київ : Академвидав, 2013. С.101–110. URL: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=uk&user=O39rIisAAAAJ&citation_for_view=O39rIisAAAAJ:35N4QoGY0k4C (дата звернення: 01.02.2026).

12. Короход Я. Арт-терапія : навч.-метод. рекомендації для здобувачів початкового рівня (короткого циклу) вищої освіти ступеня молодшого бакалавра факультету психології, політології та соціології НУ «ОЮА» [Електронне видання] / Я. Короход, Л. Корнута ; Нац. ун-т «Одес. юрид. академія». Одеса : Фенікс, 2023. 40 с. URL: <https://hdl.handle.net/11300/26292>; DOI: 10.32837/11300.26292 (дата звернення: 01.02.2026).

13. Костишин Е. Деякі аспекти впровадження зарубіжного досвіду соціально-психологічної адаптації ветеранів та учасників бойових дій в Україні / Е. Костишин, І. Кіндій. *Соціальна робота: становлення, перспективи, розвиток*. Львів : ЛДУ БЖД, 2022. С. 37–43. URL: <https://sci.ldubgd.edu.ua/jspui/handle/123456789/11327> (дата звернення: 01.02.2026).

14. Клос Л. Супровід реабілітації ветеранів війни та членів їх родин : навч. посіб. Львів : Видавець Марченко Т. В., 2024. 164 с. URL: https://magnolia.lviv.ua/wp-content/uploads/2024/12/Suprovid-reabilitatsii-veteraniv-16.12.2024-_Zmist.pdf (дата звернення: 01.02.2026).

15. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 158 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/733173/1/Klymchuk%20V.O.%20Psychology%20of%20post-traumatic%20growth-monograph-2021.pdf> (дата звернення: 01.02.2026).

16. Лазорко О. В. Арт-терапія : методичні рекомендації до виконання практичних та лабораторних робіт для студентів спеціальності «Психологія» денної форми навчання. Луцьк, 2018. 43 с. URL: <http://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/14858> (дата звернення: 01.02.2026).

17. Логвінова О. Г. Соціальна робота з військовослужбовцями та їхніми сім'ями в умовах тривалого конфлікту на Сході України / О. Г. Логвінова, О. І. Рассказова. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2021. Вип. 2(7). С. 61–71. URL: https://library.udpu.edu.ua/library_files/soc_robota_soc_osvita/2021_2/9.pdf (дата звернення: 01.02.2026).

18. Литвин Н. А. Нормативно-правове регулювання медичної та психологічної реабілітації військовослужбовців внаслідок воєнних конфліктів / Н. А. Литвин, І. В. Кочугур. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2023. № 9. С. 237–240. URL: http://lsej.org.ua/9_2023/57.pdf (дата звернення: 01.02.2026).

19. Лукашевич М. П. Соціологія соціальної роботи / М. П. Лукашевич, Т. В. Семигіна. *Психологія і суспільство*. 2014. № 1. С. 107–149. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Psis_2014_1_14. (дата звернення: 01.02.2026).
20. Медична та соціальна реабілітація : навч. посіб. / за заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. Тернопіль : ТДМУ, 2005. 402 с. URL: <https://vmi.volyn.ua/data/media/files/9/6/96-medychna-ta-socialna-reabilitaciya-mysula-i.pdf> (дата звернення: 01.02.2026).
21. Пасько К. Психологічні особливості роботи з травмою у методі арт-терапії. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*. 2025. Вип. 1. С. 96–99. URL: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2025.1.17> (дата звернення: 01.02.2026).
22. Попович А. М. Соціальні бар'єри та соціальна реабілітація. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота*. 2017. Вип. 1(40). С. 227–229. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuupred_2017_1_61 (дата звернення: 01.02.2026).
23. Пономаренко Т. В., Денисенко М. В. Напрямок реалізації соціальної адаптації демобілізованих учасників бойових дій з розладами психіки та поведінки. *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 4(22). С. 73–79. URL: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.4\(22\).2022.11](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(22).2022.11)
24. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я : Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 01.02.2026).
25. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту : Закон України від 22 жовтня 1993 року № 3551-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3551-12#Text> (дата звернення: 01.02.2026).
26. Простір арттерапії: мистецтво відновлення психічного здоров'я в часи війни : матеріали XX Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції (31 березня – 2 квітня 2023 р.) / за наук. ред. О. Л. Вознесенської, Л. О. Подкоритової. Київ, 2023. 163 с. URL: <https://ispp.org.ua/wp-content/uploads/2023/03/arttherapy-zbrn-23.pdf> (дата звернення: 01.02.2026).

27. Притула О. А. Подолання стресу: метод арт-терапії. *Перспективи і інновації науки*. 2023. № 12 (30). С. 714–722. URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-12\(30\)-714-722](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2023-12(30)-714-722) (дата звернення: 01.02.2026).
28. Притула О. А. Інтеграція арт-терапії при лікуванні посттравматичного стресового розладу. *Наукові перспективи*. 2023. Вип. 7 (37). С. 683–693. URL: [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-7\(37\)-683-693](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-7(37)-683-693) (дата звернення: 01.02.2026).
29. Психологічна реабілітація військових та їхніх близьких. Київ : Видавництво психологічної літератури «Психобук» (Psychobook), 2023. 176 с. URL: <https://vrb-books.com.ua/ua/p1877864002-psiologichna-reabilitatsiya-vijskovih.html> (дата звернення: 01.02.2026).
30. Пилипчук Я. В., Пономаренко Л. О. Проблема реабілітації від психологічних травм крізь призму праць українських педагогів та психологів. *Науково-педагогічні студії*. 2024. Вип. 8. С. 99–124. URL: <https://doi.org/10.32405/2663-5739-2028-8-99-124> (дата звернення: 01.02.2026).
31. Реабілітація військовослужбовців в Україні. Загальні проблеми та особливості організації під час воєнного стану. Київ : ВД «Професіонал», 2022. 406 с. URL: <https://jurkniga.ua/contents/reabilitatsiya-viyskovosluzhbovtiv-v-ukraini-zagalni-problemi-ta-osoblivosti-organizatsii-pid-chas-voennogo-stanu.pdf> (дата звернення: 01.02.2026).
32. Розумовська Т. Арт-терапія як ефективний засіб корекції негативних наслідків ПТСР. *Психологічний часопис*. 2023. № 2. С. 49–55. URL: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2023-1-8> (дата звернення: 01.02.2026).
33. Соціальна адаптація ветеранів війни та членів їхніх сімей : офіційний сайт Національної соціальної сервісної служби України. URL: <https://nssu.gov.ua/news/sotsialna-adaptatsiia-veteraniv-viiny-ta-chleniv-ikhnikhsimei> (дата звернення: 10.12.2025).
34. Столярик О., Семигіна Т. Повернутися з війни: психосоціальна підтримка ветеранів/-нок та членів їхніх сімей. *Social Work and Education*. 2023. Vol. 10, No. 1. С. 63–77. DOI: 10.25128/2520-6230.23.1.6.

35. Столярчук Н. Становлення та розвиток арт-терапії в історико-культурному контексті. *Fine Art and Culture Studies*. 2023. № 3. С. 204–212. DOI: <https://doi.org/10.32782/facs-2023-3-27>.

36. Супровід реабілітації ветеранів війни та членів їх родин: навчальний посібник / Л. Клос ; за ред. Л. Є. Клос. Львів : Видавець Марченко Т. В., 2024. 156 с. URL: https://magnolia.lviv.ua/wp-content/uploads/2024/12/Suprovid-reabilitatsii-veteraniv-16.12.2024-_Zmist.pdf (дата звернення: 10.12.2025).

37. Сучасні підходи до реабілітації та реадaptaції військовослужбовців, ветеранів та членів їх сімей: збірник матеріалів Першої Міжнародної науково-практичної конференції (5 грудня 2024 р., м. Харків, Україна) [Електронний ресурс] – Систем. вимоги: Процесор Pentium-класу; ОС Windows 7/10 ; дисковод CD-ROM ; Acrobat Reader 10. – 294 с. URL: http://reposit.sc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/24627/1/%D0%A0%D0%95%D0%90%D0%91%D0%86%D0%9B%D0%86%D0%A2%D0%90%D0%A6%D0%86%D0%AF_2024.pdf (дата звернення: 10.12.2025).

39. Ткачишина О. Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в умовах кризових ситуацій. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія*. 2021. Т. 32(71), № 3. С. 93–98. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/sntnvusp_2021_32\(71\)_3_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/sntnvusp_2021_32(71)_3_17) (дата звернення: 10.12.2025).

40. Царенко Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/a/c/430829.pdf> (дата звернення: 01.02.2026).

41. Цикунова А. Арт-терапевтичні техніки і практики в роботі з кризовими клієнтами : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 053 «Психологія». Львівський державний

університет внутрішніх справ МВС України. Львів, 2022. 98 с. URL: <http://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/4539> (дата звернення: 01.02.2026).

42. Якимець М. В., Печиборщ В. П., Вороненко В. В. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. 2022. № 3 (39). С. 41–50. DOI: <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2022.3.13435>.

43. Browne T. Social work roles and healthcare settings // *Handbook of Health Social Work*. 2019. P. 21–23. DOI: 10.1002/9781119420743.ch2.

44. Chernetska Ya., Gorelov I. Reabilitatsiia viiskovosluzhbovtiv, skhylnykh do adyktivnoi povedinky // *Sotsialna pedahohika: teoriia ta praktyka*. 2023. № 2. DOI: 10.12958/1817-3764-2023-2-58-65. (дата звернення: 01.02.2026).

45. Cherevatskyi D. Yu. Rezylientnist ekonomiky ta ekonomika rezylientnosti // *Ekonomika promyslovosti*. 2023. № 1 (101). P. 31–39. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/handle/123456789/191390> . (дата звернення: 01.02.2026).

46. Diachenko I., Brodska L., Serebryakov O., Samborska N., Kharytonova N. The influence of social and individual determinants on the Ukrainian military during wartime // *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*. 2024. Accepted manuscript. DOI: 10.23668/psycharchives.14201. (дата звернення: 01.02.2026).

47. Pesotska Yu. Sotsialna reabilitatsiia ta sotsialna adaptatsiia vnutrishno peremishchenykh osib // *Social Work and Education*. 2022. Vol. 9, № 1. P. 89–99. DOI: 10.25128/2520-6230.22.1.7. (дата звернення: 01.02.2026).

48. Popovych A. M. Sotsialni bariery ta sotsialna reabilitatsiia // *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu. Seriia: Pedahohika. Sotsialna robota*. 2017. Vol. 1 (40). P. 227–229.

49. Kravtsov S. O. Teoretychne bachennia sotsialnoi adaptatsii: stan, pohliady, pidkhody // *Sotsialna polityka*. 2008. № 3 (26). P. 83–96. URL: https://ukr-socium.org.ua/wp-content/uploads/2008/07/83-96__no-3__vol-26__2008__UKR.pdf.

50. Kambur A. Sotsialna adaptatsiia osobystosti. Chernivtsi : Zoloti lytavry, 2012. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/3088/> .

51. Lazos H. P. Rezilientnist: kontseptualizatsiia poniat, ohliad suchasnykh doslidzhen // *Aktualni problemy psykholohii*. 2018. T. 3 : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia. P. 26–64. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/716873/1/Lazos_APP_V3N14_2018.pdf

52. Serhieieva Ya. S. Aspects of the evolution of the concepts of providing social services to the population // *Modern strategies of sustainable development of the state and society in the context of global challenges* : Proceedings of the International Scientific Conference (Wloclawek, Republic of Poland, August 2–3, 2023). 2023. DOI: 10.30525/978-9934-26-333-0-9.

53. Thoradeniya K. War-affected children and psycho-social rehabilitation // *Sri Lanka Journal of Social Sciences*. 2017. Vol. 40, № 1. P. 17–30. DOI: 10.4038/sljss.v40i1.7498.

54. Onishchenko N., Perelygina L., Nazarov O., Karikov S., Riabinina O., Gontarenko L. Psychosocial support in the process of social rehabilitation: prospects for recovery and reintegration // *Revista de Gestão e Secretariado*. 2023. DOI: 10.7769/gesec.v14i10.2879.

55. Aktualni problemy psykholohii. T. 3 : Konsultatyvna psykholohiia i psykhoterapiia. Vinnytsia : Instytut psykholohii im. H. S. Kostiuka NAPN Ukrainy ; FOP Rohalska I. O., 2018. P. 26–64.

56. Ukrainu za 25 dniv viiny zalyshylo maizhe 3,5 miliony liudei – OON // *Interfax-Ukraina*. 2022. URL: <https://interfax.com.ua/news/general/816385.html> (дата звернення: 01.02.2026). .

57. Suchasni vydy reabilitatsii dlia postrazhdalikh vid viiny ta veteraniv ZSU. URL: <https://www.enableme.com.ua/ua/article/sucasni-vidi-reabilitacii-dla-postrazdalih-vid-vijni-ta-veteraniv-zsu-8895> (дата звернення: 01.02.2026).

58. Sysoienko I. Mizhnarodnyi dosvid reabilitatsii viiskovosluzhbovtiv. 26.02.2015. URL: https://lb.ua/blog/iryna_sysoienko/296841_mizhnarodniy_dosvid_reabilitatsii.html . (дата звернення: 01.02.2026).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А. Методика дослідження соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс, Р. Даймонд)

Текст методики

1. Відчуває дискомфорт і скутість під час початку розмови з іншими людьми.
2. Уникає відкриватися та ділитися особистими переживаннями з оточенням.
3. Його приваблюють ситуації, пов'язані з конкуренцією, ризиком і суперництвом.
4. Встановлює до себе досить жорсткі та високі стандарти.
5. Нерідко дорікає собі за скоєні вчинки чи помилки.
6. Часто відчуває себе пригніченим і пригнобленим.
7. Сумнівається у своїй привабливості для осіб протилежної статі.
8. Завжди дотримується даних обіцянок і слова.
9. Підтримує теплі, щирі та доброзичливі відносини з людьми навколо.
10. Характерна стриманість, замкнутість, прагнення триматися осторонь від інших.
11. У разі невдач схильний звинувачувати передусім себе.
12. Відрізняється високою відповідальністю, на таку людину можна покластися.
13. Має відчуття безсилля: вважає, що жодні зусилля не здатні щось змінити.
14. Багато своїх суджень та поглядів формує, орієнтуючись на думку однолітків.
15. Загалом приймає та дотримується тих норм і правил, які вважає правильними.
16. Власної чіткої системи переконань і принципів бракує.

17. Любить занурюватися у мрії, інколи надто захоплюється ними, важко повертається до реальності.

18. Постійно готовий захищатися, а іноді й нападати; образи переживає дуже болісно, обдумує варіанти відплати.

19. Добре володіє самоконтролем, вміє керувати власною поведінкою, примушувати чи дозволяти собі щось без особливих труднощів.

20. Настрій нестабільний, часто з'являється нудьга та апатія.

21. Те, що відбувається з іншими людьми, його мало цікавить – основна увага зосереджена на собі та власних переживаннях.

22. Зазвичай люди викликають у нього симпатію.

23. Не приховує своїх емоцій, сміливо їх проявляє.

24. Навіть у великій компанії іноді відчуває себе досить самотнім.

25. Зараз хоче все кинути й сховатися десь далеко від усіх.

26. З оточуючими, як правило, спілкується легко й невимушено.

27. Йому важко справлятися з внутрішніми конфліктами.

28. Якщо вважає, що не заслуговує на добре ставлення, то сприймає його з великою напругою.

29. У глибині душі – оптиміст, вірить у світле майбутнє.

30. Дуже вперта людина, з тих, кого часто називають «складними».

31. Ставиться до людей критично й може засуджувати їх, якщо, на його думку, вони цього варті.

32. Нерідко відчуває себе не лідером, а тим, кого хтось веде; самостійно думати й діяти вдається не завжди.

33. Більшість знайомих ставляться до нього тепло, щиро люблять.

34. Інколи з'являються думки, якими зовсім не хочеться ні з ким ділитися.

35. Має приємну, привабливу зовнішність.

36. Часто почувається безпорадним і потребує чийсь підтримки поруч.

37. Якщо вже щось вирішив – доводить справу до кінця.

38. Навіть приймаючи власне рішення, важко повністю позбутися чужого впливу.

39. Почуття провини виникає навіть тоді, коли підстав для самозвинувачення об'єктивно немає.

40. Те, що його оточує, часто викликає роздратування або неприязнь.

41. Загалом усім задоволений і не має особливих претензій.

42. Почувається погано, бо не може нормально себе організувати.

43. Відчуває апатію й млявість; те, що колись хвилювало, тепер байдуже.

44. Зазвичай спокійний і врівноважений.

45. Легко дратується, буває важко стримати емоції.

46. Нерідко відчуває себе ображеним.

47. Імпульсивний, нетерплячий, запальний – явно бракує стриманості.

48. Іноді дозволяє собі переказувати плітки.

49. Не завжди довіряє власним емоціям, бо вони інколи його підводять.

50. Бути собою по-справжньому – досить непросто.

51. Передусім цінує роздуми, а не емоції: перед будь-якою дією спочатку добре все обмірковує.

52. Ситуації інтерпретує по-своєму, схильний до надмірної уяви та домислів.

53. Проявляє терпіння до оточуючих і сприймає кожного таким, який він є насправді.

54. Старається уникати роздумів про власні труднощі та неприємності.

55. Вважає себе цікавою, привабливою особистістю, якою помітно вирізняється серед інших.

56. Характерна виражена сором'язливість.

57. Потребує постійних нагадувань і стимулювання, щоб довести розпочате до завершення.

58. У глибині душі відчуває свою перевагу над іншими людьми.

59. Не має жодної сфери, де б яскраво проявилася його індивідуальність чи унікальне «Я».

60. Дуже боїться того, що про нього подумують інші.

61. Честолюбний, прагне визнання та успіху: у важливих для себе речах намагається бути найкращим.

62. Наразі в житті багато речей і людей викликають у нього зневагу.
63. Активна, енергійна особистість, що виявляє ініціативу.
64. Відступає та пасує перед складними ситуаціями й можливими проблемами.
65. Схильний суттєво недооцінювати себе.
66. Природжений лідер, здатен впливати на інших і вести за собою.
67. Загалом ставиться до себе позитивно й доброзичливо.
68. Наполегливий, завжди прагне робити все по-своєму й не відступає.
69. Важко переживає розриви стосунків з людьми, особливо коли починаються конфлікти.
70. Довго вагається перед прийняттям рішення, а потім ще й сумнівається в його правильності.
71. Часто відчуває розгубленість і невпевненість у власних силах.
72. Загалом задоволений собою та своїм життям.
73. Йому нерідко не щастить у різних справах.
74. Приємна в спілкуванні людина, яка легко викликає симпатію в інших.
75. Можливо, не вирізняється яскравою зовнішністю, але приваблює як особистість і характер.
76. Ставиться з презирством до осіб протилежної статі та уникає будь-яких контактів із ними.
77. Перед необхідністю щось зробити його охоплюють тривога, страхи та сумніви.
78. У душі спокійно й легко, немає сильних хвилювань чи тривожних думок.
79. Здатен працювати наполегливо й цілеспрямовано.
80. Відчуває, що особистісно росте й дорослішає: змінюється сам і переглядає своє ставлення до світу.
81. Буває, що говорить про речі, в яких насправді погано розбирається.
82. Завжди намагається бути максимально чесним і говорити лише правду.
83. Часто відчуває сильне хвилювання та напругу.
84. Щоб спонукати його до дії, доводиться постійно й наполегливо тиснути.

85. Має виражену невпевненість у власних можливостях.
86. Життєві ситуації нерідко змушують його виправдовуватися, пояснювати свої вчинки та захищати власну позицію.
87. Характер м'який, поступливий, легко йде на поступки іншим.
88. Любить розмірковувати, аналізувати, вести внутрішні роздуми.
89. Інколи не проти похвалитися чи показати себе з вигідного боку.
90. Приймає рішення, але дуже швидко їх змінює; дорікає собі за слабкодухість, проте нічого з цим не може вдіяти.
91. Звик розраховувати переважно на власні сили, не чекає підтримки ззовні.
92. Завжди приходять вчасно, ніколи не запізнюється.
93. Відчуває внутрішнє відчуття скутості та обмеженості.
94. Помітно вирізняється з-поміж інших людей.
95. Не є особливо надійною людиною, на нього важко сподіватися в серйозних справах.
96. Добре розуміє себе, приймає себе таким, яким є.
97. Відкрита, товариська особистість; легко знаходить спільну мову з людьми.
98. Його здібності та сили відповідають поставленим завданням – здатен успішно їх виконувати.
99. Не цінує себе; вважає, що оточуючі його не сприймають серйозно, ставляться поблажливо або просто терплять.
100. Переживає через те, що надто сильно думає про осіб протилежної статі.
101. Усі свої звички оцінює виключно позитивно.

Ключ до методики та нормативні показники

№ з/п		Показники	Номер висловлювань	Норма
1	а	Адаптивність	4, 5, 9, 11, 12, 15, 19, 22, 23, 26, 27, 29, 33, 35, 37, 41, 44, 47, 51, 53, 55, 61, 63, 67, 68, 72, 74, 75, 78, 79, 80, 88, 91, 94, 96, 97, 98	68-136
	б	Деадаптивність	2, 6, 7, 13, 16, 18, 25, 28, 32, 38, 40, 42, 43, 49, 50, 52, 54, 56, 59, 60, 62, 64, 65, 70, 71, 73, 76, 77, 83, 84, 86, 90, 95, 99, 100	68-136
2		Неправда -	34,45, 48,81,89	18 - 36
		Неправда +	8, 82, 92, 101	
3	а	Прийняття себе	33, 35, 55, 67, 72, 74, 75, 80, 88, 94, 96	22-42
	б	Неприйняття себе	7, 59, 62, 65, 90, 95, 99	14 - 28
4	а	Прийняття інших	9, 14, 22, 26, 53, 97	12 - 24
	б	Неприйняття інших	2, 10,21,28, 40, 60, 76	14 - 28
5	а	Емоційний комфорт	23,29,30,41,44,47, 78	14 - 28
	б	Емоційний дискомфорт	6, 42, 43, 49, 50, 83, 85	14 - 28
6	а	Внутрішній контроль	4, 5, 11, 12, 19, 27, 37, 51, 63, 68, 79,91,98	26 - 52
	б	Зовнішній контроль	13, 25, 36, 52, 57, 70,71,73, 77	18 - 36
7	а	Домінування	58,61,66	6 - 12
	б	Підлеглість	16, 32, 38, 69, 84, 87	12 - 24
8		Ескапізм (уникнення проблем)	17, 18, 54, 64, 86	10 - 20

ДОДАТОК Б. Тест Спілберга-Ханіна

Опитувальник Ч. Спілбергера містить 40 тверджень, спрямованих на діагностику тривожності. Питання з 1 по 20 використовуються для визначення рівня реактивної (ситуативної) тривожності та відповідають шкалі «Як ви почуваетесь в даний момент?». Питання з 21 по 40 призначені для оцінки особистісної тривожності й відносяться до шкали «Як ви зазвичай себе почуваете?».

Кожне твердження передбачає чотири варіанти відповіді. Для шкали реактивної тривожності вони відображають інтенсивність переживань («зовсім ні», «мабуть так», «вірно», «цілком вірно»), тоді як для шкали особистісної тривожності – частоту проявів («майже ніколи», «іноді», «часто», «майже завжди»).

У структурі опитувальника частина тверджень сформульована таким чином, що вибір відповіді з мінімальним балом (1) свідчить про низький або відсутній рівень тривожності. До так званих прямих запитань у шкалі реактивної тривожності належать № 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 19, а в шкалі особистісної тривожності – № 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40.

Інші твердження є зворотними, оскільки відповідь з балом (1) у них відображає високий рівень тривожності, тоді як відповідь (4) – низький. До цієї групи у шкалі реактивної тривожності належать запитання № 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 18, 20, а у шкалі особистісної тривожності – № 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Обробка результатів здійснюється шляхом окремого підрахунку сум балів за прямими та зворотними твердженнями. Із суми балів за прямими запитаннями віднімається сума балів за зворотними, після чого до отриманого результату додається фіксоване значення: 50 – для шкали реактивної тривожності та 35 – для шкали особистісної тривожності.

Підсумкові показники за кожною шкалою можуть варіюватися в межах від 20 до 80 балів. Чим вищим є отриманий результат, тим більш вираженим вважається рівень тривожності. Інтерпретація результатів здійснюється за

такими критеріями: до 30 балів – низький рівень тривожності, 31–45 балів – середній, понад 45 балів – високий рівень тривожності.

Шкала самооцінки ситуативної тривожності (Спілбергера–Ханіна)

Інструкція. Уважно ознайомтеся з кожним твердженням та оберіть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви почуваетесь саме зараз. Не витрачайте багато часу на роздуми, оскільки правильних чи неправильних відповідей у цьому опитувальнику не існує.

1. ☐ Я відчуваю спокій.
2. ☐ Ніякої небезпеки для мене немає.
3. ☐ Я перебуваю в стані напруження.
4. ☐ Мені притаманне почуття жалю / співчуття.
5. ☐ Я відчуваю розкуто і вільно.
6. ☐ Мене охопило прикре відчуття.
7. ☐ Можливі невдачі викликають у мене тривогу.
8. ☐ Я відчуваю себе відпочившим і розслабленим.
9. ☐ Я перебуваю в стані настороженості.
10. ☐ Всередині я відчуваю приємне задоволення.
11. ☐ Я маю впевненість у власних силах.
12. ☐ Мене охопила нервозність.
13. ☐ Я не можу знайти собі місця від хвилювання.
14. ☐ Я відчуваю сильне внутрішнє напруження.
15. ☐ Напруга і скутість мені не притаманні.
16. ☐ Я відчуваю задоволення від ситуації.
17. ☐ Я дуже заклопотаний і стривожений.
18. ☐ Я надмірно збуджений і відчуваю дискомфорт.
19. ☐ Мені радісно і приємно на душі.
20. ☐ Я переживаю приємні емоції.

Інструкція.

Уважно ознайомтеся з кожним наведеним твердженням і виберіть відповідну цифру праворуч, яка найбільше відповідає тому, як ви зазвичай себе почуваете.

Не варто довго розмірковувати над відповідями, адже в цьому опитувальнику не існує правильних чи неправильних варіантів.

21. Я часто відчуваю внутрішнє задоволення.
22. Я досить швидко відчуваю втому.
23. Мене легко зворушити до сліз.
24. Мені хотілося б бути настільки ж щасливим, як і оточуючі.
25. Іноді я зазнаю невдач через повільне ухвалення рішень.
26. Зазвичай я почуваюся енергійним і сповненим сил.
27. Я зберігаю спокій, витримку та самоконтроль.
28. Майбутні труднощі часто викликають у мене тривогу.
29. Я надмірно хвилююся через незначні речі.
30. У моєму житті трапляються моменти повного щастя.
31. Я схильний занадто близько сприймати події емоційно.
32. Мені часто бракує віри у власні сили.
33. Я відчуваю себе захищеним.
34. Я намагаюся уникати складних або напружених ситуацій.
35. Час від часу мене охоплює пригнічений настрій.
36. Я загалом задоволений своїм життям.
37. Навіть дрібні подразники можуть мене відволікати й турбувати.
38. Я настільки гостро переживаю невдачі, що довго не можу їх забути.
39. Я вважаю себе врівноваженою людиною.
40. Коли думаю про свої справи та проблеми, мене охоплює сильне хвилювання.

ДОДАТОК В. Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР): методика PCL-5

Опитувальник ПТСР (PCL-5) – це самозвітний інструмент для оцінки посттравматичного стресового розладу, створений на основі діагностичних критеріїв DSM-5.

Він складається з 20 пунктів і дозволяє самостійно визначати наявність та ступінь тяжкості симптомів ПТСР. Питання PCL-5 безпосередньо пов'язані з критеріями DSM-5. Цей опитувальник використовується для різних клінічних завдань:

кількісна оцінка симптомів та відстеження їх змін з часом;

скринінг осіб на наявність ПТСР;

попередня допомога у встановленні діагнозу ПТСР.

PCL-5 заповнюється приблизно за 5–10 хвилин і був розроблений Національним центром ПТСР у США (National Center for PTSD). Важливо зазначити, що цей інструмент не призначений для самостійної постановки діагнозу. Для остаточного визначення ПТСР рекомендується використовувати клінічне інтерв'ю та структуровані методики, наприклад, Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5).

Інтерпретація	результатів	PCL-5
---------------	-------------	-------

Опитувальник містить 20 пунктів, оцінюваних за шкалою від 0 до 4 балів залежно від виразності симптомів. Він широко застосовується для скринінгу ПТСР. Питання розподілені відповідно до кластерів симптомів за DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події;

Критерій В (симптоми інтрузії) – питання 1–5;

Критерій С (симптоми уникнення) – питання 6–7;

Критерій D (негативні думки та емоції) – питання 8–14;

Критерій Е (симптоми надмірної реактивності) – питання 15–20.

Сумарний бал коливається від 0 до 80. Для підтвердження ПТСР обов'язковою умовою є контакт з травматичною подією. За результатами PCL-

5: зміна на 5 балів вважається мінімальною для визначення відповіді на лікування, а приріст у 10 балів свідчить про клінічно значуще покращення.

1. Оцінка за групами симптомів (кластерами). Пацієнт набирає 2 або більше балів за хоча б одним із питань критеріїв В і С, а також за два питання з критеріїв D та E.

2. Оцінка за сумарною кількістю балів. Якщо сума балів складає 33 або більше, результати вважаються позитивними.

Скринінг на ПТСР оцінюється як позитивний у разі, коли загальна кількість балів перевищує 33.

Протягом останніх 30 днів, будь ласка, оцініть, як часто у вас виникали такі переживання:

Нав'язливі або тривожні спогади про травматичну подію.

Часті та тривожні сни, пов'язані зі стресовим досвідом.

Відчуття, що подія відбувається знову, неначе вона повторюється.

Роздратованість або засмучення, коли щось нагадує про травму.

Фізичні реакції на нагадування про стрес (прискорене серцебиття, утруднене дихання, пітливість тощо).

Намагання уникати думок, спогадів або емоцій, пов'язаних із травмою.

Намагання уникати людей, предметів або місць, які асоціюються зі стресом.

Труднощі з пригадуванням важливих деталей події.

Сильні негативні переконання щодо себе, інших або світу загалом («я поганий», «світ небезпечний», «нікому не можна довіряти»).

Почуття провини або звинувачення себе чи інших у зв'язку з травмою або її наслідками.

Інтенсивні негативні емоції (страх, жах, гнів, сором, вина).

Втрата інтересу до раніше приємних справ.

Відчуття емоційної відстороненості або ізоляції від інших.

Неможливість відчувати позитивні емоції, радість або любов до близьких.

Легке роздратування, спалахи гніву або агресивні прояви.

Ризикована поведінка, що може завдати шкоди.

Постійне відчуття тривоги або настороженості.

Високий рівень напруженості.

Проблеми з концентрацією уваги.

Труднощі із засинанням або часті нічні пробудження.