

**Національний університет водного господарства  
та природокористування  
Навчально-науковий інститут економіки та менеджменту  
Кафедра суспільних дисциплін**

**ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СИМВОЛДРАМИ  
У РОБОТІ З КОМБАТАНТАМИ**

Студента Пз-71 м групи  
напряму  
підготовки 053 Психологія  
Ярошука Олександра  
Петровича  
Керівник: канд. психол. наук,  
доцент кафедри суспільних  
дисциплін  
Стасюк Марія Іванівна  
Національна шкала \_\_\_\_\_  
Кількість балів: \_\_\_\_\_  
Оцінка: ECTS \_\_\_\_\_  
Члени комісії: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Підпис П.І.П.

\_\_\_\_\_  
Підпис П.І.П.

\_\_\_\_\_  
Підпис П.І.П.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИМВОЛДРАМИ У ПСИХОЛОГІЇ</b>	
1.1 Символдрама у сучасній психології.....	8
1.2 Психологічні особливості комбатантів.....	26
1.3 Використання символдрами у відновленні комбатантів.....	46
Висновки до розділу 1.....	56
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОМБАТАНТІВ</b>	
2.1. Організаційно-методологічна база дослідження.....	57
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	63
Висновки до розділу 2.....	74
<b>РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА З ВИКОРИСТАННЯМ СИМВОЛДРАМИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ КОМБАТАНТІВ</b>	
3.1. Розробка розвивальної програми відновлення комбатантів з використанням символдрами.....	77
3.2. Аналіз результатів повторного емпіричного дослідження щодо вивчення ефективності впровадження символдрами.....	82
3.3. Практичні рекомендації щодо покращення психоемоційного стану комбатантів.....	89
Висновки до розділу 3.....	91
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	93
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	99
<b>ДОДАТКИ</b> .....	109

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Сьогодні більшість людей були свідками або брали участь у бойових діях на території України. На жаль, ці події впливають на фізичне та психічне здоров'я людей. Все більше психологів по всій Україні зустрічають клієнтів, які брали участь у бойових діях. Головним травматичним ефектом війни є тривале перебування солдатів у особливих бойових стресових ситуаціях, що має негативні наслідки. Тривалий вплив військових дій, а також їх травматичний характер, емоційне та фізичне перевантаження можуть сприяти зміні когнітивної активності бійців. Ці патологічні зміни знижують ефективність бійця як бойової одиниці та впливають на його повсякденну діяльність у мирний час, викликаючи серйозні психічні розлади, включаючи посттравматичний стресовий розлад.

Ефективність подолання стресу значною мірою залежить від психологічної підготовки до стресу та вміння керувати емоціями в складних ситуаціях. Варто також зазначити, що стрес під час бойових дій виконує певну позитивну функцію для людини, але після закінчення війни стає негативним і деструктивним чинником. Особи, які демонструють реактивну поведінку, потребують медико-психологічної допомоги, спеціальних заходів психологічної корекції та психотерапії. Масштаби негативного психологічного впливу цього воєнного стресу в українському суспільстві вимагають активного дослідження психологічних проблем учасників війни. Серед вітчизняних та зарубіжних дослідників різні психологічні наслідки військових дій вивчали такі вчені: Г. Акімов, О. Чабан, Р. Грінкер, Дж. Шпігель — наслідки психологічних травм, яких зазнали солдати під час світових воєн; Р. Абдурахманов, В. Березовець, С. Захарик, Т. Пароянц, В. Попов, П. Сидоров, В. Стасюк — наслідки психічних травм, яких зазнали солдати під час військових конфліктів; В. Василевський В. Дмитрієва, А. Довгополюк, С. Литвинов, Г. Растовієв, Е. Снедков, О. Тимценко Г. Фастовець—дослідження щодо воєнного стресу.

Символдрама є однією з галузей сучасної психоаналітичної психотерапії. Основою цього методу є уява, яка проявляється у вигляді образів на обрану або

запропоновану психотерапевтом тему, так званий мотив. Символдраму також називають кататимічною уявною психологією або «мрійливим» методом, в якому клієнт занурюється у свою уяву і опиняється на межі сну і неспання, в уявному світі, де час і простір функціонують інакше. Застосування методу символдрами дозволяє отримати інформацію про глибокі емоційні та особистісні переживання людини, швидко і надійно діагностувати рівень розвитку особистості, можливі конфлікти та перешкоди розвитку. Метод дозволяє швидко та ефективно надавати допомогу у вирішенні психологічних проблем, подоланні критичних ситуацій, невротичних та психосоматичних симптомів, що є проявом особистих напружень.

Символдрама — це не комбінація подібних методів, а самостійна наука, багато елементів якої використовуються в інших галузях психології. Дослідження в галузі символдрами знайшли своє відображення в наукових працях таких вчених, як М. Балинт, М. Кляйн, А. Фрейд, Г. Гартман, С.Ференці, Е. Еріксон, Р. Шпіц та інші. Аналіз робіт В.Д. Віннікотта, О. Кернберга, Й. Ліхтенберга, Г. Льюїнера, М. Малера та К.Г. Юнга показує, що символічна драма є визнаним методом корекції поведінки в Європі. Дослідження техніки кататимічної фантазії в зарубіжній психології проводять вчені в галузі формальної психології (Л. Перлз, Ф. Перлз, П. Гудман), експериментальної психології (Е. Вілке) та когнітивної психології (Дж. Андерсон Д. Віннікотт Д., Е. Нойман та К. Волкер). Кількість україномовних публікацій про психодинамічну терапію загалом і про символдраму зокрема свідчить про інтерес до цієї теми. Однак більшість вітчизняних досліджень присвячені загальним характеристикам цього методу психотерапії. Низка публікацій присвячена використанню символічного театру в роботі з дітьми та підлітками (З. Кісарчук, Л. Гребін, О. Шлонська, Я. Омельченко, Г. Лазос та ін.), а також сімейній психотерапії (Л. Шумакова). Деякі дослідження присвячені застосуванням символдрами як психокорекційного інструменту в рамках специфічних вимог (Т. Левицька, Н. Шевченко). Що стосується особливостей кататимно-імагінативної психотерапії як методу роботи з учасниками бойових

дій, то на цю тему ще дуже мало досліджень, що й обумовило вибір теми кваліфікаційної роботи.

**Мета дослідження:** теоретично вивчити й емпірично перевірити особливості використання символдрами як методу відновлення комбатантів.

**Об'єкт дослідження:** символдрама у роботі з комбатантами.

**Предмет дослідження:** особливості використання символдрами у роботі з комбатантами.

**Гіпотеза:** використання символдрами в комбатантів покращує їхній психоемоційний стан та сприяє відновленню й посттравматичному зростанню учасників бойових дій

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати погляди науковців на символдраму як напрямок сучасної психотерапії.
2. Визначити психологічні особливості учасників бойових дій.
3. Розробити психокорекційну програму відновлення комбатантів.
4. Проаналізувати ефективність розробленої психокорекційної програми.
5. Сформулювати практичні рекомендації щодо покращення психоемоційного стану комбатантів

**Методи дослідження:** відповідно до цілей і завдань дослідження були використані такі методи і техніки:

*теоретичні:* вивчення і теоретичний аналіз загальної та соціально-психологічної літератури щодо застосування методу символічної драми та психологічних особливостей учасників бойових дій;

*емпіричні:*

-багаторівневий особистісний опитувальник "Адаптивність" (БОО) розроблений А.Г.Маклаковим і С.В.Чермяніним для вивчення гнучкості особистості з урахуванням соціально-психологічних характеристик та певних психофізіологічних особливостей, що відображають загальні риси нейропсихологічного та соціального розвитку,

-шкала інтолерантності до невизначеності, Р.Н. Карлетон (IUS-12; Intolerance of Uncertainty Scale), в адаптації Г. Громової для визначення прийняття невизначеності та занепокоєння щодо можливих майбутніх подій;

- короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ (адаптація М. Кліманської та І. Галецької, 2019 (ТІРІ-УКР)) для діагностики п'яти основних рис особистості: екстраверсія, товариськість, сумлінність, емоційна стабільність і відкритість до нових вражень;

-шкала тривожності Ч. Спілберга для вивчення тривожності як ситуативної реакції й тривожності як риси особистості;

-шкала депресії А. Бека для визначення основних симптомів депресії ;

-опитувальник посттравматичного зростання Р. Тадеші та Л. Колхаун, в адаптації Д. Зубовського для визначення кількісної оцінки посттравматичного розвитку;

метод математико-статистичного аналізу, порівняльний аналіз, описова статистика, кореляційний аналіз факторний аналіз.

**Організація та експериментальна база дослідження.** Дослідження проводилося на базі реабілітаційного центру "RECOVERY" у місті Рівне. Вибірка 50 респондентів-учасників бойових дій, які проходять реабілітацію у вищезазначеному центрі Рівненської області.

**Теоретичне значення.** Результати дослідження розширюють теоретичні уявлення про застосування методу символдрами в психокорекційній роботі, а також про вплив процесу символічного драматичного мистецтва на динаміку відновлення учасників бойових дій.

**Практичне значення** отриманих результатів. Результати цього дослідження можуть бути застосовані для психологічної підтримки як учасників бойових дій, так й інших громадян України, які зазнають психотравматичний вплив повномасштабного військового вторгнення.

**Структура роботи.** Дослідження складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (96 найменувань), 2 додатками (на

6 сторінках). Робота ілюстрована 15 рисунками, 6 таблицями. Загальний обсяг роботи становить 110 сторінок, основний зміст викладено на 95 сторінках.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СИМВОЛДРАМИ У ПСИХОЛОГІЇ

### 1.1 Символдрама у сучасній психології

Символдрама (кататимно-імагінативна психотерапія) — це галузь психотерапії, яка базується на принципах глибинної психології та використовує специфічний метод роботи з уявою (фантазією) для роботи з несвідомими бажаннями, фантазіями, конфліктами та захисними механізмами людини.

Серед усіх відомих на сьогодні психотерапевтичних підходів, що використовують уявні образи, символдрама є найбільш розвиненим і систематично організованим методом, що має фундаментальні теоретичні та експериментальні основи.

В області сучасної психології одним з найбільш цікавих і популярних підходів є символічна драма. Ця форма психотерапії унікальним чином поєднує психоаналітичні методи з дослідженням символічних образів, пропонуючи особливі характеристики та переваги.

Символдрама, як психодинамічний метод психотерапії, фінансується німецькими страховими касами і входить до переліку методів, визнаних Міністерством охорони здоров'я Австрії. Метод базується на концепціях класичного та сучасного психоаналізу. Він має багато спільного з теорією архетипів К.-Г. Юнга та методом активної уяви, який він розробив.

Офіційна назва методу в Німеччині, Австрії, Швейцарії, Чехії, Словаччині, Естонії, Литві, Латвії – Кататимно-імагінативна психотерапія; офіційна назва методу в Нідерландах, Швеції, Україні, та Республіці Казахстан – символдрама. У 2014 р. в Україні – була зареєстрована незалежна громадська організація «Інститут розвитку символдрами і глибинної психології» (ІРСГП).

Кататимно-імагінативна психотерапія — це новий метод психотерапії, важлива галузь психокорекції, що базується на глибинній психології, сні, психоаналізі та аналітичній психотерапії. Основна робота проводиться з

фантазіями клієнта, з відчуттям, що фантазії та бажання людини стають реальністю. [15, с. 99].

Як зазначає Вікіпедія, «Guided imagery (also known as guided affective imagery, or katathym-imaginative psychotherapy) -керована візуалізація (також відома як керована афективна візуалізація або кататимно-імагінативна психотерапія) — це втручання в роботу розуму і тіла, за допомогою якого кваліфікований психотерапевт допомагає учаснику або пацієнту викликати і генерувати ментальні образи, які імітують або відтворюють сенсорне сприйняття зорових, звуків, смаків, запахів, рухів, та образів, пов'язаних з дотиком, таких як текстура, температура та тиск, а також уявного або ментального змісту, який учасник або пацієнт сприймає як такий, що виходить за межі звичайних сенсорних категорій, і який може викликати сильні емоції або почуття за відсутності стимулів, на які чутливі відповідні сенсорні рецептори» [16].

Психотерапевт може сприяти цьому процесу особисто для окремої особи або групи, або ви можете зробити це з віртуальною групою. Крім того, учасник або пацієнт може слідувати вказівкам, наданим у вигляді звукозапису, відео або аудіовізуальних засобів, що містять усні інструкції, які можуть супроводжуватися музикою або звуком.

Метод символдрами — відомий метод психокорекції, за допомогою якого можна творчо інтегрувати підсвідомі прояви волі людини. Символдрама ефективно застосовується в лікуванні різних кризових ситуацій, конфліктів, проблем адаптації та соціальних проблем, питань сексуального характеру, а також для зміцнення клієнта. Вивчаючи теорію Карла Густава Юнга [45] про архетипи та колективне підсвідоме, а також метод активної фантазії, німецький психотерапевт Ганс-Карл Леунер (1919-1996) (Hans Karl Leuner) припустив, що архетипічний образ повинен мобілізувати всю духовну силу особистості, а конкретні деталі, пов'язані з цим образом, можуть розкрити підсвідомі особисті переживання даної людини [21, с. 38]. Підсумувавши результати своїх спостережень, Г. Льюнер описав основні принципи нового методу психотерапії

— символічної терапії [21, с. 46]. Символічна драма, також відома як психологія глибинних образів, з'явилася в результаті невтомних досліджень німецького психотерапевта Ханса Карла Льюнера в середині ХХ століття. Після багатьох років практики традиційних психоаналітичних технік Льюнер дійшов висновку, що існуючі методи є недостатніми для доступу до глибших шарів несвідомого. Це усвідомлення спонукало його до досліджень, спрямованих на розробку нового терапевтичного підходу.

Цікаво, що молодість Г. Льюнера була тісно пов'язана з його службою радіооператором під час Другої світової війни. Цей досвід не тільки сформував його характер, але й вплинув на концепцію символічної драми, посиливши її зв'язки з образами та символами, які часто спливають у людській психіці в кризові моменти. Льюнер активно використовував інтуїцію, фантазії та сни у своїх дослідженнях, збагачуючи тим самим свою методологію.

Протягом історії психотерапії багато видатних представників цієї професії в тій чи іншій формі використовували у своїй роботі уявні образи. Найчастіше їх згадують у зв'язку з такими авторами: З. Фрейд (образ як «техніка концентрації»), К. Юнг (активна фантазія), М. Стампф (внутрішня терапія), Е. Вольпе (систематична десенсибілізація), Б. Шульц (вищий рівень аутогенного тренінгу), Р. Ассагіолі (психосинтез за допомогою уяви), Г. Лейнер (метод «творчих снів», кататонічно-фантазійна психотерапія або символічна драма) [26, с. 46].

Сьогодні символдрама – є визнаним психотерапевтичним підходом, який використовує образи і має міцну теоретичну базу. Метод базується на класичному психоаналізі та його сучасних концепціях: теорія об'єктних стосунків М. Кляйн, егопсихологія З. Фрейда, психологія «Я» Х. Хартмана і «Self-Psychology» М. Когула, а також їх продовженні С. Ференці, М. Балінта, Е. Еріксона, Р. Спіца, Д.В. Віннікотта, М. Малера, О. Кернберга, Й. Ліхтенберга [26, с. 48]. Символдрама має багато спільних рис з методом активної уваги К.Г. Юнга [45]. За своєю специфікою символічна драма може бути порівняна з гештальт-терапією Ф. Перлза, ігровою терапією для дітей, психодрамою Х.

Морено та Г. Лейнца [26, с. 50]. З технічної точки зору символічна драма схожа на психотерапевтичну дискусію К. Роджерса та деякі елементи поведінкової терапії Дж. Вольпе [26, с.51.]. У неврологічній клініці університету Марбурга Х. Льюїнер проводив довгострокові дослідження в період з 1948 по 1954 рік, результати яких привели до появи методу символічної драми як самостійної дисципліни в психіатрії. Г. Геннінг зробив значний внесок у розвиток кататимно-імагінативної психотерапії, проводячи свої дослідження в Інституті медичної психології університету Мартіна Лютера. Метод базується на вільному асоціюванні ідей у вигляді образів, пов'язаних з темою, описаною психотерапевтом. У цьому процесі психотерапевт виконує роль контролера, супроводжуючого та наставника. Метод базується на глибоких психоаналітичних і психологічних теоріях, на аналізі будь-якого типу конфлікту, емоційного імпульсу, захисного механізму і процесу як відображення поточних емоційних і особистих проблем, а також на аналізі первинних конфліктів, що виникли в ранньому дитинстві [24, с. 36].

Кататимно-імагінативна психотерапія знаходиться між поведінковою психотерапією та глибинною психотерапією. Клієнт обережно і поступово вводиться в роботу з образами, спочатку під пильним наглядом психотерапевта (перший рівень символічної терапії), а потім все глибше занурюється в світ образів, поступово звільняючись від нагляду наставника (середній і вищий рівень символічної терапії). З моменту свого створення символічна терапія виявилася дуже ефективною навіть у рамках короткострокових курсів психотерапії (20 або 10 сеансів) [22, с. 3]. На початку своїх досліджень Г. Льюїнер був переконаним психоаналітиком. Пізніше психоаналіз відійшов на другий план, і він, здавалося б, відійшов від теорії символічної терапії. Після цього теоретичні поняття психоаналізу стали надто обмежувальними для символічної терапії.

Відмінності між поглядами Г. Льюїнера і З. Фрейда були практичного та теоретичного характеру і мали велике психологічне значення в теорії психотерапії та за її межами. Для З. Фрейда символи є примітивними –

«первинними процесами», їх значення приховане в підсвідомості і може бути розкрито лише шляхом асоціативної роботи з пацієнтом [40]. Для Х. Льюїнера символи були «гештальтами», значення яких знаходиться в екзистенційній ситуації і може бути розкрито інтуїтивним розумінням конкретної ситуації пацієнта. Якщо, на думку Фрейда, отримання задоволення у вигляді образів є неминучим поверненням до дитячої поведінки, то, на думку Льюїнера, ці образи є звичайними елементами повсякденної свідомості, і він вважає уявне задоволення необхідним елементом психотерапії [40]. Що стосується задоволення «первинного процесу», то ми можемо сказати разом з Льюїнером, що це не форма регресії, а лише необхідний етап для усунення деяких психічних захворювань невротичного характеру. Наприклад, у випадку посттравматичного стресу, коли пацієнт втрачає здатність відчувати радість, дуже корисно повернути його в зміненому стані свідомості до тих моментів його життя, коли він відчував радість. Іноді такий простий метод призводить до значного поліпшення стану пацієнта [21, с. 48].

Метод базується на сновидінні наяву (кататимічна уява), яке застосовується в терапевтичних цілях і супроводжується діалогом. Сни набувають чуттєвої, фізичної та емоційної форми, що нагадує сценічний і символічний досвід [17]. Під час сновидіння відбувається вербальний діалог між терапевтом і пацієнтом, який супроводжує пацієнта в стані уяви за допомогою різних втручань. Тому кататимно-імангативну терапію також називають керованим сновидінням. Символдрама, як психодинамічний напрямок психотерапії походить з психоаналізу і базується на психоаналітичних базових поняттях, що дозволяють зрозуміти функціонування психічного апарату, етіологію психічних розладів та основні принципи психотерапії. Основна ідея психодинамічної терапії полягає в тому, щоб запобігти безпосередньому задоволенню невротичних потреб клієнта, протистоячи його свідомим і несвідомим очікуванням, і замість цього створити умови для їх емпатичного та зацікавленого розкриття. Інтерналізація такої поведінки клієнтом може сприяти його саморегуляції, посиленню

спостережливого «я» та переорієнтації на принцип реальності [18]. У цьому контексті аналіз жодним чином не стосується змісту розповідей про життя пацієнта. Аналітик скоріше вивчає, як працює розум клієнта і як це проявляється у вільному асоціюванні, коли клієнту вдається відійти від традиційного наративного жанру і дотримується головного правила психоаналітичної терапії. Воно полягає в тому, щоб висловлювати всі ідеї, які спадають на думку, незалежно від їхньої доречності, інтерпретованості чи прийнятності. Йдеться про численні спонтанно висловлені думки, які стосуються спільного несвідомого образу, що глибоко їх живить, виходячи з витісненої фантазії про бажані стосунки з об'єктом. Кате́ксис цього образу вимірюється інтенсивними тематичними асоціаціями. Коли його енергія вичерпується, розвивається новий ланцюг, часто на перший погляд повністю відірваний від змісту, хоча насправді, всі ланцюги пов'язані латентними зв'язками і представляють різні аспекти фантазії. Чим ясніше похідні конфліктів проявляються в асоціативних мережах, тим сильніше опір блокує асоціативний потік і тим більше він втрачає свою свободу. Саме в цьому моменті починається аналітичний процес [9].

Об'єкт, на який спочатку було спрямовано неприйнятне бажання, раптово зникає з вербальних репрезентацій, і в цій порожнечі з'являється компульсивне реагування: клієнт намагається видалити фантом зі свого свідомого поля, щоб втекти у свій емоційний досвід, у теперішнє, у свою взаємодію з аналітиком, замість того, щоб продовжувати роботу свідомості з пригадуванням і усвідомленням. Саме ця динамічна зміна є центром аналізу. Невротичний симптом перетворюється на невроз перенесення, таким чином конфліктний матеріал стає доступним і придатним для аналітичного втручання. Уміння полягає в тому, щоб перенесення було інтерпретоване, перш ніж воно завадить вільному асоціюванню. До цього моменту аналітик залишається в основному пасивним, зберігаючи історичний характер матеріалу пацієнта (чистий екран) і уважно слухає свої власні реакції (вільна увага). Необхідною передумовою аналітичної роботи є те, що клієнт має достатньо сильне Его, щоб витримати

аналітичну абстиненцію в умовах зростаючої регресії та тиску імпульсів. Саме з цієї причини аналітична психотерапія приділяє велику увагу сетінгу та терапевтичному альянсу, які захищають терапію від непередбачуваності перенесення. Слід зазначити, що за останнє століття психоаналітична техніка змістилася від акценту на методі вільних асоціацій до перенесення або аналітичного зв'язку як такого. Ретельна робота з вільними асоціаціями сьогодні вважається скоріше розкішшю, що з одного боку, можна пояснити загальною зміною культури, а з іншого — зміною парадигми психоаналізу, а також тим, що на практиці з роками класичні випадки неврозів стають все рідшими. Навпаки, аналітичний простір, зазвичай підпадає під вплив інтенсивних і часто негативних взаємодій з аналітиком: що через брак психічних ресурсів не може бути символічно виражено у формі вільних асоціацій, виявляється у формі перенесення. Як наслідок, за допомогою технік лікування перенесення аналітик ставить під сумнів самого себе, як активного співтворця аналітичного простору, і екран проєкцій з його особи переходить на відносини, що перебувають у процесі терапії [18].

У цьому контексті слід розглянути особливості кататимно-імангитивну терапію. Вони характеризуються змінами в деяких психоаналітичних техніках, зокрема, більш короткою тривалістю (терапія приблизно 25-30 сеансів) і частота терапії (один, рідше два сеанси на тиждень), у сидячому положенні, а також ретроспективна мова. Однак головна зміна полягає у введенні такого параметра, як мрійливе пробудження, яке супроводжується діалогом із психотерапевтом [24]. Таким чином, під час кожного терапевтичного сеансу створюються обмежені проміжки часу для ретроспективних процесів і символічної реакції на рівні уяви. З моменту її розробки Ханскарлом Льюїнером у клініці неврології університету Марбурга, метод символдрами був призначений для лікування невротичних розладів. Фактично, одним з перших висновків Льюїнера на основі досвіду роботи з кататимним зображенням було розуміння того, що невротичні конфлікти можуть бути символічно представлені і подолані за допомогою уяви. Він вважав, що завдяки

очевидному символічному значенню мотиву (стандартизована тема фантазії) типові теми конфліктів у невротичних пацієнтів досить часто можна було цілеспрямовано перетворити на проєктивне зображення [21]. У цьому він бачив перший критерій ефективності свого методу. Г. Льюїнер також ввів термін «проєкційний екран», щоб описати, що невротичний конфлікт пацієнта в цьому методі терапії проявляється переважно у фантазії, а не в стосунках пренесення. У символдрамі найважливішим є сон наяву, який займає домінуюче місце у свідомості пацієнта, екран проєкції, а не психотерапевт, який сидить поруч [21].

Так, М. Штіглер, Д. Покорний та співавтори проаналізували повні стенограми засідань символдрами і, серед іншого, встановили, що під час сеансів фантазування об'єктивні відносини та внутрішні конфлікти виражаються в символічній формі на внутрішній «сцені», і не будується «прекрасний новий світ». Під час фантазій модель відносин є однозначно більш позитивною (Core Conflictual Relationship Theme), і чим менше об'єкти фантазій схожі на реальних учасників відносин, тим більш позитивною є модель відносин у фантазії [16]. Розвиваючи думку Льюїнера, Г. Ульманн виділяє три етапи в обробці невротичного конфлікту: актуалізація, визначення та конфронтація символів. Актуалізація відбувається під керівництвом терапевта шляхом активації емоційно значущих сцен на віртуальній сцені сну. Це так звана «епізодична активація» або «активація подійної пам'яті», яка служить своєрідним рушійним механізмом для взаємодії між явними та неявними факторами пам'яті, уявою та перетворенням змісту пам'яті в процесі символдраматичних процесів [25, 66–121. с.]. Крім того, «емоційна ланцюгова реакція досвіду виражається через об'єктивізацію в символі і набуває зовнішньої форми, з якою людина може працювати. Фізичний і душевний біль набуває символічної форми, так само як і ресурси, які пацієнт приносить із собою або отримує у своїй уяві» [17, с. 156]. Нарешті настає фаза зіставлення символів: «Фантастичні символи можна пояснити самі по собі, і, з одного боку, вони завжди трансформуються спонтанно, а з іншого боку, в активній фазі з ними можна працювати, застосовуючи техніку зіставлення символів. Терапевт

підтримує паузу і зосереджене спостереження, з емпатією ділиться емоціями, називає їх словами і вербально виражає емоційний зміст, не інтерпретуючи його» [17, с. 157].

Вибір методів втручання в сучасній символдрамі здійснюється не стільки на основі симптомів, скільки на основі оцінки рівня психічної функції пацієнта або клієнта. У котативно-імангативній психотерапії це відбувається головним чином на основі OPD-2 (Operationalized Psychodynamic Diagnostics – операціоналізована психодинамічна діагностика) та діагностично-індикативної триади (DIT), яка виявилася ефективною і служить орієнтиром для терапевтичної стратегії. DIT була розроблена В. Дітером на основі ідеї Е. Ерманна, що ми розрізняємо явні та неявні психодинамічні терапевтичні техніки залежно від структурного рівня організації особистості. При стабільній структурі особистості, яка передбачає інтегровану ідентичність, зрілі захисні механізми, сильне «я» і хороше сприйняття реальності, явна (орієнтована на розуміння) терапія зосереджується головним чином на невротичних конфліктах. У цьому випадку поведінка терапевта є поведінкою неагресивного, чуйного супутника. Міжособистісний досвід майже не обговорюється, але терапевт допомагає пацієнту відкрити себе за допомогою уяви, набратися сил і знайти рішення конфлікту за допомогою підсвідомості [14, с. 7].

Сучасні автори, У. Барке і К. Нор, виділяють три терапевтичні функції роботи з фантазіями: функцію вираження і прояснення, функцію стабілізації і функцію сприяння структурізації. Оскільки фантазії дозволяють символічно-іконографічно зобразити свідомі та несвідомі внутрішні психічні стани та конфлікти, автори пропонують у терапевтичному лікуванні невротичних розладів застосовувати насамперед функції вираження та прояснення. «Процес перетворення несвідомого або передсвідомого стану на внутрішній образ є проміжним етапом на шляху до вербального опису, який, у свою чергу, є важливим доповненням для подальшого прояснення та роздумів» [43]. На думку авторів, діалог, що розкриває невротичний конфлікт, може відбуватися і на фантастичному рівні. Такий підхід до конфлікту у фантастичній версії може

бути безпечнішим і емоційно легшим, ніж під час розмови. «Те, що в деяких випадках витіснилося зі свідомості, за допомогою терапевта можна розглянути в символічно завуальованій формі. Тут людина може відчувати більшу чи меншу амбівалентність і вирішити, чи зробити перші кроки, які наблизять її до реалізації бажання, а також може уявити собі дії, які зазвичай не є характерними для людини» [13, с. 294].

З технічної точки зору У. Барке і К. Нор формулюють конкретні терапевтичні рекомендації щодо роботи з невротичними конфліктами – інтервенції та техніки подолання конфліктів: роз'яснення, «зоровий контакт», «випробування сили», асоціативний тиск, обмін ролями, а також робота з так званою віковою регресією. За допомогою інтервенцій з'ясування конфлікту, виявлені пацієнтом, можуть бути пережиті на уявному рівні і виявити амбівалентність між бажанням і захистом. Терапевт може задавати конкретні питання, на кшталт : «Що Ви хочете зробити в цьому випадку?», « В чому будуть плюси й мінуси Ваших дій?». Таким чином, досвід, який клієнт отримує під час перебування у стані « сну наяву» посилюється, фокусування на деталях та відчуттях дозволяє подолати захист й почати працювати з прихованим психоемоційним матеріалом.

Терапевт зосереджується, наприклад, на виразі очей, емоційному сприйнятті деталей пейзажу або фізичному відчутті, яке переважає в цей момент, і заохочує пацієнта уявити «відповідні» генетичні сцени: «Можливо, ви вже стикалися з чимось подібним десь?», «Що це вам нагадує?»,

«Чи знайоме вам це відчуття?». Метою всіх згаданих технік втручання є, зрештою, інтеграція роз'єднаних частин «Я» (Self) та послаблення психологічних захисних механізмів, що обмежують бажання та потяги, шляхом дистанціювання від негативних інтролектів та поступового їх опрацювання на уявному рівні [13]. Важливо зазначити, що пацієнт повинен мати достатнє почуття безпеки, щоб так інтенсивно залучатися до роботи над внутрішнім змістом конфліктів, і що терапевтична робота повинна проводитися з урахуванням оптимального рівня тривожності – між максимально можливим

рівнем, наскільки це можливо, і максимальною підтримкою, наскільки це необхідно.

Емпірична перевірка ефективності кататимно-імагінативної психотерапії почалася відразу після появи методу. Скептичне ставлення професійної спільноти до будь-якого нового методу психотерапії спонукало Лейнера підтвердити ефективність КІР за допомогою досліджень. Починаючи з 1980-х років, публікації робочої групи у складі Льюїнера, Вехтера, Юнга, Кулеса та Пудель переконливо довели ефективність короткострокової терапії КІР. Так, Вехтер і Лейнер (1974) описують лікування 14 пацієнтів протягом 15 сеансів символічної драми з використанням основних мотивів. Психологічні тести (E-N-NR, MAS, MMPI) показали статистично значущі відмінності в психосоматичних шкалах і проявах тривоги наприкінці терапії. Вахтер вважає її ефективною у випадку невротичних симптомів і обмежено ефективною у випадку більш серйозних симптомів [28].

К. Кулеса і Ф. Юнг (1979) описали лікування 26 амбулаторних пацієнтів психіатричної та психотерапевтичної клініки, які страждали на психоневротичні розлади та психосоматичні симптоми, за допомогою методу КІР (20 сеансів). Психодіагностичні дослідження, проведені до і після лікування, показали, що метод КІР є ефективним короткостроковим методом для пацієнтів з депресією. Стан пацієнтів з невротичними та психосоматичними розладами значно покращився [20]. Вехтер і Пудель були одними з перших, хто застосував контрольну групу. Дослідження вивчає 15 сеансів терапії кататимно-імагінативної психотерапії в психіатричній амбулаторії у 14 пацієнтів з невротичними та психосоматичними розладами в порівнянні з контрольною групою. За шкалами психосоматичних симптомів, психопатологічних симптомів та проявленої тривоги (MAS) було виявлено значні позитивні зміни в групі КІР. Значення невротизму та ригідності, ймовірно, залишилися незмінними через короткий термін лікування [27].

Ці результати значно сприяли включенню КІР до офіційних рекомендацій щодо психотерапії (список психотерапевтичних методів, що відшкодовуються

страховими компаніями в Німеччині) як «спеціального психотерапевтичного методу, заснованого на глибинній психології». В останні роки під керівництвом Е. Вілке було проведено комплексне дослідження з метою вивчення ефективності КПТ у амбулаторних пацієнтів [26]. В рамках дослідження 67 пацієнтів, переважно жінок, більшість з яких страждали на невротичні симптоми, були обстежені на початку лікування, після 25 годин лікування, після 50 годин лікування та через 18 місяців після закінчення лікування. Третина пацієнтів завершила лікування після 50 сеансів (як передбачалося планом дослідження), тоді як частина інших пацієнтів продовжувала лікування набагато довше. В середньому кожні третій або четвертий сеанс проводилися фантазійні вправи. Усі використані опитувальники (перелік симптомів, шкала психічного стану, опитувальник депресії та тривоги, опитувальник особистості Фрайбурга) показали зміну в нормальному напрямку. У. Заксе, Б. Імрук та У. Барке досліджували ефективність амбулаторного лікування за допомогою КПТ. У дослідженні було розглянуто три основні діагностичні групи в амбулаторній психотерапії для дорослих: емоційні розлади, тривожні розлади, а також дисоціативні, трансформаційні та соматоформні розлади. У шести пацієнтів, у яких початковий діагноз був тривожний розлад, було відмічено значне поліпшення стану тривоги, незважаючи на невеликий розмір вибірки.

Символдрама має широке застосування: його використовують у медицині, консультуванні та суміжних галузях. У консультуванні можна виділити три основні сфери застосування [43, с. 42]: 1. Відпочинок і зниження стресу. 2. Мотивація шляхом демонстрації позитивних можливостей на майбутнє. 3. Труднощі в міжособистісних взаємодіях, різні залежності, страхи, тривога, невпевненість та інші прояви невротичного та нарцисичного розвитку особистості, а також психічні розлади, такі як неврози, депресія, психосоматичні захворювання. Техніки КПТ є м'якими та екологічними, тому підходять не тільки для дорослих клієнтів, але й для дітей та підлітків. Символдрама також може бути використана для набуття та відпрацювання навичок, підвищення творчого потенціалу, інтерпретації бажань, більш

ефективного вирішення проблем шляхом візуалізації можливих наслідків вибору різних варіантів і, таким чином, пошуку найсприятливіших рішень. Окрім застосування в області консультування, символічна терапія використовується також у спортивній психотерапії та реабілітаційній медицині. Наприклад, для підвищення мотивації та продуктивності, а також для зменшення болю під час лікування [43, с. 43].

Ще однією перевагою символдрами є те, що цей метод можна застосовувати як самостійно, так і в поєднанні з іншими методами, залежно від потреб клієнта. Опанувавши символічну драму, ви зможете допомагати більшій кількості клієнтів, причому з кращою якістю та ефективністю. Таким чином, символічна драма є напрямком аналітично орієнтованої психотерапії. Метод базується на вільній фантазії. Результатом проведеної роботи є усвідомлення проблеми, зняття напруги та позитивна зміна емоційного стану, а найголовнішим результатом є пошук виходу з замкнутого кола, що приносить позитивні зміни в житті. Символічна драма ефективно поєднує психотерапевтичні техніки, які займають протилежні позиції в психотерапії. Тому метод символічної драми не є комбінацією подібних психотерапевтичних методів, а самостійним, оригінальним напрямком у психіатрії, елементи якого згодом були запозичені й іншими напрямками

Наукові праці Г. Гандзилевської, Т. Левицької, О. Стороза, В. Ямницького, В. Обухова та Г. Руда є основою для висновків про ефективність психокорекційної практики, що застосовується за методом символічної драми.

Інструментарій КПП характеризується трьома основними особливостями: метод базується на теоріях глибинної психології; використовує уяву; ключову роль відіграє символізм уяви [12]. На думку вчених, які вивчають цей метод, його основні теоретичні засади такі: головними визначальними факторами особистого розвитку та поведінки є підсвідомі психічні процеси (підсвідомі уявлення, інстинкти, конфлікти та захисні механізми), а також динаміка їхнього розвитку у взаємодії з об'єктами. Метод базується на теоретичних засадах

класичного психоаналізу та його сучасного розвитку (теорія потягів, психологія «я», теорія об'єктивних зв'язків, психологія «я», психологія розвитку процесу тощо). КПП відрізняється від інших психодинамічних психотерапевтичних напрямків тим, що займається світом фантазій індивіда. Цей метод характеризується особливою формою зображення – фантазією, в якій внутрішні конфлікти пацієнта і закономірності його зв'язку з об'єктом проявляються в символічній формі. Під час терапевтичного процесу психотерапевт використовує ці символічні зображення та асоціації пацієнта, що впливають з них, для діагностичних та терапевтичних цілей у контексті спогадів пацієнта, його поточної життєвої ситуації та відносин трансферу/реакції. Ефективними факторами цього інструменту є: помірне розкриття пацієнтом своїх підсвідомих проблем, мікроочищення, випробування дій на рівні уяви, стимулювання творчих здібностей (пов'язаних з уявою), задоволення символічного рівня основних потреб, актуалізація травматичних сцен з дитинства, вивчення конфлікту.

Як зазначає А. Загнітко, вивчення інструментів у контексті інших психодинамічних методів дозволяє виявити їх переваги як методів, що відповідають сучасним тенденціям у психотерапії, а саме:

- символдрама займає проміжне положення між «відкритими» та «підтримуючими» психотерапевтичними методами »

- цей метод відрізняється систематичною та технічною організацією (наявність структурованих технологій застосування), ефемерністю та універсальністю

- має широкі можливості застосування та мінімальні обмеження (протипоказання)

- характеризується гнучкістю, що дозволяє використовувати інструменти в поєднанні з іншими психотерапевтичними методами, в різних формах (груповій, індивідуальній, подвійній) і з різними категоріями клієнтів (дорослі, діти, сім'ї) [73].

Поточний етап розвитку КПП характеризується різними тенденціями. По-перше, слід зазначити, що теоретичні та практичні аспекти застосування цього методу в галузі психології та медицини продовжують активно розвиватися. Це стосується як розширення сфери застосування методу та його ефективної інтеграції в комплексні психотерапевтичні програми, так і його поширення та просування на світовому рівні. За словами Л. Найтінгейл, більшість наукових досліджень, присвячених застосуванню методів, пов'язаних з активними образами, наразі спрямовані на доведення їх ефективності в таких сферах: психологічне консультування та психотерапія, реабілітація, охорона здоров'я, реабілітація та підготовка спортсменів тощо [60].

Аналіз сучасних наукових джерел показує, що дослідження, пов'язані із застосуванням методу КПП у психотерапевтичній практиці та психологічному консультуванні (як основного методу та у поєднанні з іншими психотерапевтичними методами), стосуються вивчення можливостей лікування таких проблем: невротичні розлади, ситуації горя і втрати, неопрацьована скорбота, консультування в кризових ситуаціях, групова робота з батьками дітей, які страждають на поведінкові розлади та залежності, психосоматичні розлади, особливо розлади харчової поведінки (анорексія, булімія) тощо. Так, американські вчені Ф.Т. Мелгес і Д.Р. ДеМасо з кінця минулого століття провели ряд досліджень, в яких використовували символічні та драматичні мотиви у групах пацієнтів, що демонстрували тривалі реакції скорботи. Психотерапевтична робота складалася з трьох етапів: Перша була зосереджена на когнітивній обробці трагічних подій, друга використовувала спеціальні зразки для візуалізації образів, щоб забезпечити «безпечне повернення до стану», «переоцінку» та символічну обробку ситуації, а третя фаза була спрямована на «відновлення орієнтованої на майбутнє ідентичності». Це дослідження показало, що завдяки відтворенню та переоцінці зображень пацієнти не тільки змінили свою думку про травматичні події на другому етапі, але й відновили повний і реалістичний зв'язок з реальністю [57].

Інший американський дослідник, Л. Хілл, вивчав представлення мотивів різних казок у пацієнтів, які страждають на розлади харчової поведінки. Він включив мотиви відомих казок у комплексну психотерапевтичну програму для пацієнтів, які страждають на булімію, яка включала поведінкові вправи та когнітивну обробку інформації, пов'язаної із самопізнанням. Дослідження показало, що мотиви, створені на основі тем казок, завдяки своєму метафоричному змісту слугують «перехідними прикладами» між свідомими та несвідомими мотивами взаємодії пацієнтів. Л. Хілл також продемонстрував, що цей метафоричний зміст допомагає людям засвоїти нові концепції та нові позитивні ідентифікації, сприяючи тим самим подальшим змінам у їхньому житті та ефективній переоцінці власного досвіду. Дослідник рекомендує розглядати «керовані нарративні образи» як ефективний інструмент для подолання симптомів розладів харчової поведінки [53]. У своїх експериментальних роботах англійські дослідники Т.М. Сковхольт і Г.А. Тоен використовували моделі, спеціально розроблені для групової роботи з батьками, діти яких стикаються з поведінковими проблемами та різними проблемами залежності. На думку дослідників, ці моделі не тільки допомагають батькам краще зрозуміти свою дитину, але й бути задоволеними та не відчувати себе самотніми перед своєю проблемою, оскільки образи допомагають їм поділитися своїм досвідом з іншими та отримати відчутну підтримку [64].

Цікавими та інноваційними були також дослідження, в яких використовувалася символічна терапія за допомогою театру та інші техніки активної уяви для реабілітації спортсменів після травм і тривалої нерухомості (К. Едді, С. Меллаліу, Дж. Ньюсом та ін.), а також для підготовки до змагань [59]. Американські лікарі Р.С.Телвелл та І.А. Грінлесс розробили спеціальне психологічне тренування для триатлоністів. За допомогою спеціально розроблених образів спортсмени підвищують свою мотивацію перед змаганнями та краще переносять біль під час відновлення.

Що стосується досліджень, пов'язаних із застосуванням КПП у сфері реабілітації та охорони здоров'я, більшість із них проводили фахівці в спеціальних медичних установах. У цих дослідженнях символдраму застосовували як допоміжний або альтернативний метод у реабілітації онкологічних хворих, пацієнтів, які перенесли інсульт або інфаркт міокарда, а також пацієнтів, які страждають на періодичні болі в животі.

Наприклад, дослідження щодо застосування образу струмка у реабілітації жінок, хворих на рак, показує, що ці образи допомагають жінкам краще переносити хіміотерапію (жінки були спокійнішими та умиротворенішими, виявляли менше психологічних симптомів, краще оцінювали якість свого життя під час хіміотерапії, а також значно знизився рівень некрозу пухлин) [66]. У 2001 році група американських вчених з Kessler Medical Rehabilitation Center Medical Corporation опублікувала результати довгострокового дослідження, в якому вивчалось застосування активної візуалізації у групах пацієнтів, які проходили реабілітацію після інсульту. Ці результати показують, що комбіноване застосування символічної терапії та ерготерапії значно покращує якість реабілітаційного процесу та скорочує його тривалість [61]. Цікавими є також дослідження, проведені міжнародною групою вчених (Т.М. Болл, Д.Е. Шапіро, Д.Е. Монгейм та ін.). Вони показали, що використання зображень у психотерапії дітей, які страждають на рецидивні болі в животі, значно зменшило симптоми у 67% з них [63]. Варто зазначити, що дослідження, пов'язані із застосуванням КПП, у галузі психосоматичної медицини продовжують німецькі фахівці (Е. Вілке та ін.). Існуючі дослідження вже довели ефективність цього методу в лікуванні бронхіальної астми, захворювань шлунково-кишкового тракту, цукрового діабету, алергічних реакцій, що виникають з різних причин, тощо.

Кататимно-імагінативна психотерапія була ретельно впроваджена в Україні з 1995 року. Практичний досвід підкреслив важливі характеристики методу, які приваблюють національних фахівців: по-перше, метод є добре структурованим і технічно організованим, тобто він включає досить чіткі

технології застосування, як на початку роботи з клієнтом, так і під час роботи протягом сеансів. По-друге, метод базується на класичних і сучасних психоаналітичних концепціях, тобто має фундаментальну теоретичну основу і тому є надійним і достовірним. По-третє, уявний досвід кататимії відповідає національній ментальності клієнтів і психотерапевтів, оскільки пейзажні мотиви, що пропонуються в символдрамі, є для них фундаментальними («Луг», «Струмок», «Гора», «Край» тощо), є природними і звичними для жителів нашої країни. Крім того, ці мотиви широко представлені у вітчизняному фольклорі, а також у народному мистецтві; по-четверте, емоційно обумовлений досвід образів, на якому побудована інструментація, відповідає психологічним особливостям значної частини клієнтів, для яких більш прийнятним є використання емоційно сформованого, а не когнітивно раціонального способу опрацювання психологічних проблем і конфліктів.

Г. Хорн розробив групову психотерапію для дітей та підлітків із використанням аналізу снів і особисто навчав українських фахівців у рамках довгострокової програми «Школа психодинамічної психотерапії для дітей та підлітків» (2). Г. Хеннінг протягом багатьох років практикує та досліджує використання кататонічних фантазій у психоаналітичному середовищі, як індивідуальну терапію в групі. Е. Фікенчер описує особливості застосування цього методу в лікарняному середовищі. Е. Котт'є-Бірнбахер застосовує групові кататонічні фантазії також у рамках коучингу. Особливий підхід до психотерапевтичного супроводу пацієнтів, які страждають на фізичні захворювання, що виходить за межі класичної групової КПП, але розвинувся на її основі, вдосконалюється В. Льош, Т. Ернстлінгта іншими. Цей підхід включає в себе спеціальну техніку концентраційної релаксації, розроблену А. Вільде-Кізелем та Б. Бат'єром. М. Мельников, О. Токарева та О. Шубіна застосовують ГКПП у своїй роботі з наркозалежними. Групову КПП застосовує не в терапевтичному середовищі, а в рамках коучингу С. Баранова. КПП активно вивчається членами Української національної спільноти з дослідження та розвитку кататимно-імагінативної психотерапії в роботі з конкретними групами

пацієнтів та симптомами: Яніна Омельченко (груповий КПП застосовувався з дітьми в експериментальному проекті «Корекція тривожних станів у учнів початкової школи за допомогою кататимно-імагінативної психотерапії» та Гелена Лазос («Психологічна корекція негативних переживань у підлітків у стосунках з батьками»). Оксана Шльонська досліджувала можливості застосування кататимно-імагінативної психотерапії в роботі з батьківською групою. Зоя Кісарчук і Людмила Гребін застосовують групову КПП у осіб, які страждають на симптоми ПТСР.

Таким чином, досвід використання кататимно-імагінативної психотерапії у вітчизняному психотерапевтичному просторі вказує на достатні теоретичні та практичні передумови для подальшого поширення та впровадження символдрами в терапевтичну практику.

## **1.2 Психологічні особливості комбатантів**

Збройні сили України є унікальним культурним інститутом, який суттєво впливає на своїх членів, сприяючи розвитку і трансформації їхніх ідентичностей. Незважаючи на зростаючий інтерес до досліджень ідентичності в армії, залишаються проблеми з концептуалізацією військової ідентичності, включаючи розуміння того, як вона формується, оцінку впливу військової культури на розвиток ідентичності та оцінку наслідків для психічного здоров'я.

Військова культура, динамічна сила, що формується спільними переконаннями, цінностями, поведінкою, нормами, символами і практиками, формує ідентичність, світогляд і соціальну взаємодію людей. Через норми, традиції, ритуали, цінності, лексику, форму одягу, підготовку і дислокацію військова культура регулює взаємодію і сприяє трансформації ідентичності серед особового складу. Цей свідомий перехід від цивільної до військової ідентичності має вирішальне значення для адаптації до військового життя. Військова ідентичність, продукт цього унікального культурного контексту, далі формується і підтримується соціальними процесами, переплітається з особистими ідентичностями і забезпечує основу для позиціонування у

військовому соціокультурному контексті. Цей процес формування ідентичності виходить за рамки простого розуміння зовнішніх характеристик, таких як форма або ієрархія. Це складний психологічний шлях, де членство в групі пронизує особистість, формуючи самосприйняття, норми, ставлення, емоції, переконання і поведінку. Проблеми виникають, коли норми, цінності, переконання, ставлення і поведінка різних ідентичностей вступають у конфлікт, що потенційно може призвести до негативних наслідків для психічного здоров'я.<sup>1</sup> Військова служба суттєво впливає на ідентичність військовослужбовців, формуючи їхнє самосприйняття, світогляд, психічне здоров'я та благополуччя. Хоча деякі аспекти військової ідентичності є позитивними, наприклад, сильна центральна роль ветеранської ідентичності, що сприяє психологічному функціонуванню і зниженню рівня суїцидальних, інші пов'язані з негативними наслідками. Аспекти прив'язаності ідентичності, такі як взаємозв'язок і сприйняття армії як сім'ї, корелюють з депресією, ПТСР і негативним впливом. Крім того, військова ідентичність зосереджена на «діях», тобто вчинках і діяльності солдата, і цей акцент може негативно впливати на психічне здоров'я, коли люди стикаються з проблемами, пов'язаними з нездатністю виконувати завдання, особливо під час реабілітації та військового переходу. Дистрес від конфлікту між ідентичностями солдата і цивільного, що часто призводить до моральної травми, підкреслює вплив напруження ідентичності на психічний дистрес, а не травми як його основної причини. Моральна травма, визнана фактором, що сприяє несприятливим наслідкам для психічного здоров'я військовослужбовців, включає психологічний дистрес, спричинений діями або переживаннями, які порушують глибоко укорінені цінності. Конфлікти між цивільними і військовими цінностями можуть спричинити кризу ідентичності, що спричиняє спрямовані на себе негативні емоції, такі як почуття провини, сорому, тривоги та самоосуду.

Börjesson та ін. вказують, що екстремальні ситуації з ризиком для здоров'я і життя військовослужбовців є невід'ємними компонентами бойового розгортання. Майже кожен солдат зазнає бойового стресу в цих умовах. Вплив

бойового стресу на військовослужбовців починається ще до безпосереднього контакту з противником і триває до моменту виходу із зони бойових дій. Постійна загроза здоров'ю та життю, зміна бойової обстановки, важкі та тривалі психологічні навантаження, що перевищують межі людських можливостей, втрата товаришів, жорстоке насильство з боку ворога можуть суттєво вплинути на психічне здоров'я та особистість комбатантів [16].

Одне з досліджень показало, що в перший рік бойових дій на сході України у 75-80% військовослужбовців розвинулися короткочасні гострі стресові реакції, що супроводжувалися частковою або повною втратою боєздатності. Однак військова професійна діяльність не завжди відбувається в екстремальних умовах. Вона складається з двох компонентів: підтримання бойової готовності у повсякденних небойових умовах та несення служби в умовах бойових дій, бойових навчань. Основною метою діяльності в повсякденних умовах є професійна підготовка військовослужбовців до бойових дій.

Професійна діяльність військовослужбовців в умовах військового розгортання вимагає від військовослужбовця готовності до ефективного виконання будь-яких бойових завдань при максимальному збереженні життя, здоров'я та матеріальних ресурсів. До 2014 року основним напрямком реформування Збройних Сил України (ЗСУ) було скорочення як військовослужбовців, так і озброєння та військової техніки. Тому з початком бойових дій на сході України, в яких військовослужбовці ЗСУ та Національної гвардії України (НГУ) брали участь проти незаконних збройних формувань сепаратистів, підтримуваних Російською Федерацією, виникли певні проблеми. У перші роки війни більшість українських військовослужбовців не мали бойового досвіду, оскільки після Другої світової війни на території України не проводилися військові операції. На момент початку збройного конфлікту виявилось, що наявний рівень професійної та психологічної підготовки українських військовослужбовців недостатній для ведення масштабних, нестандартних, асиметричних бойових дій [12]. За даними Блінова, 80-90%

українських комбатантів мали ознаки бойової стресової реакції, у 25% учасників бойових дій згодом розвинувся ПТСР різного ступеня тяжкості. У 20% учасників бойових дій спостерігалися окремі симптоми дезадаптаційних реакцій, а у 27% військовослужбовців - тривога, депресія та ворожість .

Почуття та емоції солдатів у складних ситуаціях сучасного бою характеризуються високою інтенсивністю, великою різноманітністю та переходами від одних емоцій до інших. Це призводить або до інтенсивних зусиль, до підвищення фізичних і розумових здібностей, або до порушення розумових і вольових процесів і, в цілому, до дезорганізації військової діяльності. У широкому спектрі почуттів і відчуттів солдата є любов до батьківщини, ненависть до ворога, відповідальність за виконання свого обов'язку, військове товариство, а також перевага цих почуттів над негативними емоціями і відчуттями (страх, сумнів, непевненість). Індивідуальний та колективний ентузіазм, хоробрість та відданість завжди супроводжуються сильними почуттями.

Особливо сильні емоції та емоційні стани (позитивні і негативні) з'являються на початку війни, під час перших боїв. Для того, щоб початок війни не створив емоцій, почуттів і ситуацій, які гальмують або навіть дезорганізують діяльність солдатів, необхідно заздалегідь проводити психологічну підготовку, накопичувати бойовий досвід і розвивати сильніші емоції та емоційну стійкість. Великий інтерес представляє динаміка емоцій та емоційних станів солдата, який збирається приступити до виконання бойового завдання. Перед виконанням складного бойового завдання солдат гостро усвідомлює минулі події свого життя. Емоційні образи спливають у його свідомості, він згадує людей і місця, близькі йому по духу. Солдат шукає у своїй пам'яті все, що йому близьке і рідне. Ці спогади впливають на його мотивацію виконувати свій обов'язок.

Адаптація військовослужбовців розглядається як пристосування до умов армійського життя, що ґрунтується на змінах у їхній психіці. Основними особливостями є: суворе дотримання військових правил, дисципліна і

підпорядкування, суворий розпорядок дня, життя в казармах, гарнізонах, гарнізонна служба і служба вдома, часта невидимість для рідних і близьких, а також великий обсяг військових знань, навичок і вмінь, які молодий солдат повинен засвоїти за обмежений проміжок часу.

Військовослужбовець стає суб'єктом у процесі розробки рішень проблем і суперечностей життя – у складному середовищі окремих підрозділів ці ситуації актуалізуються і існує більше можливостей для формування суб'єктивності. Процес соціалізації є більш інтенсивним в окремих підрозділах, які можна назвати складним соціальним середовищем. Складну ситуацію розвитку у військовому середовищі характеризують такі показники:

1) психологічні характеристики мають пріоритет, соціальні характеристики є другорядними (абсолютний пріоритет характеру військової служби, її надзвичайно індивідуалізований характер)

2) надмірні очікування командира щодо особистості солдата в цілому, а також результатів його діяльності

3) службові перевантаження (великий обсяг інформації, що підлягає засвоєнню, інтенсивна підготовка, інтенсивні фізичні навантаження тощо);

4) складні міжособистісні стосунки (конкуренція, недоброзичливість, суперництво тощо);

5) характерно, що занурення в таке середовище і «виживання» в ньому сприяють «загартовуванню» особистості по відношенню до соціальних впливів, індивідуалізації як суб'єкта свого життя [15]. Таким чином, в одиницях престижу актуалізується процес становлення суб'єктності індивіда.

Під час військової служби найчастіше зустрічаються непатологічні форми девіантної поведінки військовослужбовців, тобто без ознак психічного захворювання. Непатологічні форми девіантної та кримінальної поведінки переважно мають вигляд ситуативних та особистісних реакцій і найчастіше спостерігаються у військовослужбовців з психічними відхиленнями, ознаками соціальної та педагогічної занедбаності та стрессогенних особистостей.

Ситуативно-особистісні прояви в основному характеризуються реакціями невибіркового залишення частини, які, в свою чергу, бувають різних типів:

- Ситуативні реакції (спонтанні реакції самозахисту) виникають і призводять до того, військовослужбовець самовільно покидає частину. Такі реакції є результатом неінституціоналізованих форм комунікації, таких як різні форми морального та фізичного насильства з боку колег, очікування покарання після порушення. Ці реакції за своєю природою є втечею від травматичної ситуації, оскільки вона не приймається, і мають характер самооборони, що виражає пасивний протест проти конфлікту.

У більшості випадків ці реакції мають гострий характер, а самовільне залишення підрозділу часто відбувається без оскарження мотивів; - реакції на відмову від єдності з метою досягнення незалежності (визвольні реакції) є окремим типом ситуативно-особистісних реакцій. Спільним для них є прагнення звільнитися від опіки начальника, труднощів служби та виконання наказів.

Причина самовільного залишення частини зазвичай пов'язана з різного роду конфліктами з начальством, і цим реакціям сприяє психологічне небажання підкорятися начальству і внутрішній протест. Такими особами керує не страх перед начальством, а бажання позбутися обридлого режиму та надмірного контролю. У цих реакціях домінуючу роль відіграє особистісний компонент, коли безпосередньою причиною залишення частини є відмова підкорятися і виконувати накази. Реакції на втечу з частини, спрямовані на вирішення ситуації (інфантильні реакції), які є переважно ситуативними, схожі на імпульсивні реакції самозахисту, але характеризуються меншою емоційною насиченістю та дитячим підходом до вирішення складних ситуацій. Основними характеристиками цього типу реакції є психологічна мотивація вийти з гри без дозволу та акцент на вирішенні конфлікту. - Реакції відходу, спрямовані на задоволення примітивних бажань і розваг (гедоністичні реакції), містять егоцентричні установки з явним дисонансом між емоційними і вольовими якостями, морально-етичну слабкість, що виражається в недостатньому огляді

можливих наслідків дії. Ці реакції мотивовані задоволенням та бажанням розважитися. Реакції, що випливають з менш очевидних причин (аморфні емоційні реакції), мають спільну рису: відсутність видимої об'єктивної причини для залишення закладу. Особи, які залишили установу через такі реакції, ставляться байдуже до думки своїх колег, є самотніми і надають формальні пояснення своїй поведінці.

Умови бойових дій- це ситуації невизначеності, які складно контролювати й інколи, дуже складно передбачити. Так, командир може змінити тактичні рішення навіть в залежності від неочікуваної зміни погоди, коли сонце, що вийшло із-за хмар -це не про тепло й освітлення, а про небезпеку, бо в сонячну погоду суттєво активується використання супротивником БПЛА («дронів»). Тож, однією із найважливіших якостей військовослужбовця, яка забезпечить збереження ментального здоров'я є здатність особистості адаптуватися, бути толерантним до умов невизначеності.

Дослідники виділяють такі характеристики невизначених ситуацій: суперечливість і амбівалентність (С. Литвін); багатовимірність, мультисистемність і наявність численних об'єктивних і суб'єктивних конфліктів (В. Семиченко, К. Артюшина); неконтрольована ситуація як суб'єктивна нездатність контролювати хід подій, протистояти непередбачуваним подіям і передбачати їх (А. Гусєв) тощо. Вони зазначають, що невизначені ситуації виникають як через брак інформації, так і через її надмірну різноманітність (Г. Павленко); через надмірну кількість нової, суперечливої інформації (С. Литвін); що невизначеність для суб'єкта полягає в теоретичній необізнаності про майбутнє, в неможливості точного прогнозування подій і є особливим підґрунтям соціального життя, але важливим фактором є саме суб'єктивна оцінка і сприйняття ситуації людиною як складної або, навпаки, як ситуації, що відкриває позитивні можливості [22]. У цьому контексті роль толерантності до невизначеності – як психологічної безпеки – у таких процесах все частіше стає центром уваги дослідників. Толерантність до невизначеності вважається невід'ємною частиною особистості (Г. Павленко); як риса

особистості, що забезпечує стійкість до критичних подій, пов'язаних з невизначеністю основ самого існування і що виникають під час переходу до нової ідентичності (А. Гусев) і виражається в постійній готовності до всього (С. Литвин); як риса особистості, що виражається в здатності витримувати невизначені ситуації (П. Лушин; Н. Кернер) [6], а також у нейтральній або позитивній оцінці невизначених ситуацій і здатності до превентивних реакцій, яка зберігається навіть тоді, коли інформація є неповною, новою та/або суперечливою (Г. Громова); як сукупність негативних і позитивних психологічних реакцій, викликаних свідомим усвідомленням певних аспектів незнання (M. Hillen et al.) тощо. Здається логічним, що в невизначених ситуаціях, щоб успішно подолати виклики та зберегти своє благополуччя, людина обере потужні психологічні ресурси, використання яких дозволяє йому залишатися максимально ефективним і продуктивним та зберегти своє благополуччя.

В умовах війни солдати стикаються не тільки з фізичними травмами та пораненнями. Так звана бойова психологічна травма (БПТ) є дуже поширеним явищем, з яким стикаються багато людей, що воюють у гарячих точках. Вона характеризується важким психічним розладом, що виникає внаслідок факторів бойової ситуації. Цей стан вимагає своєчасної, кваліфікованої психологічної допомоги, а також правильного діагнозу, оскільки його часто плутають із струсом мозку та травмами соматичного походження.

Психологічні особливості солдатів вперше привернули увагу вченого Жакова Мендеса да Коста, який описав психосоматичні розлади учасників Громадянської війни в США. Один із таких розладів він назвав «військовим серцем». І хоча в описі велика увага приділялася кардіологічним симптомам, ця патологія багато в чому нагадувала ПТСР. Сам термін вперше з'явився під час Першої світової війни, яка була найсмертоноснішою порівняно з попередніми війнами. Його автором був британський психіатр Чарльз Майерс. Оригінальний термін був «*shellshock*», що буквально означає «шокова травма від вибуху гранати».

Під час Другої Світової Війни вивчення подібних розладів продовжилось, і в обіг увійшов термін «невроз воєнного часу». А уже в 1952 р. цю хворобу офіційно визнало Американське психіатричне товариство та включило її у класифікацію DSM 2 як «реакцію на сильний емоційний і фізичний стрес».

Сьогодні термін «психічна травма» є дуже поширеним і використовується в сучасному науковому контексті, зокрема в галузі військової психології та психічного здоров'я. У психоаналітичному підході термін «психічна травма» був введений З. Фрейдом і систематизований дослідженнями А. Кардінера та М. Горовіца, які назвали це явище «військовою неврозою» та «хронічною військовою неврозою». У когнітивній психології психологічна травма війни розглядається як руйнування когнітивних моделей і фундаментальних переконань особистості (Бартлетт, Горовіц, Брюїн, Холмс, Янофф-Булман). Різні аспекти загального спектру психологічної травми розглядаються в роботах Джеймі Мерріка, Гретхен Шмельцер і Бесселя ван дер Колка. Дослідники визначили поняття комплексної травми війни, її вплив на бойові здібності солдатів та додаткові наслідки травматичного досвіду (Джудіт Герман, Гретхен Шмельцер). Вони проаналізували фактори, що впливають на розвиток травм війни (Желімір, Комар, Брюїн, Соломон, Кардена, Карлсон, Єгуда).

Слово «травматичний» вперше з'являється в Оксфордському словнику 1656 року, де травма визначається як поняття, «що може стосуватися пошкоджень та їх лікування» (все, що має відношення до фізичних пошкоджень або лікування пошкоджень). Лише наприкінці XIX століття цей термін почали використовувати для опису психічного стресу та травм, спричинених насильством і втратою. У ширшому сенсі травма визначається як раптовий, потенційно смертельний досвід, який часто залишає після себе тривалі болісні спогади.

Події, які можуть вважатися потенційно травматичними, включають широкий спектр навмисних і ненавмисних актів насильства (актів жорстокості), таких як напади, фізичне або сексуальне насильство, нещасні випадки, природні та біотехнологічні катастрофи, викрадення та захоплення заручників,

смертельні захворювання, каліцтва, війни та терористичні атаки, тортури, позбавлення волі тощо. Усі ці різні події можна об'єднати під загальним терміном «травма» або «психологічна травма», навіть якщо кожна з них має своє власне значення та свої причини. Травматичні події відрізняються між собою за характером, частотою і тривалістю загрози, а також за їх особистим значенням, яке може змінюватися з плином часу. Однак, крім складних психологічних проявів на нейробіологічному рівні, травма, або травматичний стрес, є неспецифічною реакцією нашого організму на різні травматичні події. Проте травма — це не тільки подія, що відбувається в конкретному місці.

Це триетапний процес, який має фізичні, психологічні та соціальні наслідки. Фізичні, психологічні та соціальні симптоми та розлади залежать від багатьох факторів, таких як вразливість, стійкість, адаптивні та неадаптивні реакції, що виникли в травматичних ситуаціях, та травматичні спогади, що залишилися. Травма також має часовий і соціальний вимір. Нарешті, травма має також духовний вимір. Розлади, які вона викликає, варіюються від фізичного до екзистенційного болю. І це може заплутати уявлення про мораль, цінності, принципи, ідентичність, переконання та ідеали.

Травма в першу чергу означає фізичну травму, рану. Насправді наше тіло реагує на інтенсивний стрес, коли людське життя знаходиться в небезпеці, так, ніби йому загрожує фізична травма. Наприклад, загальновідомо, що в разі гострого стресу протромбіновий індекс (індекс згортання крові) значно підвищується [37]. Це один з елементів мимовільної і неспецифічної реакції нашого організму, метою якої є мінімізація втрати крові. Виявилось, що підвищення індексу згортання крові відбувається не тільки в разі гострого стресу, але й у разі хронічного посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Початкові уявлення про психічну травму сформувалися в рамках психодинамічної моделі. З. Фрейд у своїй праці «Інша сторона задоволення» запропонував енергетичний підхід до травми. З. Фрейд писав, що «будь-яка подія, яка викликає біль, страх, сором, втрату, душевний біль, може мати травматичний вплив на психіку. Те, чи стане ця подія травмою, залежить від

чутливості жертви» [4]. Відкриття психоаналізу дають нам можливість розглядати травматичні неврози війни з точки зору причинно-наслідкових зв'язків, тобто виявляти причинно-наслідкові зв'язки – «запобігання, яке лежить в основі будь-якої неврози» [48].

У 1941 році А. Кардінер у одному зі своїх перших систематичних досліджень назвав це явище «хронічним військовим неврозом. Він був першим, хто надав комплексний опис симптомів:

- 1) нервозність і дратівливість
- 2) неконтрольована реакція на раптові подразники
- 3) фіксація на обставинах травматичної події
- 4) втеча від реальності

5) схильність до неконтрольованих агресивних реакцій [28]. Після війни у В'єтнамі термін «воєнний невроз» до 1980 року був замінений у сучасній психіатрії терміном «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР), який був включений до DSM-III (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) — класифікаційної системи Американської психіатричної асоціації. У 1995 році ПТСР було включено до десятого видання класифікаційної системи Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10). Згідно з цією класифікацією, ПТСР є найпоширенішою і найочевиднішою формою військової патології.

Когнітивні концепції психічних травм базуються на теорії стресу Р. Лазаруса та роботах А. Бека. Залежно від оцінки стресової ситуації та вторинної оцінки (оцінка власних ресурсів самоконтролю в цій ситуації окремою особою) формується певний стиль подолання: орієнтований на проблему (заходи, спрямовані на подолання стресової ситуації) та орієнтований на емоції (заходи, спрямовані на поліпшення емоційного стану). Психічні травми в когнітивній психології розглядаються як руйнування основних когнітивних схем або основних переконань.

Когнітивні схеми слугують пояснювальними конструкціями, які визначають процес сприйняття суб'єктом свого оточення та уявлення про себе в свідомості особистості. М. Горовіц був першим, хто описав вплив травм на

глибоко вкорінене уявлення людини про себе, світ і майбутнє, і вказав, що процес одужання відбувається шляхом зміни когнітивних структур [56]. Однак найповніший опис впливу травм на систему переконань особистості міститься в працях Роні Янофф-Булман, які базуються на когнітивно-експериментальній теорії Епштейна. На думку Янофф-Булман, структура основних переконань включає в себе негласні переконання особистості про доброзичливість і справедливість навколишнього середовища, про контроль (люди здатні контролювати те, що з ними відбувається), а також про цінності і власну значущість. Перераховані переконання слугують для людини орієнтиром, опорою, за допомогою яких вона може зрозуміти світ [60].

У воєнний час усі згадані цінності можуть бути знищені одночасно. Якщо солдат не отримує психологічної підтримки від оточення, він залишається без підтримки і повністю втрачає здатність орієнтуватися у світі, в ситуації, в собі. І що найголовніше, чим «гуманістичнішими» здавалися фундаментальні цінності солдата, тим драматичнішим є їх знищення. Солдат відчуває себе слабким. Цей стан безсилля може призвести до так званої психічної поразки (mental defeat) – ситуації, в якій солдат втрачає віру в силу своєї волі, відчуває себе «бездушним», розбитим і більше не дбає про життя чи смерть. Поведінковий підхід базується на моделі двох факторів психологічного травматичного досвіду, яка розглядає психологічний травматичний досвід з точки зору класичної та функціональної залежності.

В жертви травматичних подій виникає почуття страху, яке проявляється як реакція на будь-які зовнішні подразники, схожі на травматичну подію. Функціональна залежність проявляється у тому, що людина відкидає будь-які подразники, які викликають цей страх. Травма є ширшим поняттям, ніж гострий стрес (Acute Stress Disorder, ASD) або посттравматичний стресовий розлад (PTSD). Для кращого розуміння природи травми можна використовувати поняття «спектр травми», яке охоплює низку проблем, спричинених травмою: від повсякденних мікротравм до складних травм, серйозної залежності (адикції) та дисоціативних розладів. Хоча ці психічні розлади належать до різних

категорій, якщо їхнє походження є травматичним, тобто пов'язаним з травмою (trauma-related), всі вони мають спільні, універсальні характеристики, які відрізняють їх від психічних розладів, що не мають травматичного походження. Ці унікальні характеристики визначаються нейробіологією травмованого мозку, як описано в дослідженні Бессела Ван дер Колка. Він визначив три основні характеристики, які відрізняють травмований мозок від здорового.

- Перша - це вища система сприйняття загроз (threat perception system), за яку відповідає когнітивна частина мозку (амигдала), що підтримує порядок у нашому тілі.

- Друга - це система фільтрування (filtering system), яка контролює та фільтрує сенсорну інформацію (здатність зосередитися на важливій інформації та відкинути менш важливу).

- Третя - це так звана система самосприйняття (selfsensing system), яка знаходиться в проміжних структурах мозку: (anterior cingulate cortex, vmPFC and insula). Справа в тому, що ці структури мозку відповідають не тільки за негативні емоції, але й за весь спектр емоцій, що становить основу нашої самосвідомості. І коли людина намагається «відключити» нестерпні емоції, придушити і заглушити свої почуття, викликати «відчуття некрозу», вона позбавляє себе здатності відчувати себе живою. Як би парадоксально це не здавалося, травмовані солдати відчують себе повноцінно живими лише тоді, коли знову опиняються в екстремальних умовах (у бою). Навіть якщо вони ненавидять те, що пережили, вони одночасно відчують природне прагнення до подібних ситуацій. Травмований солдат зазвичай відчуває оніміння, скутість, байдужість, він не може насолоджуватися життям і відчуває себе живим лише тоді, коли опиняється в ситуації, яка викликала цей жах. Це явище називається «травматичним відтворенням» (traumatic re-enactment) [72].

Бойова психічна травма (БПТ) — це нездатність людини психологічно та ментально протистояти травматичним факторам бойової ситуації, що супроводжується порушенням самоконтролю, спотворенням основних цінностей військовослужбовця, втратою орієнтації в собі та навколишньому

світі, а також нездатністю діяти в бою. Іншими словами, людина не поранена, не має забоїв, не отруєна, але не здатна виконувати бойові дії. Залежно від обставин і часу, ТПС можна розділити на різні групи. До першої групи належать ПТСР, які виникають у відносно короткий проміжок часу, майже одразу після психотравматичної ситуації. До другої групи належать ПТСР, які розвиваються протягом відносно тривалого часу під впливом менш інтенсивних, але постійних факторів.

Людина може реагувати на БПТ двома основними способами: явною поведінкою та надмірним збудженням. БПТ проявляється на фізіологічному, психологічному та поведінковому рівнях. Чи призведуть травматичні переживання до травматичних бойових переживань, залежить від багатьох факторів, таких як фактори на полі бою, фактори запобігання бойовому стресу, лідерство та лідерські якості, досвід та оцінка бойової ситуації, а також реакція на бойовий стрес. Здатність солдата протистояти стресу війни залежить від трьох груп факторів та їх взаємодії: біологічних (наприклад, генетична схильність), психологічних (наприклад, стратегії подолання) та міжособистісних (наприклад, соціальна підтримка). Реакція солдатів на фактори бойового стресу залежить від того, наскільки вони важливі для кожного учасника конкретного бою, а також від їхньої поведінки в стресових ситуаціях. Звичайно, ймовірність хронічних наслідків психологічних травм війни безпосередньо залежить від серйозності стресу та тривалості перебування в зоні бойових дій.

Наразі українські військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях з 2014 року, страждають від феномену «повторної травми», оскільки значна частина ветеранів продовжує служити в армії навіть після закінчення бойових дій і знову бере участь у боях. Що відбувається, коли травма повторюється знову і знову? У випадку поодинокі травми симптоми, які військові використовують для подолання травми, можуть бути тимчасовими. Ці зусилля можна описати як захисну реакцію.

У разі повторюваних травматичних подій стратегія виживання може бути описана як захисна риса особистості (*defensive trait*). У цьому випадку захисна реакція стає головною рисою особистості солдата. Живучи в травматичному світі, більшість людей, які страждають на ПТСР, втрачають будь-який інтерес до діяльності, яка раніше приносила їм радість, розривають соціальні зв'язки та емоційно закриваються. Зазвичай вони нервові, дратівливі, страждають від проблем зі сном, концентрацією та пам'яттю. Крім того, життя травмованих військових обертається навколо травматичної події. Вчені вважають, що постійне вторгнення травматичних образів у їхнє життя відображає їхні зусилля контролювати травматичну подію шляхом її повторення. Їх апатія, замкнутість та емоційна байдужість частково відображають їхні зусилля втекти від болісних спогадів. Це створює дилему: з одного боку, травмовані солдати намагаються пережити травматичний досвід, з іншого боку, травма продовжує поглинати більшу частину їхньої уваги та життєвої енергії.

Заслуговує уваги той факт, що згідно з ретроспективним аналізом даних історії хвороби з Військового медичного клінічного центру Північного регіону (Україна) показав 7-кратне збільшення кількості госпіталізацій під час активних бойових дій. Тривожні, дисоціативні, стресові, соматоформні та інші несприятелі розлади (F40 - F48) були найпоширенішими проблемами психічного здоров'я, що становили 76,1% випадків госпіталізації [47].

Депресія є поширеною і дедалі більшою проблемою громадського здоров'я, оскільки її поширеність зростає і вона входить до 25 провідних причин тягаря у світі в 2019 році, що пов'язано з великим соціальним та економічним тягарем. Серед досліджень факторів ризику депресії військовий досвід вивчався багато, але консенсусу ще не досягнуто. Перехресне дослідження в Америці показало, що поширеність депресії серед ветеранів не відрізняється від поширеності серед не ветеранів, що вказує на те, що військова служба може не бути пов'язана з депресивними симптомами. Проте було також зазначено, що військова служба, особливо пов'язана з бойовими діями, може призвести до погіршення психічного стану, наприклад, до депресивних

розладів, серед чоловіків-ветеранів. Ця думка є спільною для кількох західних країн, включаючи Німеччину, Велику Британію та Канаду. Крім того, було доведено, що військовий досвід зміцнює соціальну мережу, створює відчуття приналежності та забезпечує стабільне середовище, яке захищає людей від депресії.

У деяких літературних джерелах також розглядалася тривалість військової служби як показник військового досвіду, але висновки також були різними. Дослідження у Великій Британії показали, що більш тривалий термін військової служби був пов'язаний з меншим ризиком психічних розладів. Однак дослідження серед американського особового складу, що перебуває на дійсній службі, показало, що тривалість розгортання збільшувала ризик тяжких депресивних розладів, а солдати схилилися до суїцидальної поведінки протягом перших 2 років військової служби [92]. Ці, на перший погляд, суперечливі висновки вказували на відмінності у військових системах різних країн і припускали можливість нелінійності, яку попередні дослідження не змогли оцінити.

Незважаючи на психічні наслідки, військовий досвід зазвичай має подвійний вплив на фізичне здоров'я солдатів під час і після служби. З одного боку, чоловіки з військовим досвідом зазвичай були фізично здоровішими за своїх однолітків, принаймні до початку служби в армії, завдяки вимогам до призову, і багато з них зберігали кращу фізичну форму завдяки фізичним вправам, які вони виконували в армії, у подальшому житті. З іншого боку, ветерани можуть страждати від підвищеного ризику серцево-судинних захворювань, що може бути пов'язано з фізіологічним навантаженням, яке накладається військовою підготовкою, яка зазвичай є обов'язковою під час служби, або з ризиком надмірної ваги, ожиріння та інших хронічних захворювань, що виникають через складність підтримки того ж рівня фізичної активності після виходу на пенсію. Повідомлялося, що американські ветерани страждали від більш високих показників хронічних захворювань, включаючи

інсульт, артрит і рак, ніж їхні колеги, оскільки вони стикалися з численними розгортаннями і навіть бойовими діями [92].

Водночас психологічна травма є також конкретною зміною особистості солдата під час переживання травматичних подій. Подолання травми вже не є настільки руйнівним, і людина починає шукати позитивні зміни, що настають після травматичної кризи. Це явище називається «посттравматичним підвищенням стресу». На концептуальному рівні фокус у сучасних дослідженнях зміщується від психопатології військових травм і ПТСР до стабільності та розвитку, особливо в зусиллях компенсувати негативні наслідки діагнозу ПТСР.

У психології посттравматичне зростання (PTG) — це позитивні психологічні зміни, що відбуваються в результаті боротьби з надзвичайно складними, стресовими життєвими обставинами. Ці обставини становлять значний виклик для адаптаційних ресурсів особистості та ставлять під сумнів її уявлення про світ і своє місце в ньому [72]. Посттравматичне зростання передбачає «життя-змінювальні» психологічні зрушення в мисленні та ставленні до світу і себе, що сприяють особистому процесу змін, який має глибоке значення.

Особи, які переживають посттравматичне зростання, часто повідомляють про зміни в наступних п'яти сферах: вдячність за життя; стосунки з іншими; особиста сила; нові можливості; духовні, екзистенційні або філософські зміни.

Ці зміни дозволяють таким людям надати сенс своїм травматичним переживанням, щоб краще зрозуміти себе, що дозволяє їм цінувати всі аспекти свого життя, міцніші стосунки дозволяють їм підвищити емпатію, а особиста сила стає також стійкістю, духовні переживання або філософія допомагають їм прийняти нові основні переконання [72]. Ці п'ять сфер дозволяють таким людям зростати та знаходити сенс у різних, але взаємопов'язаних джерелах.

Посттравматичне зростання можливе у військовослужбовців, які під час війни зазнали різних форм стресу та травматичних переживань. Цей процес відбувається незалежно від конкретного характеру травматичних подій, однак

його вираженість залежить від ступеня пережитого. Водночас на ступінь посттравматичного розвитку можуть впливати як індивідуальні, так і групові фактори, що свідчить про необхідність враховувати соціокультурний досвід. Часові рамки травматичних подій та особливості реабілітації. Результати показали, що солдати, які були звільнені з полону (примусова ізоляція), у всіх відношеннях демонстрували більш виражені ознаки посттравматичного розвитку, ніж інші групи, що, ймовірно, пов'язано з їхніми екстремальними переживаннями під час полону (примусова ізоляція). Травми (травматичні переживання) та травматичні події мають значний вплив на психічний та фізичний стан військовослужбовців, оскільки вони знижують стійкість, самоефективність та емоційну стабільність і збільшують кількість симптомів ПТСР та фізичних скарг.

Той факт, що більшість солдатів, які зазнали екстремальних бойових ситуацій, не мають розладів, таких як ПТСР, викликав інтерес до феномену життєстійкості (резильєнтності). Цей термін в останні роки набув поширення в науковому та клінічному світі. Резильєнсність означає динамічний процес, який передбачає позитивну адаптацію до обставин із значними труднощами. Однак існують різні уявлення про поняття резильєнтності. Резильєнсність можна розглядати як властивість, особистісну рису, процес і результат. Деякі дослідники розглядають резилієнцію як повторюваний, певний процес розвитку, який є постійним, тоді як інші вважають резилієнцію рисою характеру.

В Україні було проведено дослідження, в якому порівнювали показники фізичного та психічного здоров'я, рівень резильєнтності та індекс посттравматичного зростання у військовослужбовців із бойових підрозділів, у тих, хто був визволений з полону та у тих, хто проходить реабілітацію. Група військовослужбовців з бойових підрозділів продемонструвала кращі результати, особливо в плані фізичного та психічного здоров'я. Це може свідчити про те, що вони значно краще пристосовуються до умов війни (здатність пристосовуватися до труднощів, стресових подій у житті та значних загроз).

Проте навіть у цій групі спостерігається значне погіршення стану здоров'я та емоційного стану, що підкреслює необхідність систематичної та всебічної підтримки всіх категорій військовослужбовців. Результати дослідження показали, що резильєнтність та самоефективність є необхідними для підтримки та сприяння посттравматичному розвитку. Це особливо стосується військовослужбовців, які проходили реабілітацію, для яких резильєнтність стала найсильнішим показником посттравматичного розвитку. Це вказує на те, що програми перепідготовки та реабілітації повинні включати заходи для підвищення особистої резильєнтності та самоефективності, які не тільки сприяють одужанню військовослужбовців, але й підтримують посттравматичний розвиток. Дослідження встановило, що солдати з менш серйозними симптомами ПТСР та фізичними скаргами демонструють вищий рівень посттравматичного розвитку. Це особливо помітно у тих, хто проходив реабілітацію, що підкреслює важливість ранньої медичної та психологічної допомоги для мінімізації негативних наслідків стресу та сприяння процесу розвитку [26].

Той факт, що у більшості військовослужбовців, які зіткнулися з екстремальними бойовими ситуаціями, не розвивалися розлади на кшталт ПТСР, викликав інтерес до феномену стійкості. Ця концепція широко використовується в останні роки в науковому та клінічному світі. Стійкість відноситься до динамічного процесу, що включає позитивну адаптацію до обставин перед значними негараздами. Проте є різне розуміння стійкості. Стійкість можна розглядати як якість, особисту рису, процес і результат. Деякі дослідники розуміють стійкість як багаторазово детермінований процес розвитку, який є фіксованим, інші розглядають стійкість як особистісну властивість. Більш детально даний феномен ми розглянемо в наступних наших дослідженнях. Тим не менш, надана екстрена психологічна допомога запобігає розвитку травми, ПТСР, дозволяє зберегти здоров'я та професійне довголіття військовослужбовцям.

Спеціально для учасників бойових дій були розроблені програми підтримки психічного здоров'я під час військових операцій, зокрема програми «*Combat Operationa Stress Contro (COSC)*» та «*Trauma Risk Management (TRiM)*». Наприклад, ізраїльські вчені створили модель BASIC Ph, в якій шість елементів (B – віра і переконання, A – емоції, S – товарицькість, I – увага; C – когнітивні стратегії; Ph – фізична активність) характеризують індивідуальну стійкість кожної людини в кризових ситуаціях. Після закінчення бойових дій дослідники дійшли висновку, що найефективнішим способом допомоги солдатам, які зазнали психологічної травми, є комплексна медико-психологічна реабілітація. Важливим елементом медико-психологічної реабілітації є психотерапія. Її мета – відновити впевненість травмованої людини, пробудити її віру в себе, зміцнити волю, усунути та полегшити патологічний емоційний стан, виправити патологічні психологічні відносини та усунути патологічну самогіпнозу. Найшвидшими психотерапевтичними методами є: когнітивна терапія, когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, кататимно-імагінативна психотерапія, тілесна терапія, логотерапія та інші. Однак логотерапія гарантує довгостроковий результат навіть у разі пізнього лікування.

Найкращим показником травма-терапії є відновлення здатності того, хто вижив, отримувати задоволення від життя. (*The best indices of resolution are the survivor's restored capacity to take pleasure in her life*). Цією фразою Юдіт Герман пророкувала те, як має розвиватися травма-терапія у майбутньому.

Незважаючи на численні дослідження, поняття «психічна травма» залишається актуальним, оскільки це надзвичайно драматичне явище, яке може торкнутися кожного. З одного боку, травматичний досвід показує нам межі нашої здатності керувати своїм життям і контролювати життєві обставини, з іншого боку, поняття «психічна травма» є «небезпечним», оскільки його часто використовують дуже легковажно і поспішно. Не всі стресові події є травматичними переживаннями, і не всі люди, які пережили війну, катастрофи або тероризм, є травмованими. Надмірне використання цього терміна може спричинити ризик медикалізації допомоги постраждалим та ігнорування їхньої

автономії та здатності до адаптації. У цьому контексті здатність травмованого солдата не тільки продовжувати військову службу, але й повернутися до нормального життя без травм є надзвичайно важливою для України. Для захисту психічного здоров'я учасників бойових дій необхідно розробити превентивні підходи до травм та розширити вплив різних форм втручання. Це показує, що допомога при травмах не може бути надана без створення відповідної системи реабілітації, волі самого солдата та участі всього суспільства в цьому процесі.

### **1.3 Використання символдрами у відновленні комбатантів**

Символдрама є ефективним інструментом психологічної реабілітації солдатів, який дозволяє їм подолати наслідки травматичних подій за допомогою глибоких емоційних переживань і самовираження. Цей метод може бути особливо корисним у поєднанні з іншими формами терапії, щоб забезпечити комплексний підхід до відновлення психічного здоров'я. Метод символдрами виявився ефективним при різних психологічних проблемах, таких як стрес, депресія та ПТСР, які часто зустрічаються в учасників бойових дій. Цей метод пропонує унікальний шлях до емоційного самовираження та зцілення, що робить його цінним інструментом для реабілітації людей, які страждають від психологічних наслідків війни.

Цілі застосування символдраматичних технік можуть бути такими [57]: – десенсибілізація (заміна, гальмування) в ситуаціях, що викликають сильні негативні емоційні реакції – підвищення залученості особистості (розвиток реакцій, що викликають радість) – значне зменшення залежності (гальмування) (це може бути надмірне депресивне почуття провини, залежність від певних осіб тощо); – зміна моделей поведінки та патогенних програм (уникнення спілкування з певними особами, сценарії невдач тощо); – застосування образів, створених під час попередніх сеансів – створення прийнятних відносин між різними альтер-его клієнта – підвищення креативності пацієнта (досягається шляхом розвитку вільного руху всередині особистості).

З точки зору нейроендокринології, уява допомагає зменшити активацію гіпоталамо-гіпофізарно-наднирковозалозної осі, що може призвести до зниження рівня глюкокортикоїдів і катехоламінів [21; 26]. Позитивна уява та релаксація стимулюють виділення ендорфінів, які зв'язуються з опіоїдними рецепторами в центральній нервовій системі та гальмують передачу болю [9].

Терапія уявних репетицій (IRT) *Imagery Rehearsal Therapy* — це метод, за допомогою якого можна лікувати типові симптоми ПТСР, а саме нічні кошмари, використовуючи уяву. При IRT не згадуються ані травма, ані травматичний зміст кошмару [12;17]. Краків, Холліфілд та інші розробили процедуру втручання IRT. Тривалість терапії — дві сесії по три години на тиждень, під час першої сесії пацієнтам (або групі з 4-8 пацієнтів) представляють метод IRT і вчать їх працювати з уявою та уявляти приємні образи. Під час другого сеансу пацієнтів просять описати один зі своїх кошмарів, а потім «змінити кошмар на свій розсуд» і описати змінений сон. Після цього пацієнт протягом 10-15 хвилин уявляє собі «змінений» сон. Потім він коротко описує старий кошмар і те, як він змінився під час написання та уявлення. Щоб уникнути повторної травматизації, пацієнтам рекомендується спочатку працювати з менш інтенсивними кошмарами, а потім поступово переходити до більш травматичних. Експериментальне випробування методу показало значне зменшення кількості кошмарів у австралійських солдатів, які страждали на посттравматичний стресовий синдром [12].

Перепрограмування образів *Imagery rescripting* — це метод, розроблений для полегшення симптомів посттравматичного стресу у дітей, які зазнали сексуального насильства, та для зміни моделей поведінки, пов'язаних із наслідками насильства (безпорадність, віктимізація, відчуття «внутрішньої злості»). Цей метод поєднує уявну експозицію (уявлення про травматичну подію) з переформулюванням уявлень (зміна сцени насильства під час уявлення). Мета переформулювання — замінити образ «я-жертви» образом сильної, здібної людини, яка більше не «застигла» в ситуації слабкості [25]. Для переформулювання поточної травми Арнц пропонує наступну інструкцію:

Почніть з опису травматичної ситуації. Запитайте пацієнта про його почуття, потреби та бажання: «Що відбувається? Що він бачить, що чує, що відчуває? Що він відчуває? Що йому потрібно? Що він хоче зробити?» Запропонуйте пацієнту робити все, що він хоче.

Результатом лікування є не тільки усунення симптомів ПТСР, але й усунення негативних наслідків травми, таких як негативний образ себе, ненависть до себе, відчуття власної нікчемності та сором. Арнц виділяє наступні фактори, пов'язані з ефективністю ImR: Уява викликає емоції. Емоції викликають уяву. Перетворення когнітивних функцій набагато ефективніше, якщо залучається уява. Існує лише невелика різниця в активації ділянок мозку в результаті уяви та реального досвіду (навіть якщо людина усвідомлює, що уяви не є реальними). ImR модифікують спогади та пов'язані з ними емоції [4]. Емпіричні експерименти продемонстрували високу ефективність цього методу в лікуванні симптомів ПТСР [4] та нічних кошмарів [47].

Результати теоретичних та емпіричних досліджень, пов'язаних з особистістю пацієнтів, під час та після застосування символдрами дозволяють обговорити багатогранний вплив цього психотерапевтичного підходу на особистість, залежно від його організації. Таким чином, робота в символічній та фантазійній сфері є особливо важливою для пацієнтів, які мають надмірно розвинений захисний механізм – інтелектуалізацію, яка допомагає їм підсвідомо захищати себе від критики та навішування ярликів. У пацієнтів з домінуючими психосоматичними симптомами робота в символічній драмі дозволяє усвідомити взаємозалежність тіла і душі. Пацієнти, які пережили травму, особливо виграють від фантазій, оскільки їх можна спрямувати на фантастичні інтроспективні процеси відокремлення. У пацієнтів з депресією фантазії допомагають регулювати «близькість-дистанція», що для них особливо важко через внутрішні проблеми, пов'язані з межами. Пацієнти, які страждають на розлади адаптації, отримують користь від стабілізуючих і зміцнюючих функцій фантазії [11, 39. с.]. Таким чином, на основі вищесказаного, можна говорити про широкі діагностичні та терапевтичні можливості символдрами:

опрацювання внутрішніх конфліктів за допомогою уяви виконує виразну та прояснювальну функцію в процесі відтворення образу. Підтримка відступу в ситуаціях перевантаження виконує стабілізуючу функцію, зміцнення самосистеми, що стимулює зрілість і подолання розколу, виконує структуруючу функцію. Таким чином, символічне зображення мотивів дозволяє застосовувати цей метод як психодіагностичний інструмент (на суб'єктивному та об'єктивному рівнях) та інструмент екологічної психотерапії з широкими можливостями використання.

Кататимно-імагінативна психотерапія (символдрама, КІП) – ієрархічно організована і структурована система методів і принципів психотерапевтичного застосування [28]. У теорії та техніці КІП можна виділити три напрямки щодо психотерапевтичних ефектів.

- Перший напрямок – це концентрація на конфлікті пацієнта та опрацювання цього конфлікту під час терапії. Тим часом фантазія, супроводжувана та «захищена» терапевтом, дозволяє пацієнту пережити сцени, що містять як поточні, так і минулі конфлікти, та символічно їх подолати [5; 6].

- Другий підхід є «ресурсно-орієнтованим» і спрямований на задоволення потреб пацієнта за допомогою неконфліктних моделей, коли конфлікти у фантазіях взагалі не виникають. Розслаблення, що виникає в результаті релаксації, супроводжується позитивним настроєм, в якому виникають приємні почуття, ідеальні відносини, щастя, спокій і розслаблення [7; 19; 20; 34; 35].

- Третім компонентом є розвиток творчих здібностей і креативності. Прикладом може слугувати ситуація, коли під час травматичного досвіду пацієнт опиняється в безвихідній ситуації, і вирішення проблеми вимагає активізації його творчих здібностей [20; 14]. Ефективність символічної драми у випадку ПТСР була досліджена Нілсоном і Вотсбі (2010). Після терапевтичного втручання у випробовуваних всі симптоми ПТСР – тривога, агресія, депресія, дисоціація – значно зменшилися порівняно з вихідними показниками. Крамер

(2010) визначив фактори ефективності методу шляхом метааналізу публікацій про застосування символічної драми. Фундаментальне клінічне значення має активація «ресурсів» – позитивних рис особистості, які можуть бути використані для зміцнення здатності пацієнта обробляти свої травматичні переживання з минулого [18].

Клієнт, який перебуває в стані спокою, повинен уявляти собі образи і вільно фантазувати на тему, яку він сам вибрав, або на теми, визначені терапевтом. Клієнт ділиться образами, які спадають йому на думку, з психотерапевтом, який направляє та структурує їх відповідно до плану терапії. Однак він не повинен впливати на зміст образів, щоб особистість клієнта могла розвиватися якомога повніше та глибше. Психотерапевт супроводжує його в цій подорожі. Він задає уточнювальні питання або заохочує його до певних дій, які допомагають виявити психологічні захисні механізми та вирішити несвідомі конфлікти.

Психотерапевт допомагає клієнту уявити, повторюючи слова «так», «м-м-м». Зображення можуть з'являтися швидко і несподівано, обходячи всі захисні механізми психіки. Все, що глибоко вкорінилося в підсвідомості, спливає на поверхню і відбивається в образі, що може активувати захисний механізм [20, с. 62]. Ці образи відображають внутрішній світ людини у всіх його проявах: унікальність її особистості, несвідомі суперечності, певні реакції, почуття, які вона завжди придушувала, гармонійні моделі відносин із суспільством. За допомогою порад психотерапевта клієнт аналізує те, що побачив, зосереджується на своєму несвідомому і відкриває, як він з ним взаємодіє. В результаті цієї роботи пригнічені емоції та почуття стають прийнятними, відокремлені елементи особистості активізуються, відбувається зміна глибинних психологічних установок, що сприяє особистому розвитку. Процес починається з думки [25, с. 4]. Коли пригнічена потреба мотиву задовольняється, людина отримує новий сенсорний досвід, який вона згодом застосує у своєму житті. Рішення, яке знаходить клієнт, є для нього

прийнятним, і виправлення ситуації в його самооцінці призводить до фундаментальних змін у його житті.

Для зміни не потрібно аналізувати та контролювати свою поведінку. Терапія символічними діями спрямована на полегшення розуміння образів та їх використання для досягнення поставлених цілей. Х. Льюїнер сам використовував у своїй роботі 10 основних образів [21]:

1. Початковий образ кожного сеансу: Луг.
2. Сходження на гору для опису пейзажу.
3. Подорож вздовж струмка і проти течії.
4. Опис і вивчення будівлі (будинку).
5. Візуалізація тісних стосунків (з батьками або друзями).

6. Ситуація, спрямована на викликання емоцій та сексуальної поведінки: для жінок він використовував ситуацію, коли їхня машина ламалася і чоловік зупинявся на шосе, щоб підвезти їх, а для чоловіків він використовував образ трояндового куша, з якого вони мали вибрати і зрізати квітку.

7. Лев.

8. Ідеальна людина для клієнта, важлива особистість.

9. Спостереження з луку, на узліссі темного лісу або біля входу в печеру, і очікування істоти, яка вийде з темряви.

10. Болото, з якого виринає образ. Х. Льюїнер вважав, що кожен з цих образів є відображенням підсвідомості. Наприклад, другий образ, сходження на гору, символізує амбіції та професійні цілі клієнта, четвертий символізує його особистість та самооцінку, а сьомий виражає його агресивні почуття та поведінку [21, с. 84].

Слід зазначити, що як в індивідуальній, так і в груповій терапії об'єктом допомоги є конкретна особа: клієнт, член групи. Однак, якщо в індивідуальній терапії психотерапевтична допомога базується на відносинах між людиною і психотерапевтом, то в груповій терапії на особистість і поведінку учасника впливають як знання і навички терапевта, так і психотерапевтичний потенціал інших учасників і групи в цілому. У цьому полягає фундаментальна відмінність

групової психотерапії від індивідуальної. Тому одним з головних завдань групового психотерапевта є виявлення сил, що сприяють розвитку подій, міжособистісних взаємодій та відносин між учасниками, тобто групової динаміки [26]. На відміну від «інтимного» характеру індивідуальної терапії, яка сприяє інтроспекції та розвитку інтроспективних здібностей індивіда, психодинамічна групова терапія, яка відбувається в присутності багатьох учасників, які бачать і слухають один одного, стимулює взаємодію, комунікацію та взаємний емоційний і поведінковий вплив учасників. Таким чином, групова терапія сприяє актуалізації та розвитку інтерактивних здібностей і потенціалу учасників [26].

- Психодинамічна група створює умови для швидкої і досить глибокої регресії членів групи. Зміна регресивних і прогресивних переживань більш очевидна в групі, ніж в індивідуальній терапії. Терапевт може акцентувати увагу на різних рівнях регресії в групі, над якими він працює: рівні раціональної свідомості, рівні Едіпа та рівні доедіпального перенесення [24]. Це дозволяє виявити та опрацювати дитячі потреби та конфлікти членів групи, які можуть несвідомо проявлятися в їхніх взаємодіях та стосунках, у тому числі з психотерапевтом, на основі принципу перенесення, який набуває багатоцільового характеру в групі [24, 38]. У разі помірної регресії групова терапія (едіпів рівень) часто характеризується поліперенесенням, коли група розглядається як відображення сім'ї та відносин, що існують у ній. У разі глибокої регресії (доедіпів рівень) група може сприйматися як материнський об'єкт з раннього дитинства. У певному сенсі група може переживати терапевтичний процес як еволюцію особистості – від симбіозу з групою до оральної залежності від неї, до пошуку автономії та діяльності, пов'язаної з гендерними відмінностями всередині групи.

- Група сприяє міжособистісному навчанню своїх членів: кожен з них отримує від інших зворотний зв'язок щодо своєї поведінки в різних ситуаціях взаємодії, дізнається, як він впливає на інших і як інші його сприймають. Завдяки групі він може усвідомити причини своїх вчинків, частково зрозуміти

свої несвідомі бажання, страхи та ранні травматичні стосунки, які призвели до внутрішніх конфліктів, що впливають на його поточні взаємодії.

- Простір групи зазвичай використовується як «випробувальний майданчик» для тестування змін у мисленні, уяві, поведінці тощо. Перенесення досвіду, набутого в групі, на ситуації поза терапією є легшим і швидшим, ніж перенесення досвіду, набутого в індивідуальній терапії (в останньому випадку більш зріла поведінка клієнта в соціальних взаємодіях з'являється пізніше, коли він починає відповідати новому внутрішньому образу об'єкта, викликаному терапією).

У груповій кататимно-імагінативній психотерапії (ГКІП) вводиться спеціальний структурний фактор: спільний катарсичний досвід зображень, що дозволяє чітко розрізнити рівні роботи групи, які відрізняються ступенем регресії або наявністю еґо- та захисних функцій: уявна фаза попереднє обговорення з вибором теми та перша частина після показу зображення; основне обговорення з когнітивною обробкою внутрішнього конфліктного змісту, що виявляється в зображеннях [38].

- Зображення групи відображають як внутрішню динаміку членів групи, так і аспекти їх міжособистісної взаємодії, моделі поведінки в групі, що дозволяє іншим учасникам дати відповідний відгук, як безпосередньо на зображенні, так і пізніше, усно, під час бесіди. Міжособистісне навчання в уявленнях групи може відбуватися й іншим чином: завдяки механізму проєкції кожен учасник може впізнати в зображенні іншого «щось своє» (бажання, страх, емоцію), чого раніше не усвідомлював у собі. Таким чином відкривається можливість самопізнання, корекції самооцінки, зміни поведінки.

- Перенесення декількох об'єктів у ГКІП, що включає відносини між учасниками та психотерапевтом, проявляється підсвідомо не тільки в їх взаємодії поза образами, але й на тлі групових фантазій, що дозволяє розкрити потреби та внутрішні конфлікти членів групи в ранньому дитинстві. Формування символів на екрані групи полегшує доступ до глибинного змісту конфлікту, до його центру, сприяючи опрацюванню ранніх емоційних

переживань разом із супутніми їм страхами та травматичними зв'язками [35]. Розвиток процесу ГКП, поглиблення змісту фантазій групи активує емоційні переживання всередині групи і водночас формує у членів групи здатність розуміти і з емпатією реагувати на важкі (серйозні?) переживання інших. Учасники поступово вчаться відкрито говорити про свої болісні переживання та неприємні відчуття, насолоджуючись розумінням та прийняттям інших (розвиток когезії в групі). (Когезія походить від латинського слова *Cohaesus* – пов'язаний, згуртований) [25].

- Контрольована регресія, емоційна інтенсивність колективних фантазій та можливість опрацювання їхнього змісту як на фантастичному, так і на когнітивному рівні, результати міжособистісного навчання, внутрішня згуртованість та згуртованість всередині групи – все це сприяє розвитку креативності учасників, підвищує їхні творчі здібності у побудові міжособистісних відносин, а також у гармонізації внутрішнього духовного життя [25].

Таким чином, з урахуванням специфічних характеристик групової кататимно-імагінативної психотерапії як психодинамічного методу, описаного вище, можна сказати, що в груповій КП, порівняно з індивідуальною КП, запроваджується особлива структура – сесія проводиться як спільний фантазійний процес розвитку, що включає кілька етапів і рівнів роботи. Хоча ендоскопічні процеси розвитку, звичайно, присутні в груповій КП, завдяки розвитку групової динаміки скоріше сприяється актуалізації та розвитку інтерактивних здібностей і можливостей. Міжособистісне навчання, як безпосередньо в спільних фантазіях, так і на когнітивному рівні під час дискусій. Створення мультиоб'єктивного перенесення в групі, що дозволяє виявити та ефективно опрацювати ранні травматичні переживання та конфлікти членів групи з важливими об'єктами. Розвиток зв'язку, довіри та уваги між учасниками.

Символдрама ефективна при:

- неврозах (тривога, фобії, панічні атаки).

- психосоматичних розладах (хронічний біль, енурез, заїкання).
- травмах (ПТСР, дитячі травми, втрати).
- порушеннях особистості (нарцисизм, межові розлади).
- проблемах у стосунках (конфлікти, сексуальні дисфункції).
- роботі з дітьми та підлітками (замкнутість, агресія, адаптація до змін).

Протипоказання для використання символдрами:

1. Недостатнє інтелектуальний розвиток з IQ нижче 85.
2. Гострі або хронічні психози або близькі до психозу стану.
3. Церебрально-органічні синдроми.
4. Недостатня мотивація

Терапевтична практика символдрами відбувається в спокійній, умиротвореній обстановці, де пацієнт може вільно висловлювати свої думки та почуття. Етапи символічної драми включають представлення різних образів, рольові ігри в конкретних ситуаціях, діалог з терапевтом та обговорення реакцій, що виникають. Наприклад, пацієнт може уявити себе на березі моря, що допомагає йому розслабитися і краще усвідомити свої емоції в даний момент. Потім терапевт допомагає інтерпретувати ці образи та зрозуміти приховані конфлікти, які вони можуть представляти. Таким чином, символдрама відкриває нові шляхи для розуміння та трансформації внутрішнього світу людини, надаючи надійний інструмент на шляху до душевної гармонії та поліпшення якості життя.

Психолог у символдрамі виступає як своєрідний провідник. Справа не в тому, щоб нав'язувати значення, а в тому, щоб співпрацювати з клієнтами, щоб розкрити, що символи означають для них особисто. Для однієї людини дерево може символізувати зростання і стабільність, для іншої - відчуття застрягання або прив'язаності до місця. Чутливість і цікавість терапевта мають вирішальне значення в цьому процесі. Задаючи відкриті питання, такі як «Що для вас означає цей образ?» або «Які почуття виникають, коли ви думаєте про цей символ?», терапевти можуть допомогти клієнтам дослідити та інтерпретувати їхній унікальний символічний мовний код. Хоча символізм є потужним

інструментом у терапії, його переваги виходять за межі терапевтичного простору. Клієнти можуть навчитися розпізнавати та використовувати символи у своєму повсякденному житті, щоб долати виклики та розвивати самосвідомість. Ведення щоденника снів, творча самореалізація або навіть роздуми над особистими метафорами можуть поглибити зв'язок із власним внутрішнім світом.

### **Висновки до розділу 1**

Символдрама – це психодинамічний терапевтичний метод, який базується на принципах глибинної психології, тобто за допомогою уяви робить видимими підсвідомі мотивації, конфлікти та захисні механізми. 2) Найважливішою типовою модифікацією методу є введення параметра «сон-мрія», який супроводжується діалогом із психотерапевтом. Суть концептуальної модифікації полягає в тому, що центр уваги психотерапевта переноситься з неврозу на сцену сну, що відтворюється на «віртуальному екрані». 3) Подібно до психодинамічної психотерапії, терапія символами та драмою також базується на основних психоаналітичних поняттях, за допомогою яких можна зрозуміти загальні причини психічних розладів та конкретні причини неврозів.

4) Невротичний конфлікт у КІП можна лікувати, насамперед, шляхом його символічної об'єктивації у фантазії, де він стає візуалізованим і піддається лікуванню. 5) У практиці КІП сформульовані рекомендації щодо лікування невротичних конфліктів – регулюючі втручання та техніки управління конфліктами. 6) Емпірична перевірка методів КІП (особливо в лікуванні невротичних розладів) доводить їх ефективність, тому цей метод був включений до офіційних стандартів психотерапії в Німеччині (список психотерапій, що відшкодовуються німецькими страховими компаніями) «як спеціальний психотерапевтичний метод, заснований на глибинній психології» .

Терапевтичне значення уяви полягає в тому, що людина, яка уявляє конкретні образи, розвиває відповідну емоційну, поведінкову або психофізіологічну активність без наявності реального подразника.

## РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОМБАТАНТІВ

### 2.1. Організаційно-методологічна база дослідження

Мета емпіричного дослідження: визначити психологічні та соціальні чинники, що впливають на рівень професійного вигорання військових медиків.

Завдання емпіричного дослідження:

1. Підібрати й обґрунтувати психодіагностичні методики для оцінки психологічних особливостей практичних психологів, що можуть обумовлювати прояви професійної деформації.

2. Розробити авторську анкету для формування репрезентативної вибірки, визначення деяких соціально-демографічних показників, що можуть впливати на рівень професійної деформації практичних психологів, а також питання, які дозволять виявити основні ознаки професійної деформації, що було виокремлено при теоретичному опрацюванні літератури.

3. Проаналізувати та інтерпретувати отримані результати.

4. Провести математико-статистичну обробку та виявити фактори, що впливають на рівень професійної деформації практичних психологів.

Дослідження проводилось на базі реабілітаційного центру "RECOVERY" у місті Рівне. В дослідженні прийняли участь 50 учасників бойових дій, які проходять реабілітацію у вищезазначеному центрі Рівненської області. Серед учасників було 10 жінок (20%) й 40 чоловіків (80%), що представлено на рис. 2.1.



### Рис. 2.1 Статевий склад учасників дослідження

Таке співвідношення учасників бойових дій відповідає загальному співвідношенню представників різної статі в лавах ЗСУ на четвертий рік повномасштабного військового вторгнення [41].

Вік учасників дослідження від 22 до 58 років, середній вік- 36,8 років, що відображено на рис. 2.2.

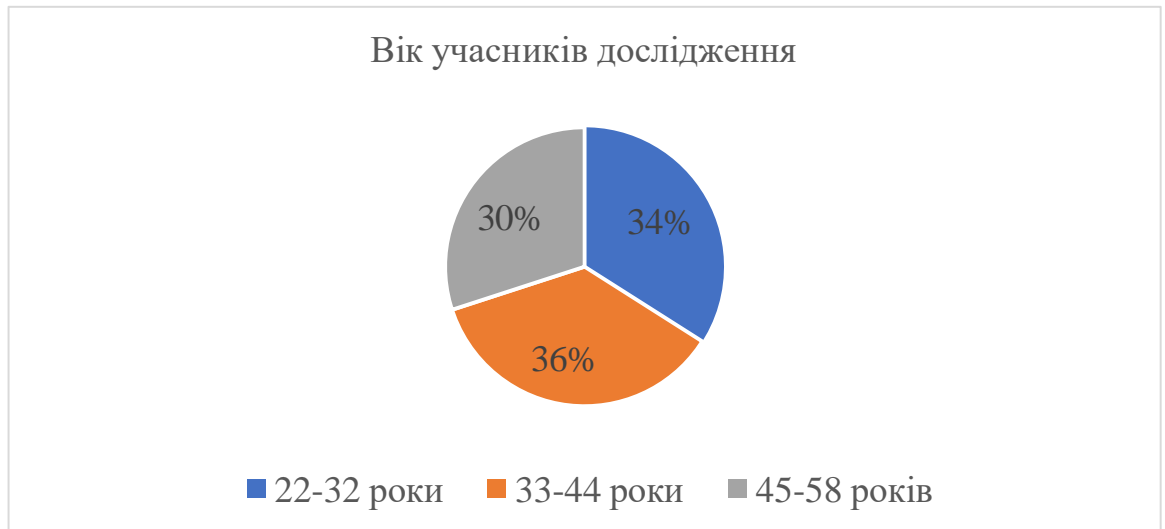


Рис. 2.2 Вік учасників дослідження

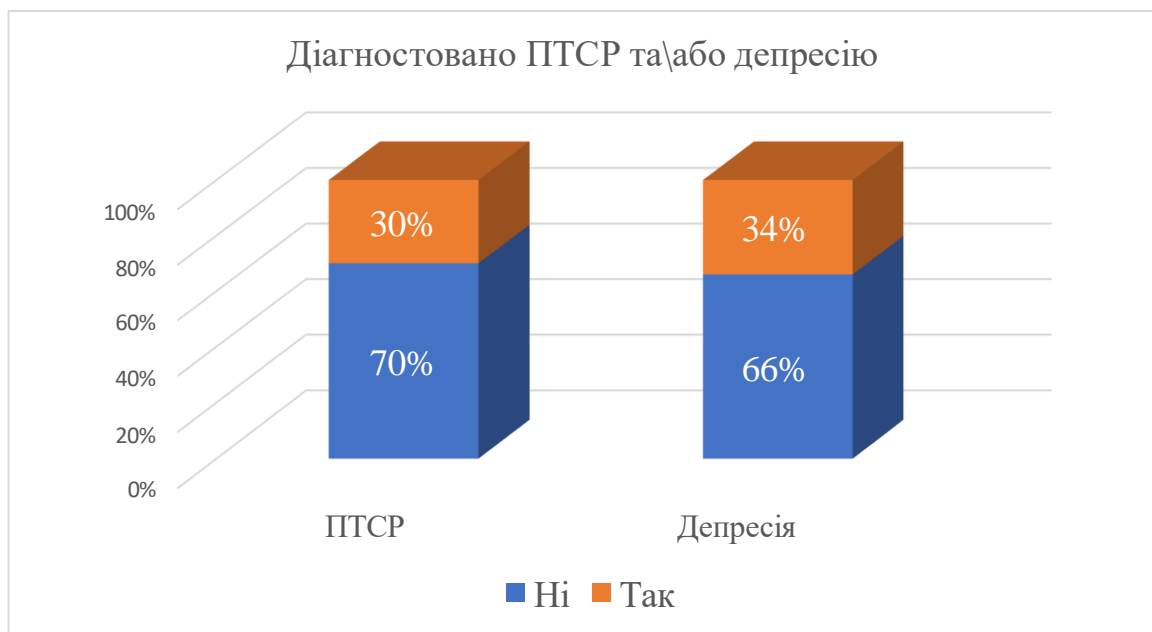
У дослідженні прийняли участь комбатанти, які мають одне чи декілька поранень (90%), контузії (52%), що представлено на рис. 2.3.



Рис. 2.3 Наявність в учасників дослідження поранень та контузій

Варто звернути увагу, що більшість учасників дослідження мають 2 й більше поранень, більше половини учасників були контужені.

У 15 учасників (30%) після консультації психіатра встановлено діагноз «Посттравматичний стресовий розлад» й призначено відповідне медикаментозне лікування. 17 учасників (34%) мають ознаки депресії середнього та важкого ступеню й також приймають лікарські препарати (див. рис.2.4).



**Рис 2.4** Наявність ПТСР та\або депресії

Отримані показники мають бути враховані про розробці психокорекційної програми, бо деякі методи мають свої обмеження та протипоказання.

Участь в дослідженні добровільна. Дослідження проводиться у відповідності до нормативних законодавчих актів та Етичного кодексу психолога. Дослідження проводиться за участю психологині Центру Машкіної О. М.

Після формування репрезентативної вибірки були підібрані та обґрунтовані відповідні психодіагностичні методики.

Шкала інтолерантності до невизначеності Carleton R.N., Norton M.A., Asmundson G.J., 2007 (IUS-12; Intolerance of Uncertainty Scale) в адаптації Н. Громової. Це короткий і простий інструмент скринінгу, який конкретно

вимірює прийняття невизначеності та занепокоєння щодо можливих майбутніх подій. Останніми роками він набув популярності в західних дослідженнях, присвячених розробці діагностичної моделі емоційних розладів. Його можна застосовувати у дорослих віком від 18 років. Нетерпимість до невизначеності (інтолерантність) — це схильність людини вважати непринятною можливість виникнення негативної події, незалежно від її ймовірності. Це є важливим елементом тривоги, неспокою та пов'язаних з ними тривожних розладів. Ця концепція тісно пов'язана з симптомами депресії і навіть є одним із факторів, що ускладнюють лікування депресії. Тяжкість симптомів описується на основі загального індексу та двох підшкал окремо. Діапазон можливих оцінок залежить від шкали. Основним індексом, який аналізується фахівцем у звіті, є сума необроблених значень, що описує загальний рівень толерантності до невизначеності.

В електронному звіті він відображається як шкала «Загальний показник» (діапазон можливих балів від 12 до 60). Діапазон 12 - 27 балів – низький рівень 28 - 42 балів – середній рівень, 43 - 60 балів – високий рівень Для додаткового аналізу надаються бали та рівень за двома субшкалами. Прогностична тривога (діапазон балів від 7 до 35): 7 - 16 балів – низький рівень 17 - 26 балів – середній рівень 27 - 35 балів – високий рівень. Гнітюча тривога (діапазон балів від 5 до 25): 5 - 10 балів – низький рівень 11 - 17 балів – середній рівень 18 - 25 балів – високий рівень

Багаторівневий особистісний опитувальник "Адаптивність" (БОО) розроблений А. Г. Маклаковим і С. В. Чермяніним. Метою опитування є оцінка гнучкості особистості з урахуванням соціально-психологічних характеристик та певних психофізіологічних особливостей, що відображають загальні риси нейропсихологічного та соціального розвитку. Розробники методу розглядають адаптацію як безперервний процес, в ході якого індивід активно пристосовується до постійно мінливого соціального середовища та професійної діяльності. Цей підхід став основою для розробки методу. Ефективність адаптації значною мірою залежить від реалістичного уявлення особи про себе

та свої соціальні зв'язки, від того, наскільки точно вона вміє узгоджувати свої потреби з наявними можливостями, а також від того, наскільки вона усвідомлює мотивацію своєї поведінки. Спотворене або неповне уявлення про себе може призвести до порушень адаптації, що може супроводжуватися посиленням конфліктів, погіршенням відносин, зниженням працездатності та погіршенням здоров'я. Глибокі порушення адаптації можуть призвести до тяжких злочинів, спроб самогубства, порушень професійної діяльності та захворювань. Анкета містить 165 питань і охоплює такі шкали: впевненість у собі, нервово-психічна стабільність, комунікативні здібності, моральна нормальність, особистісні адаптаційні здібності (адаптивність), ризик самогубства.

Коротким п'ятифакторним опитувальником особистості ТІРІ (адаптація М. Кліманської та І. Галецької, 2019 (ТІРІ-УКР)). Анкета призначена для діагностики п'яти основних рис особистості, які виділяються в теорії п'яти факторів особистості: екстраверсія, товариськість, сумлінність, емоційна стабільність і відкритість до нових вражень. Ці риси вважаються універсальними, незалежними від культури та демографічних груп. Анкета складається з 10 тверджень, на основі яких респонденти повинні оцінити, наскільки кожна з цих рис стосується їх. Оцінка проводиться за семибальною шкалою Лікерта (від «зовсім не згоден» = 1 до «повністю згоден» = 7).

Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч..Д. Спілберг. Ця методика була розроблена у 1964 році Ч. Д. Спілбергом і складається з двох частин, кожна з яких містить 20 питань. Перша шкала (STAI: X-1) дозволяє визначити, як людина почувається в даний момент, на момент оцінки, тобто вона служить для діагностики поточної ситуації або ситуативної тривоги. Друга шкала (STAI: X-2) має на меті виявити, як людина почувається в цілому, і діагностувати тривожність як рису особистості. Особиста тривожність (OT) може розглядатися як відносно стабільна риса особистості, що характеризує ступінь занепокоєння, роздумів і емоційної інтенсивності людини під впливом стресових факторів. Реактивний страх (RT) або статичний страх (ST) — це стан

людини, що характеризує ступінь занепокоєння та емоційної інтенсивності, спричинених і розвинутих певною стресовою ситуацією. Шкала реакцій та особистості Спілберга є єдиним методом, що дозволяє диференційовано вимірювати тривожність як рис особистості, так і як стан. Результат оцінюється наступним чином: менше 30 балів – низька тривожність, 31-45 балів – помірна тривожність, більше 46 балів – висока тривожність [46].

Опитувальник депресії Бека (BDI). Шкала містить 21 питання, які допомагають ідентифікувати основні симптоми депресії. Кожне питання складається з п'яти тверджень. Ці твердження класифікуються за ступенем впливу симптому на загальну депресію. Оцінка розраховується наступним чином: кожна відповідь оцінюється за шкалою від 0 до 3 балів залежно від тяжкості симптому. Загальна кількість балів коливається від 0 до 63 і знижується з поліпшенням стану. Зазвичай ця шкала поділяється на дві підшкали: одна для фізичних симптомів психічного захворювання (харчування, сон, сексуальне життя), а друга для емоційних і когнітивних симптомів (маніакально-депресивний психоз). Перша становить від 14 до 21 бала, друга — від 1 до 13 балів. Щоб спостерігати за перебігом депресії, обстеження слід проводити регулярно, тобто кожні 1–2 тижні.

*Опитувальник посттравматичного зростання* – один з перших психометричних методів кількісної оцінки посттравматичного розвитку, розроблений у 1996 році Р. Тадесі та Л. Колхун. Українська адаптація була здійснена у 2018 році Д. Зубковським. Метод складається з 21 твердження, які слугують для оцінки позитивних психологічних змін. Комплекс тверджень був створений Р. Тадесі та Л. Колхун в результаті систематичних клінічних спостережень та детального аналізу наукової літератури про позитивні зміни особистості після травми. За словами його авторів, усі твердження методу можна класифікувати за п'ятьма факторами: «Відносини з іншими», «Нові можливості», «Особиста сила», «Духовні зміни» та «Вдячність за життя».

Отже, наявність програми емпіричного дослідження дозволяє перейти до її упровадження на практиці.

## 2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Після формування репрезентативної вибірки та отримання додаткової інформації, комбатантам було запропоновано пройти психодіагностичні методики, результат інтерпретація яких представлено нижче.

Результати вимірювання прийняття невизначеності та занепокоєння щодо можливих майбутніх подій за Шкалою інтолерантності до невизначеності Р.Н. Карлетон подано у табл. 2.1.

*Таблиця 2.1*

### Описова статистика результатів опитувальника «Шкала інтолерантності до невизначеності» Н. Карлетона (IUS-12), n=50

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Максимальне значення	Мінімальне значення
Шкала прогностичної тривоги	22,13	5,43	35	10
Шкала гнітючої тривоги	14,22	3,75	25	6
Загальний бал	36,38	10,21	60	12

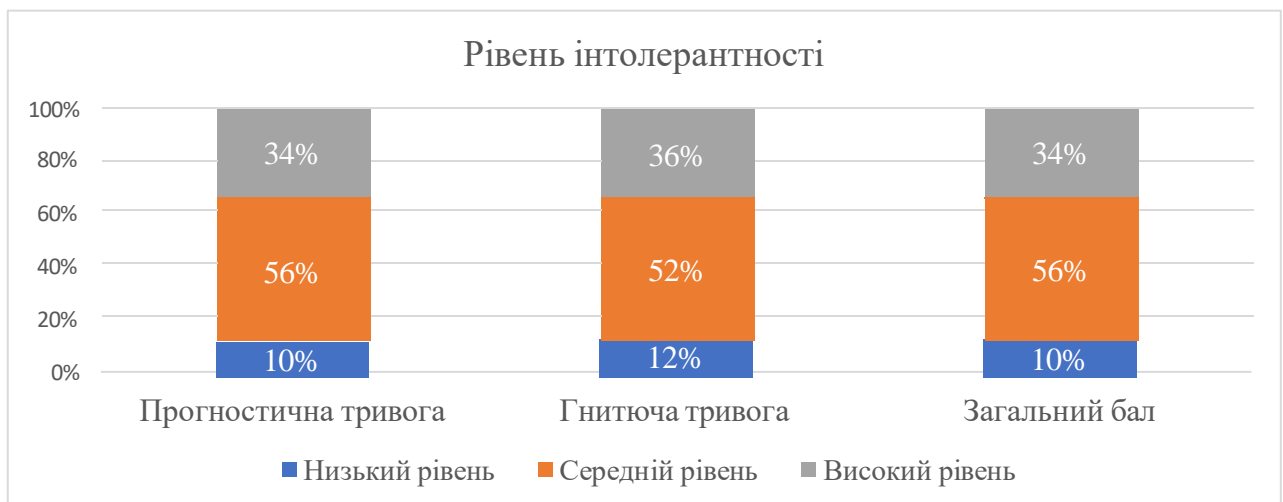
Прогностична тривога (prospective anxiety) або тривога очікування в основному відповідає «потребі в остаточності», «потребі в передбачуваності» та потребі в ясності. Цей компонент пов'язаний з високим рівнем занепокоєння та тривоги, а також симптомами obsесивно-компульсивного розладу. Шкала тривоги щодо майбутнього описує когнітивний компонент ставлення до невизначеності (свідомі очікування та переконання щодо майбутнього та невизначеності). Середнє значення рівня прогностичної тривоги становить 22,13, середнє відхилення — 5,43, з значеннями, що варіюються від 10 до 35, що свідчить про значну мінливість рівня прогностичної тривоги.

Гнітюча тривога (inhibitory anxiety), згідно з термінологією Д. Ейнштейна (2014) – «активація невизначеності» (uncertainty arousal) – та визначення соматичної складової негативних переконань, пов'язаних з невизначеністю –

виникнення негативних емоцій та переживань у невизначеній ситуації. У цих моделях поведінка, яку людина проявляє, стикаючись з чимось новим або незрозумілим, може бути інтерпретована як результат її оцінки та інтерпретації ситуації, а також її емоційної реакції на неї. Середнє значення рівня гнітючої тривожності становить 14,22, середній розкид – 3,75, значення коливаються від 6 до 35, що вказує на значний розкид у рівні прогностичної тривожності.

Середнє значення загального рівня нетерпимості до невизначеності становить 38,38, середній розкид — 5,43, значення коливаються від 10 до 60, що вказує на значний розкид у рівні прогностичної тривожності.

Результати вивчення інтолерантності подано на рис. 2.5.



**Рис. 2.5 Показники інтолерантності до невизначеності**

Було встановлено, що 10 % учасників дослідження мають низьку толерантність до невизначеності: вони добре справляються з невизначеними та непередбачуваними ситуаціями, відносно легко змінюють свої плани та готові пристосовуватися до нових обставин. Водночас вони емоційно стабільніші та відкритіші до нових можливостей. Вони шукають конструктивні рішення та шляхи виходу зі складних ситуацій. Це сприяє підтримці їхнього психологічного благополуччя та відчуття контролю над ситуацією. Цікаво, що кількість учасників з низьким рівнем нерішучості відповідає кількості осіб з високим індексом посттравматичного зростання за шкалою «Нові можливості». Більшість бійців, які брали участь у дослідженні (54 %), демонструють середню

нетерпимість до невизначеності. Ці люди досить гнучкі щодо змін у своїх планах, але за можливості воліють нічого не змінювати. Для них важливо мати стабільні орієнтири, але їх перегляд не вимагає надмірних зусиль. Це оптимальний рівень, що означає, що респондент в цілому досягає балансу між необхідністю реагувати на непередбачуваність повсякденного життя та побудовою свого життя з довгостроковою перспективою.

Третина (34%) учасників дослідження має високий рівень нетерпимості до невизначеності, сприймає невизначені ситуації як загрозові, схильний мислити в чорно-білих категоріях, приймає поспішні рішення, не узгоджуючи їх з фактичною ситуацією, реагує на людей з явними та категоричними оцінками, уникає мислення на основі категорій ймовірності та уникає невизначеності. Він турбується в ситуаціях, яких не розуміє. Він потребує категоризації, сприймає все як дихотомічне і віддає перевагу знайомому. Респондент має труднощі зі зміною своїх планів і загалом важко пристосовується до необхідних змін у всіх сферах. Часто цей рівень пов'язаний з високим рівнем тривоги та іншими негативними емоційними станами – респондент може відчувати підвищений рівень стресу і бути не здатним прийняти невизначеність.

Отже, учасники дослідження мають вище за середні показники інтолерантності до невизначеності, при чому є ті комбатанти, які дуже спокійно відносять до непередбачуваних подій, а є ті, для кого невизначеність є нестепною.

Для визначення гнучкості особистості з урахуванням соціально-психологічних характеристик та певних психофізіологічних особливостей, що відображають загальні риси нейропсихологічного та соціального розвитку був використаний особистісний опитувальник «Адаптивність-02» (БОО). Результати представлено в табл. 2.2.

**Таблиця 2.2**

**Результати вивчення адаптованості респондентів за багатовимірним опитувальником особистісної адаптованості «Адаптивність-02" (БОО)**

	Низькі	Задовільні	Вище за	Високі
--	--------	------------	---------	--------

	показники	показники	середні показники	показники
Нервово-психічна стійкість	5 (10%)	15 (30%)	20 (40%)	10 (20%)
Комунікативний потенціал	2 (4%)	8 (16%)	23 (46%)	17 (34%)
Моральна нормативність	2 (4%)	6 (12%)	27 (54%)	15 (30%)
Адаптивні здібності	3 (6%)	10 (20%)	22 (44%)	15(30%)
Схильність до девіантної поведінки	20 (40%)	17 (34%)	8 (16%)	5 (10%)
Суїцидальний ризик	39 (78%)	9 (18%)	2(4%)	-

За шкалою достовірності відповіді всіх учасників можна вважати достовірними. Тож, можна зробити висновок, що більшість учасників дослідження, попри всі умови сьогодення, мають вищі за середні (40%) та високі (20%) показники нервово-психічної стійкості. Варто звернути увагу на 10% учасників дослідження, які мають низькі показники нервово- психічної стійкості. Більшість учасників дослідження мають високий (34%) та вище за середній (46%) комунікативний потенціал. Низький комунікативний потенціал, що може проявлятися в вигляді агресії й негативно впливати на міжособистісні стосунки мають 4% учасників дослідження. Переважна більшість комбатантів, які прийняли участь в дослідженні (84%), мають високі та вищі за середні показники моральної нормативності. 2 учасники дослідження (4%) мають низьку моральну нормативність. Більшість учасників дослідження мають вищі за середні (44%) та високі (30%) адаптивні здібності.

Варто звернути увагу що 3 учасника дослідження (6%) отримали низькі бали за шкалою «Адаптивні здібності», 5 учасників(10%) продемонстрували високу схильність до девіантної поведінки і у 2-х учасників (4%) виявлені показники суїцидального ризику вище за середні.

Для діагностики п'яти основних рис особистості: екстраверсія, товариськість, сумлінність, емоційна стабільність і відкритість до нових

вражень було використано короткий п'ятифакторний опитувальник особистості ТІРІ (адаптація М. Кліманської та І. Галецької). Результати подано у табл. 2.3.

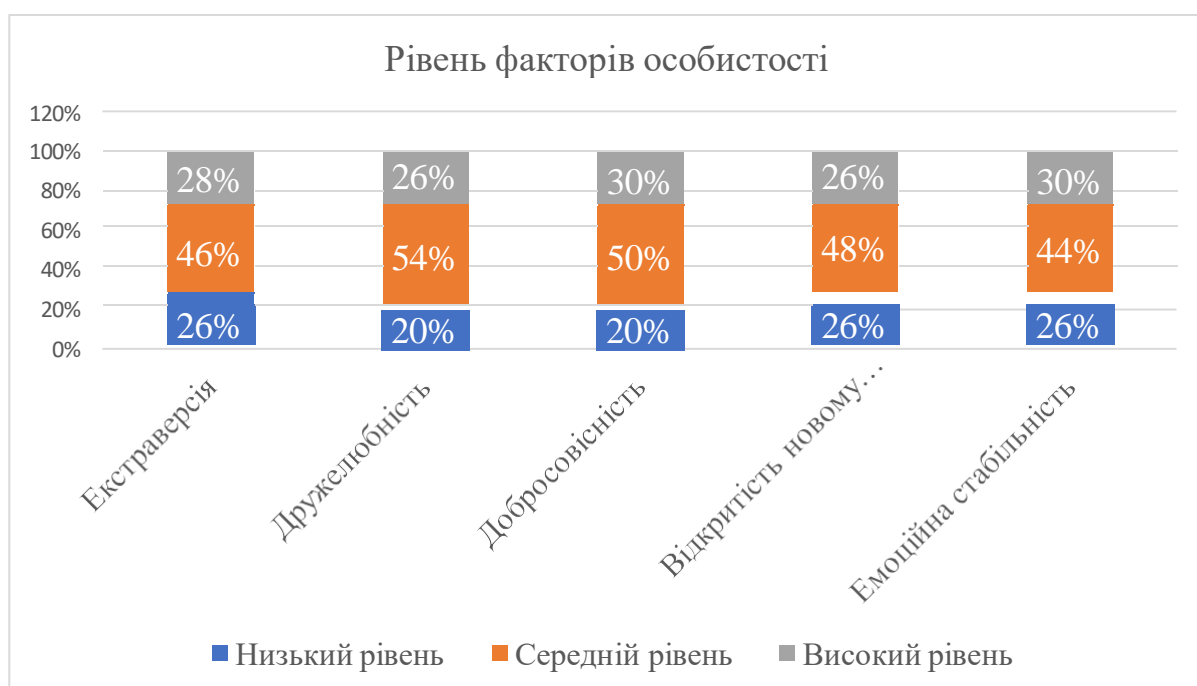
**Таблиця 2.3**

**Описова статистика результатів за коротким п'ятифакторним опитувальником ТІРІ, n=50**

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Максимальне значення	Мінімальне значення
Екстраверсія	7,45	2,42	10	3
Дружелюбність	10,24	2,34	14	6
Добросовісність	10,58	2,25	14	7
Емоційна стабільність	7,45	2,76	11	4
Відкритість новому досвіду	9,62	3,03	14	4

Як видно з табл. 2.3, середнє значення всіх показників відповідає середньому балу, проте є учасники, які отримали як максимальні, так і мінімальні бали, що говорить про індивідуальні особливості комбатантів, які прийняли участь в дослідженні.

Розподіл учасників дослідження в залежності від рівня кожного з п'яти факторів представлено на рис. 2.6



### Рис. 2.6 Рівні факторів особистості в учасників дослідження

Екстраверсія (на відміну від інтроверсії) визначає схильність до соціальної взаємодії, енергійність, активність та переживання позитивних емоцій. Високий рівень екстравертності притаманний 28% учасників вказує на активність, оптимізм, товариськість і балакучість, грайливість, пошук активності, тоді як низький рівень, який виявлено у 26% учасників, вказує на сором'язливість, песимізм, тягу до самотності і схильність уникати соціальних активностей.

Дружелюбність стосується чуйності та зацікавленості людини до інших, альтруїстичних, дружніх та чуйних рис, на відміну від недовіри та небажання співпрацювати, нездатності до співчуття та схильності до конкурентної поведінки. Високий рівень, який визначено у 26% учасників дослідження вказує на готовність до співчуття, ввічливості, скромності та привабливості по відношенню до інших, а також на готовність допомагати, тоді як низький рівень, виявлений у 20% учасників, вказує на егоцентризм, конкурентне мислення, холодність та негнучкість у відносинах з іншими.

Добросовісність стосується мотивації та наполегливості людини у досягненні своїх цілей та діях. Високий показник вказує на відповідальність, послідовність та надійність, але також на трудоголізм, любов до порядку та перфекціонізм, й такими якостями володіє практично кожен третій комбатант, що приймає участь в дослідженні. Низьке значення означає недостатню конкретизацію життєвих цілей і відсутність мотивації для досягнення цілей, а також гедонізм, імпульсивність у прийнятті рішень і спонтанність у діях. І 20 % учасників дослідження мають низьке значення показника «Добросовісність»

Емоційна стабільність (на противагу нейротизму) відноситься до здатності до емоційної адаптації, управління стресом, підтримки рівноваги та саморегуляції негативних емоцій, зокрема страху, гніву, провини, незадоволення, розгубленості тощо. Високий рівень емоційної стабільності свідчить про те, що людина здатна контролювати та долати стрес без відчуття

напруги, нервозності чи страху, й такий рівень притаманний 26% учасників дослідження тоді як низький рівень вказує на високу невротичність, знижену здатність до емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, сором'язливість і ніяковість у присутності інших людей, а також страх і напруження, що виявлено у 30% учасників дослідження.

Відкритість новому досвіду включає інтелектуальну цікавість і терпимість до нового, схильність до досліджень, а також позитивне ставлення до нових життєвих вражень, креативність, розвинену уяву, нетрадиційний підхід, а також незалежність суджень. Високий рівень цього фактору виявлено у 26% учасників дослідження. Низький рівень цього фактору, притаманний також 26% учасників дослідження, означає консерватизм, надання переваги традиційним цінностям, прагматизм і недовіру до нового.

Для визначення тривожності, що пов'язана з конкретною ситуацією та тривожності як риси особистості й загальної тривожності був використаний опитувальник Ч. Д. Спілберга та Ю. Ханіна. Результати представлено в табл. 2.4.

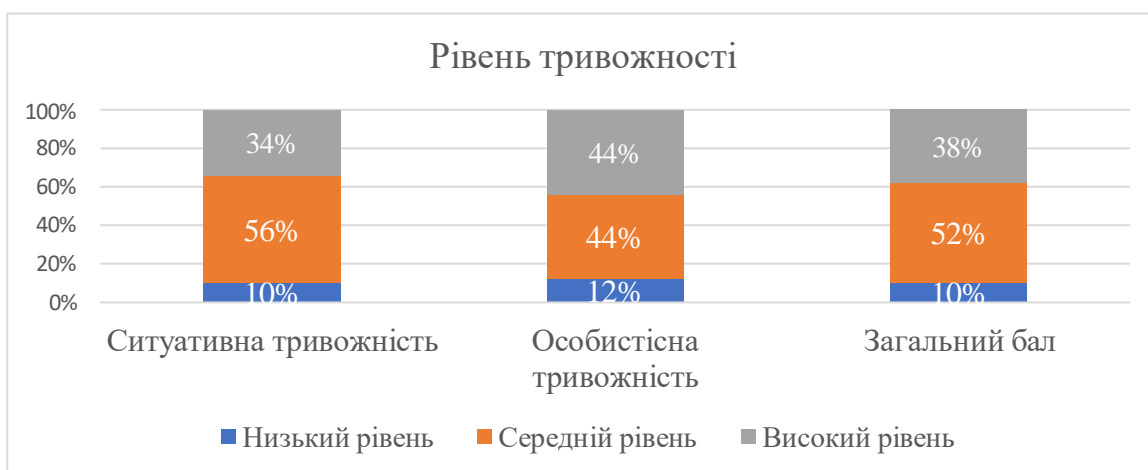
**Таблиця 2.4**

**Описова статистика результатів визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності за шкалою Ч. Спілберга, n=50**

Показник	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)	Максимальне значення	Мінімальне значення
Шкала ситуативної тривожності	20,13	5,43	30	10
Шкала особистісної тривожності	21,22	3,75	30	6

Тож, як можна бачити, середні показники як ситуативної, та й особистісної тривожності вище за середні, що може бути як наслідками тривалого перебування в зоні бойових дій, так й ознаками дезадаптації та ПТСР.

Відсоток учасників дослідження з різними рівнями ситуативної, особистісної та загальної тривожності представлено на рис.2.7



**Рис. 2.7 Рівень ситуативної, особистісної та загальної тривожності в учасників дослідження**

Визначено, що кожен третій учасник дослідження має високий рівень ситуативної тривожності, що може бути пов'язано як із особистісними особливостями, так і з умовами невизначеності, в яких перебувають комбатанти на «мирній території». Звертає на себе увагу той факт, що 44% учасника дослідження мають високий рівень особистісної тривожності й 38% мають високий рівень загальної тривожності, що може бути як наслідком дезадаптації через бойову психічну травму, так й ознакою посттравматичного стресового розладу.

Для виявлення основних симптомів депресії було використана методика А. Бека. Результати подано у табл. 2.5.

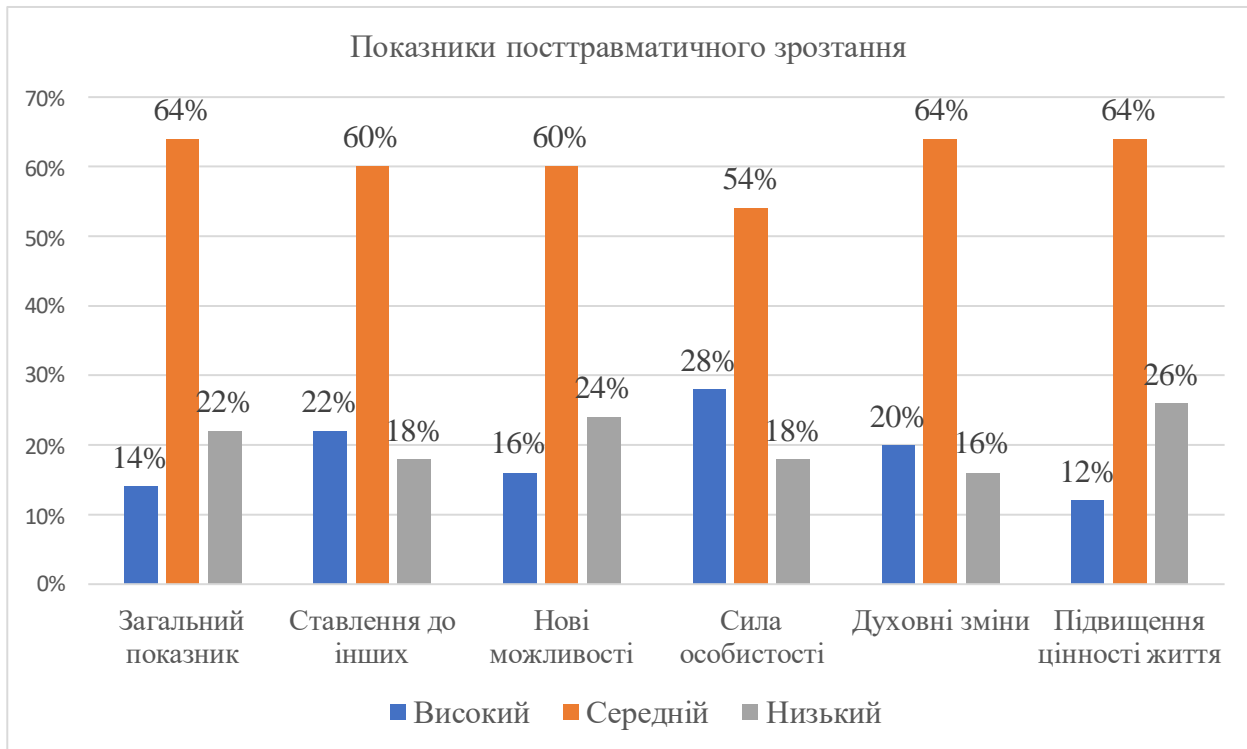
**Таблиця 2.5**

**Рівень депресії в учасників дослідження**

Кількість учасників дослідження	Ступінь депресії
5 (10%)	відсутня
6 (12%)	легка
22 (44%)	помірна
12 (24%)	середньої важкості
5 (10%)	важка

Отже, встановлено, що 34% учасників дослідження, попри консультацію психіатра й прийом відповідних препаратів мають ознаки середньо-важкої та важкої депресії.

Для визначення кількісної оцінки посттравматичного розвитку комбатантів було використано методику Р. Тадеші та Л. Колхуана. Результати подано на рис. 2.8.



**Рис.2.8 Індекс посттравматичного зростання учасників дослідження**

Як можна помітити, більшість комбатантів, які взяли участь у дослідженні, мають середній показник посттравматичного розвитку, що цілком відповідає положенням Р. Тедескі та Л. Калгуна, які розглядають травматичну подію як «сейсмічну» зміну в початковій життєвій ситуації, а посттравматичний розвиток — як «сейсмічну» зміну в початковій життєвій ситуації, а посттравматичний розвиток як можливий наслідок когнітивних зусиль, спрямованих на переоцінку дотравматичних переконань особистості про себе та світ. Однак слід зазначити, що кожен п'ятий борець має низький індекс посттравматичного розвитку, що може бути пов'язано з наявністю таких психологічних розладів, як ПТСР та/або депресія. Слід зазначити, що 28% учасників дослідження отримали високий бал

за шкалою «Сила особистості» і 22% за шкалою «Ставлення до інших». З одного боку, війна дає бійцям можливість усвідомити і зрозуміти важливість інших людей, як тих, хто стоїть поруч з ними і виконує разом з ними бойові завдання, так і тих, хто чекає на їх повернення додому. З іншого боку, вона повертає їх до себе, до своєї особистості. Водночас кожен четвертий боєць, який брав участь у дослідженні, отримав низький бал за шкалами «Поліпшення якості життя» та «Духовні зміни», що можна пояснити важкими умовами військової служби та особливими обставинами, пов'язаними з психологічною травмою війни. Результати дослідження подано у табл. 2.6.

**Таблиця 2.6**

**Описова статистика результатів опитувальника посттравматичного зростання**

Показник	Середнє значення	Стандартне відхилення	Максимальне значення	Мінімальне значення
Індекс посттравматичного зростання	47,43	17,13	90	12
Ставлення до інших	13,92	7,71	35	0
Нові можливості	12,56	5,64	24	0
Сила особистості	11,13	4,67	20	0
Духовні зміни	3,62	2,34	10	0
Підвищення цінності життя	8,82	3,56	15	0

Аналіз описових статистичних показників демонструє, що загальний середній показник відповідає середнім балам за посттравматичним зростанням, але результати мають велику варіативність – від мінімально можливого 0 до найвищих значень, як за окремими шкалами, так і за найвищим коефіцієнтом варіативності –67,4 у відповідях у розділах «Психічні зміни» та «Відносини з іншими» –55,39. Середній показник індексу ПТЗ становить 47,43, мінімальне

значення-12, максимальне- 90, а стандартне відхилення-17,13. Гетерогенність відповідей можна пояснити як психологічними особливостями особистостей, впливом посттравматичних і депресивних розладів, так і відмінностями в попередніх умовах служби, а також різницею в часі, що минув з моменту повернення з військових операцій.

У результаті проведеного факторного аналізу було встановлено, що на індекс ПТЗ впливають такі фактори, як рівень депресії, рівень інтолерантності до невизначеності, рівень загальної та особистісної тривожності, нервово-психічна стійкість, відкритість новому досвіду, комунікативний потенціал, адаптивні здібності, емоційна стабільність та схильність до девіантної поведінки. Результати кореляційного аналізу Спірмена представлено на рис. 2.9



**Рис. 2.9. Кореляційна плеяда для Індексу посттравматичного зростання**

Тож, високі адаптивні здібності, комунікативний потенціал, відкритість новому досвіду, емоційна стабільність, нервово-психічна стійкість сприяють підвищенню індексу ПТЗ, а відповідно й відновленню комбатантів. Тоді як висока особистісна тривожність, виражена депресія та схильність до девіантної поведінки навпаки, знижують індекс ПТЗ й відповідно, погіршують відновлення учасників бойових дій. В нашому дослідженні не було виявлено взаємозв'язку між індексом ПТЗ та віком, статтю учасників дослідження.

## **Висновки розділу 2**

Після опрацювання теоретичного матеріалу було проведено емпіричне дослідження психологічних особливостей учасників бойових дій. В нашому дослідженні прийняли участь 50 учасників бойових дій, які проходять реабілітацію у вищезазначеному центрі Рівненської області. Серед учасників було 10 жінок (20%) й 40 чоловіків (80%)/ Таке співвідношення учасників бойових дій відповідає загальному співвідношенню представників різної статі в лавах ЗСУ на четвертий рік повномасштабного військового вторгнення.

Вік учасників дослідження від 22 до 58 років, середній вік- 36,8 років, Прийняли участь комбатанти, які мають одне чи декілька поранень (90%), контузії (52%). У 15 учасників (30%) після консультації психіатра встановлено діагноз «Посттравматичний стресовий розлад» й призначено відповідне медикаментозне лікування. 17 учасників (34%) мають ознаки депресії середнього та важкого ступеню й також приймають лікарські препарати.

Було встановлено, що 10 % учасників дослідження мають низьку інтолерантність до невизначеності, більшість комбатантів, які брали участь у дослідженні (54 %), демонструють середню нетерпимість до невизначеності, третина учасників дослідження має високий рівень нетерпимості до невизначеності. Більшість учасників дослідження, мають вищі за середні (40%) та високі (20%) показники нервово-психічної стійкості. Варто звернути увагу на 10% учасників дослідження, які мають низькі показники нервово- психічної

стійкості. Більшість учасників дослідження мають високий (34%) та вище за середній (46%) комунікативний потенціал. Низький комунікативний потенціал, мають 4% учасників дослідження. Переважна більшість комбатантів, які прийняли участь в дослідженні (84%), мають високі та вищі за середні показники моральної нормативності. 2 учасники дослідження (4%) мають низьку моральну нормативність. Більшість учасників дослідження мають вищі за середні (44%) та високі (30%) адаптивні здібності. Варто звернути увагу що 3 учасника дослідження (6%) отримали низькі бали за шкалою «Адаптивні здібності», 5 учасників (10%) продемонстрували високу схильність до девіантної поведінки і у 2-х учасників (4%) виявлені показники суїцидального ризику вище за середні.

Високий рівень екстравертованості притаманний 28% учасникам дослідження, тоді як низький рівень, виявлено у 26% учасників. Високий рівень дружелюбності визначено у 26% тоді як низький рівень, виявлений у 20% учасників. Високий рівень добросовісності виявлено у 30% учасників дослідження, а 20%- низький. Високий рівень емоційної стабільності притаманний 26% учасників дослідження тоді як низький рівень виявлено у 30% учасників дослідження. 26% учасників дослідження відриті новому досвіду, тоді як 26% учасників дослідження консервативні та прагматичні.

Визначено, що кожен третій учасник дослідження має високий рівень ситуативної тривожності, що може бути пов'язано як із особистісними особливостями, так і з умовами невизначеності, в яких перебувають комбатанти на «мирній території». Звертає на себе увагу той факт, що 44% учасника дослідження мають високий рівень особистісної тривожності й 38% мають високий рівень загальної тривожності, що може бути як наслідком дезадаптації через бойову психічну травму, так й ознакою посттравматичного стресового розладу.

Встановлено, що 34% учасників дослідження, попри консультацію психіатра й прийом відповідних препаратів мають ознаки середньо-важкої та важкої депресії.

Більшість комбатантів, які взяли участь у дослідженні, мають середній показник посттравматичного зростання, слід зазначити, що кожен п'ятий боєць, має низький індекс посттравматичного зростання. Слід зазначити, що 28% учасників дослідження отримали високий бал за шкалою «Сила особистості» і 22% за шкалою «Ставлення до інших». Водночас кожен четвертий боєць, який брав участь у дослідженні, отримав низький бал за шкалами «Поліпшення якості життя» та «Духовні зміни», що можна пояснити важкими умовами військової служби та особливими обставинами, пов'язаними з психологічною травмою війни.

В результаті математико-статистичної обробки результатів визначено, що високі адаптивні здібності, комунікативний потенціал, відкритість новому досвіду, емоційна стабільність, нервово-психічна стійкість сприяють підвищенню індексу ПТЗ, а відповідно й відновленню комбатантів. Тоді як висока особистісна тривожність, виражена депресія та схильність до девіантної поведінки навпаки, знижують індекс ПТЗ. В нашому дослідженні не було виявлено взаємозв'язку між індексом ПТЗ та віком, статтю учасників дослідження та кількістю поранень.

## **РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА РОБОТА З ВИКОРИСТАННЯМ СИМВОЛДРАМИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ КОМБАТАНТІВ**

### **3.1. Розробка програми відновлення комбатантів з використанням символдрами**

Психотерапевтичний процес із використанням методу символдрами може відбуватися у трьох різних формах: індивідуально, у групі (4–12 осіб одночасно уявляють образи, сидячи в зручних кріслах або лежачи у формі «зірки» або «камали») або у рамках сімейної психотерапії: для пар або партнерів, з можливою присутністю дітей з одним із батьків (опікуном). Для застосування методу символічної драми достатньо 15-30 сеансів по 50 хвилин. Позитивна динаміка зазвичай з'являється після 3-5 сеансів. Для досягнення значного прогресивного ефекту важливо застосовувати лікування щотижня [50].

На думку У. Барке та Р. Нора, уява є надзвичайно тонким інструментом у психодинамічній терапії, використання якого можливе завдяки глибокому вивченню та практиці. Завдяки уяві ми отримуємо доступ до найглибших шарів душі, зокрема тих, що пов'язані з ранніми переживаннями клієнта, що є одночасно корисним і небезпечним, оскільки потім ми повинні знати, що з цим робити [50]. Тут важливо згадати про підготовку клінічного психолога, оскільки він здатний якісно обробляти перенесення та контрперенесення в процесі психотерапії.

Мрії, з їх чарівною палітрою символів і метафор, часто приховують безліч підказок про наше внутрішнє життя. Вони можуть служити дзеркалом, що відображає наші страхи, бажання та емоції. Ретельно аналізуючи свої мрії, ми можемо відкрити для себе нові сфери мислення та самосвідомості. Однак мрії є лише одним із шляхів до ландшафту нашої психіки. Тут на сцену виходить інтригуючий і таємничий метод символічної драми, що розкриває наші глибинні проблеми через фантазії уяви.

Психологічні переживання, що тісно переплітаються з нашим повсякденним життям, формують основу нашого психічного ландшафту. Деякі з цих переживань можуть залишатися під поверхнею нашої свідомості, поринаючи в таємничі глибини підсвідомості. Символічна драма пропонує ключ до цих прихованих сфер, допомагаючи нам розкрити і зрозуміти коріння наших поведінок і емоційних реакцій. Наприклад, хтось може відчувати незрозумілий страх перед водою, і за допомогою символічної драми він може виявити, що цей страх пов'язаний із забутою подією з дитинства.

Однією з найбільших переваг символдрами є її фокус на уявних фантазіях. Стимулюючи нашу уяву і дозволяючи створювати унікальні образи, символічна драма допомагає підняти завісу і розкрити значущі зв'язки, приховані в цих уявленнях. Наприклад, учасник може уявити себе в затишному будинку і, аналізуючи цю фантазію, усвідомити свою потребу в захисті та безпеці, можливо що впливають з почуття невизначеності в реальному житті.

Творці КПП розробили унікальні методи роботи з символічними фантазіями, допомагаючи людям аналізувати свій внутрішній світ. Психолог співпрацює з клієнтом, щоб дослідити кожен символічну деталь, розшифрувати її значення та виявити зв'язки між образами. Основний принцип цієї методології полягає в тому, що кожен символ є багатограним і мінливим; його значення залежить від контексту, в якому він з'являється. Наприклад, образ змії може представляти загрозу для однієї людини, а для іншої символізувати перетворення та оновлення.

Сеанси символдрами дозволяють учасникам заглибитися в підсвідомість, виявляючи та вирішуючи приховані проблеми. Під час цих сеансів психолог допомагає клієнту ідентифікувати та аналізувати значущі образи. Цей творчий та рефлексивний процес може дати надзвичайні результати: у заплутаних ситуаціях з'являється ясність, виникають нові підходи до мислення та вирішення нагальних проблем. Наприклад, людина, обтяжена боргами, може завдяки цим образам отримати розуміння своїх стосунків з грошима, навчившись вирішувати фінансові труднощі з новими перспективами та ідеями.

Основні етапи сесій символдрами:

- попереднє обговорення поточних потреб,
- активізація ресурсів,
- релаксація,
- відтворення образів,
- роздуми після презентації зображення,

- домашнє завдання (щоденник, малюнок уявного зображення). Під час читання щоденників відбувається внутрішнє одкровення, оскільки вербальне вираження переживань сприяло їх переосмисленню. Обговорення уявних зображень відбувається на прохання учасників, не на кожному засіданні, але іноді фаза обговорення може займати весь час, відведений для сесії. Мотив «Квітка» символічно відображає самого учасника, має психодіагностичну мету, дозволяє побачити і не пропустити проблеми того чи іншого учасника, які необхідно вирішити. Робота з мотивом «Струмок» базується на мотиві «Луг», обидва вони доповнювали один одного, оскільки ми неодноразово використовували останній у серії, щоб активувати ресурсний стан учасників групи.

Символ води у вигляді джерела, річки чи струмка відображає внутрішні процеси, потреби, бажання. Мотив «Гора» має на меті подолання невпевненості, пасивності, апатії та депресивних симптомів. Підйом на уявну вершину гори, спостереження за краєвидом, фотографування гірських панорам додають впевненості в собі для подолання труднощів і компенсації втрат, яких зазнали учасники у своєму житті. Використання мотиву «Дерево» для обробки та аналізу зображення має на меті показати учасників такими, якими вони хотіли б бути або стати, щоб знайти або запозичити ті якості, яких їм бракує для досягнення емоційної рівноваги та внутрішнього спокою. Під час роботи кожен учасник розвиває свої власні якості, яких їм бракує для досягнення емоційної рівноваги та внутрішнього спокою, формулює свою власну взаємодію з окремими зображеннями. Важлива рекомендація: що ви хочете з цим зробити? Символічно, що зів'яла квітка або уявне засохле дерево можуть відродитися

завдяки додаванню поживних речовин, поливу або інших дій з боку учасника. Під час роботи з зображеннями певних мотивів важливо зосередитися на почуттях учасників і допомогти їм знайти позитивний зміст символізму. Використання мотиву «Ділянка» є спробою подолати слабкість, навчитися планувати майбутнє, зміцнити внутрішні ресурси, надати підтримку, щоб допомогти собі. Оскільки детальний опис фантазійної конструкції та процесу планування є досить трудомістким, описи були виконані вдома. Учасники гармонізують свій внутрішній стан, відновили впевненість у собі, а їх апатія та розчарування зменшилися.

В ГКІП оптимальна частота зустрічей – раз на тиждень (іноді двічі), тривалість – дві-три години (хоча може трапитися, що частота зустрічей буде меншою, наприклад, раз на місяць, або буде обрано такий метод роботи, за якого група зустрічається двічі на рік на чотири-шість днів і бере участь у 10-18 сесіях). Психотерапія загалом складається з 25-30 сесій, але ця кількість може бути більшою або меншою і залежить від учасників групи – їхнього віку, стану, проблем, ступеня розладів тощо. 13 Найбільш придатним вважається КІП-група з 6-8 осіб, але прийнятною є і більша кількість учасників – 12-15 осіб. В останньому випадку рекомендується, щоб групу вели два психотерапевти (керівники), що дозволяє краще стежити за всіма процесами, що відбуваються в групі, сприяти розвитку групи, а також стежити за діями та реакціями окремих учасників. Враховуючи умови дослідження, учасники були розділені на 4 групи (12, 12, 14 учасників відповідно). Розподіл відбувався з урахуванням побажань та можливостей комбатантів. Групи закриті. Програма розрахована 30 днів-середню тривалість перебування комбатантів в реабілітаційному центрі.

Важливими факторами для організації ГКІП є також приміщення, в якому вона проводиться, та розміщення учасників. Найкраще, щоб групова робота в КІПС проводилася в просторому приміщенні, де є місце не тільки для стільців для учасників групового процесу, але й для забезпечення комфортного місця на підлозі в колі (спеціальне покриття підлоги, килими, матраци тощо) для учасників, які беруть безпосередню участь у спільній фантазії і сидять там у

формі зірки. Керівник сидить поза зіркою, що дає йому можливість ефективно проводити розслаблюючі вправи, які сприяють розвитку регресії в групі та забезпечують умови для ретельного спостереження за подальшими процесами під час спільної фантазії. Бажано, щоб робоче місце групи було стабільним, хоча на практиці це не так легко досягти, особливо коли група розташована у формі зірки. Як зазначає Е. Фікенчер, групова робота в КІП можлива, навіть якщо учасники сидять на стільцях або в зручних кріслах протягом усієї групової роботи. У мовах реабілітаційних Центрів є спеціально облаштовані кімнати для проведення групових занять, де й мали проводитися сесії. Корекційна програма з елементами символдрами для роботи з комбатантами розміщена у додатку А.

Враховуючи достатньо великий склад груп, а також невеликий досвід магістранта, заняття мають проводитися за участю психологів Центрів, тобто, ко-терапевтами. На етапі підготовки та між сесіями відбувається спілкування між ведучими, яке дозволяє краще пізнати один одного, як на особистому, так і на професійному рівні, якщо вони раніше не були знайомі, обговорити свої переваги та недоліки та їх вплив на керівництво групою, обмінятися думками про теоретичні та практичні основи методу та власне сприйняття і розуміння групового процесу; спробувати передбачити, як спосіб роботи кожного окремого учасника вплине на майбутні спільні дії; детально обговорити цілі та завдання психотерапевтичної роботи, проаналізувати специфічні особливості кожного члена групи на основі доступної інформації (допоміжних засобів для запам'ятовування) та сформулювати спільне розуміння основних психотерапевтичних інструментів; обмінятися думками щодо сумнівів та застережень стосовно спільної роботи в групі; обговорення характеру та часу взаємної допомоги та попередній розподіл ролей; домовитися про правила обговорення групового процесу та озвучити про власні етичні вимоги до роботи з групами. Звичайно, дуже важко передбачити всі розбіжності в думках і потенційні конфлікти на початку роботи. Також цілком природно, що ко-терапевти мають різні думки щодо різних ситуацій, які виникають у процесі роботи групи. Саме ці ситуації необхідно негайно обговорювати, щоб

конструктивно вирішити розбіжності в думках. Крім того, ко-терапевти повинні постійно стежити за своєю поведінкою і контролювати її, зокрема, щоб уникнути будь-якої конкуренції між собою (наприклад, за прихильність групи), оскільки учасники можуть цим скористатися, щоб маніпулювати амбіціями психологів, а група в цілому може знизити свій психотерапевтичний потенціал.

Важливим правилом у психодинамічному процесі групи є її мінімальна структура: психотерапевт уникає будь-якої форми авторитету і займає стриману позицію, тобто бере участь у групі переважно як спостерігач. У ГКП ведучий на початку роботи вводить кілька структурних елементів, які полягають у тому, що, крім представлення загальних умов і основних правил роботи, він допомагає учасникам вибрати тему і шаблон для перших фантазій, допомагає їм увійти в розслаблений стан, але майже не втручається в процес спільного розвитку образу, обмежуючись ретельним спостереженням. У міру розвитку процесу групової КП позиція психотерапевта стає ще більш дистанційованою. Наступне правило психодинамічної групової терапії стосується вільних вербальних взаємодій між учасниками або, як це також називають [23], вільної дискусії всередині групи. Це означає, що учасників слід заохочувати бути відкритими (чесними) у своїх взаємних обмінах, наскільки це можливо. У ГКП це заохочення поширюється також на колективну фантазію з образами. Важливою передумовою в цьому контексті є прийняття та бажання спілкуватися на будь-яку тему, але без фізичного контакту. Обов'язковою нормою, яка сприяє процесу саморозкриття та створює відчуття захисту та безпеки у членів групи, є правило конфіденційності, яке зобов'язує учасників не розголошувати зміст обговорень у групі за її межами.

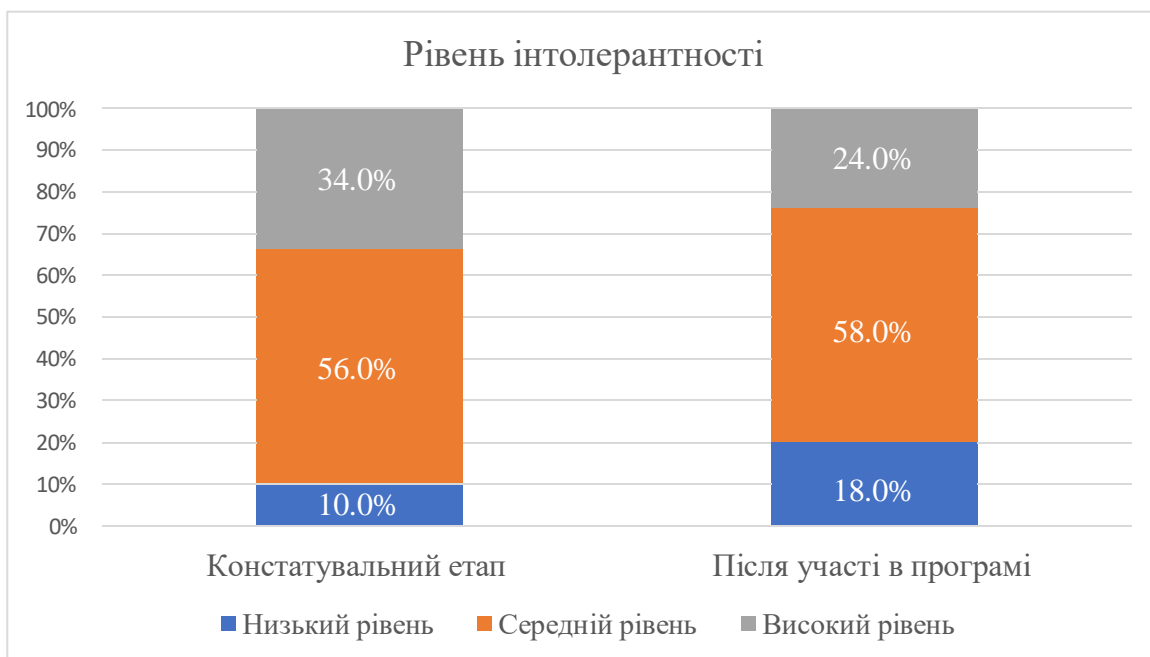
### **3.2. Аналіз результатів повторного емпіричного дослідження з ефективності впровадження символдрами**

Варто зазначити, що загальний настрій учасників бойових дій до психокорекційної роботи в групі був досить скептичним. Нам довелося витратити достатньо багато часу на пояснення особливостей програми

психокорекції, більш ретельно підійти до правил роботи в групі, пояснюючи їх необхідність, і більше зосередитися на позитивних ефектах використання методу символічної драми. Водночас сам метод символдрами показав, що початкова недовіра швидко зникає саме під впливом методу. Його здатність активувати творчий потенціал особистості автоматично виконує роботу з поліпшення довіри між тренером і учасниками тренінгу. Динаміка груп була помітна протягом 2-3 сесій, під час обміну уявними зображеннями між учасниками групи. Групи відзначила психотерапевтичну ситуацію відновлюваних ресурсів, полегшення в уявленні та візуалізації зображень. Учасники говорили про спонтанність, безпосередність, обхід внутрішніх бар'єрів, психічних захисних механізмів. У символічному зображенні мотивів був представлений внутрішній світ кожного учасника групи і, як правило, він був унікальним для кожного. Так, під час роботи над мотивом «Луг» 75% учасників групи уявили луг з квітами, але з абсолютно різними рослинами. 15% уявили луг, засіяний пророслими травами. 10% уявили луг з деревами. Символічний зміст був різним, але під час обговорення та аналізу було помічено, що учасники знаходили в ньому джерело сили, спокою та зменшення стресу. Аналіз завдань, виконаних вдома за зразком, показав високий психотерапевтичний ефект.

Після проведення психокорекційної програми було проведено повторне опитування.

Порівняння результатів за шкалою інтолерантності до невизначеності, Р.Н. Карлетон, що були отримані в двох дослідженнях (констатувальному та після участі в психокорекційній програмі) подано на рис. 3.1.



**Рис.3.1 Порівняння рівня інтолерантності до невизначеності в учасників до і після участі в програмі**

Тож, як можна бачити, після участі в психокорекційній програмі на 8 % збільшилась кількість учасників з низьким рівнем інтолерантності до невизначеності й на 10% зменшилась кількість учасників бойових дій, для яких невизначеність є нестерпною. Відмінності між групами статистично достовірні, що було перевірено за допомогою t- критерія Ст'юдента ( $p < 0,01$ ). Це може бути обумовлено як ефективністю психокорекційної програми, так й покращенням загальної адаптації до умов мирного життя.

Отже, використання символдрами сприяє підвищенню толерантності до невизначеності, тобто, адаптації й відновленню комбатантів, що підтверджує гіпотезу дослідження.

Порівняння рівня ситуативної та особистісної тривожності за шкалою Ч.Спілберга, які були отримані в двох дослідженнях представлено на рис. 3.2.

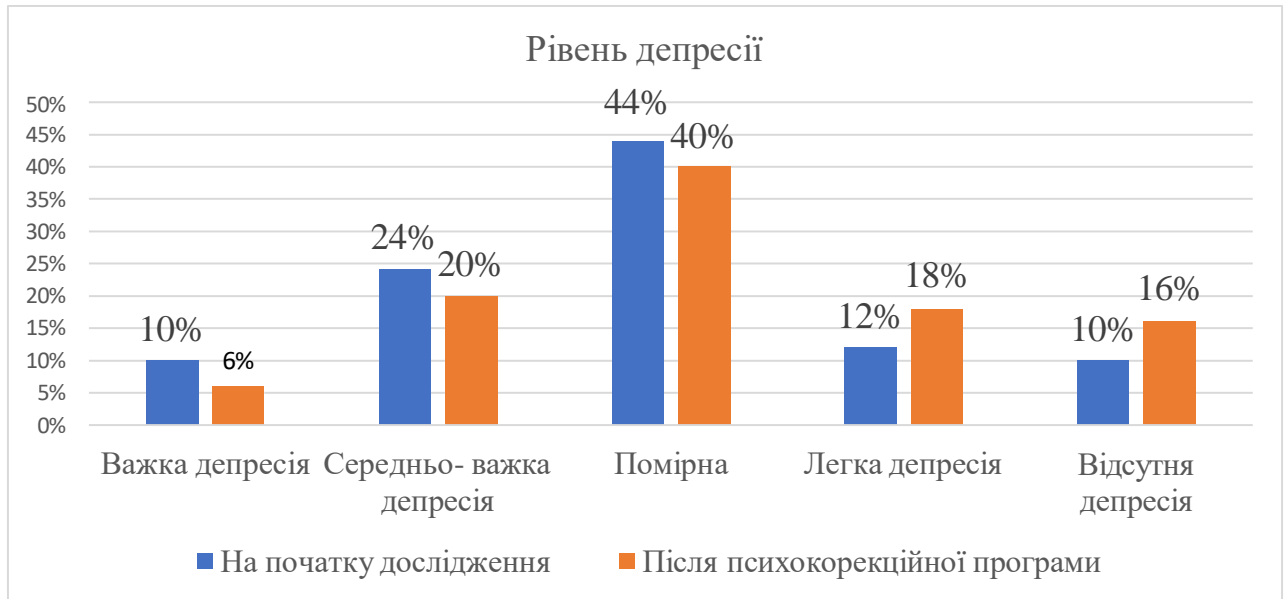


**Рис. 3.2 Порівняння рівня ситуативної, особистісної та загальної тривожності в учасників до і після корекції**

При проведенні порівняльного аналізу результатів двох досліджень встановлено, що участь в психокорекційній програмі дозволила знизити рівень ситуативної тривожності на 14%, рівень особистісної тривожності на 16 %, загальний рівень тривожності комбатантів, які прийняли участь в дослідженні на 14%, Відмінності між групами статистично достовірні, що було перевірено за допомогою t-критерія Ст'юдента ( $p < 0,01$ ).

Тож можна говорити про ефективність розробленої психокорекційної програми.

Порівняння результатів визначення рівня депресії за методикою А. Бека подано на рис. 3.3.

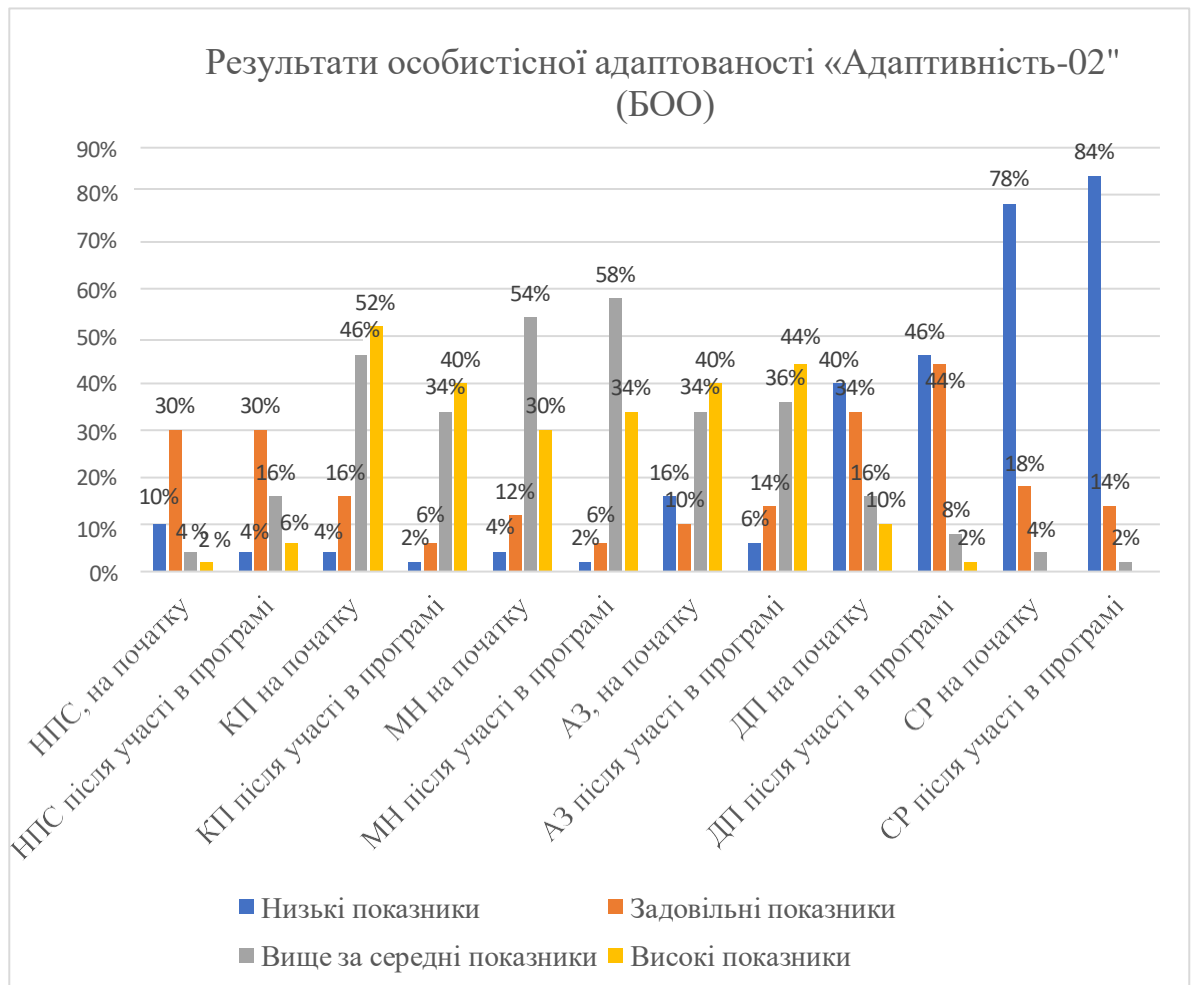


**Рис. 3.3 Порівняльний аналіз рівня депресії в учасників дослідження**

В результаті проведеної психокорекційної програми кількість учасників бойових дій, які мають середньо-важку чи важку депресію зменшилось з 17 до 12, що відповідає 10%. Відповідно, на 10 відсотків збільшилась кількість учасників, які не мають депресії, або мають ознаки легкої депресії. Відмінності між групами статистично достовірні, що було перевірено за допомогою t-критерія Ст'юдента ( $p < 0,01$ ).

Отже, використання символдрами покращує психо-емоційний стан комбатантів й знижує ступінь важкості депресії, що підтверджує гіпотезу дослідження.

Порівняльний аналіз показників особистісної адаптованості, яку було визначено за допомогою опитувальника «Адаптивність-02»(БОО) представлено на рис. 3.4

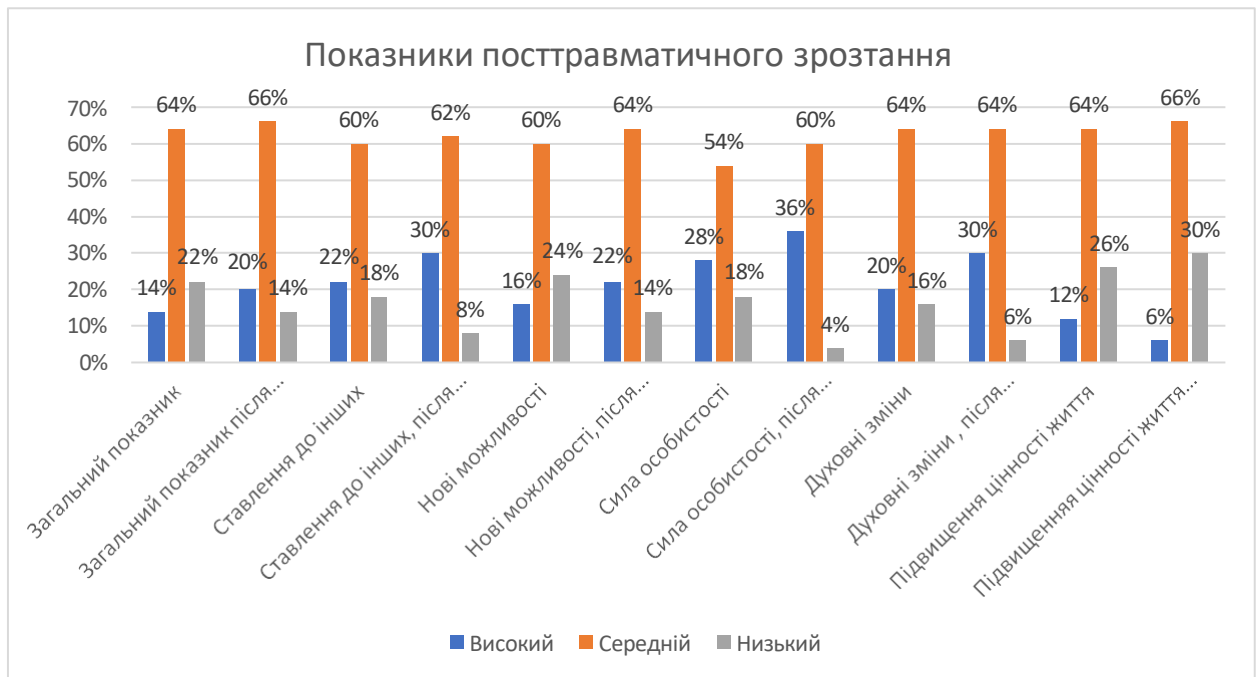


НПС- нервово-психічна стійкість; КП- комунікативний потенціал, МН-Моральна нормативність, АЗ- адаптивні здібності, ДП- схильність до девіантної поведінки, СР- суїцидальний ризик

**Рис. 3.4 Порівняльний аналіз показників особистісної адаптованості на початку дослідження й після участі в програмі.**

При проведенні порівняльного аналізу показників особистісної адаптованості учасників дослідження встановлено, що у комбатантів підвищилась нервово-психічна стійкість, покращився комунікативний потенціал, збільшилися показники моральної нормативності, знизилась схильність до девіантної поведінки та суїцидальний ризик. Відмінності між групами статистично достовірні, що було перевірено за допомогою t- критерія Ст'юдента ( $p < 0,01$ ). Отже, психокорекційна програма з використанням символдрами, покращує адаптаційні здібності комбатантів, що сприяє як відновленню, так і подальшій реінтеграції у мирне життя.

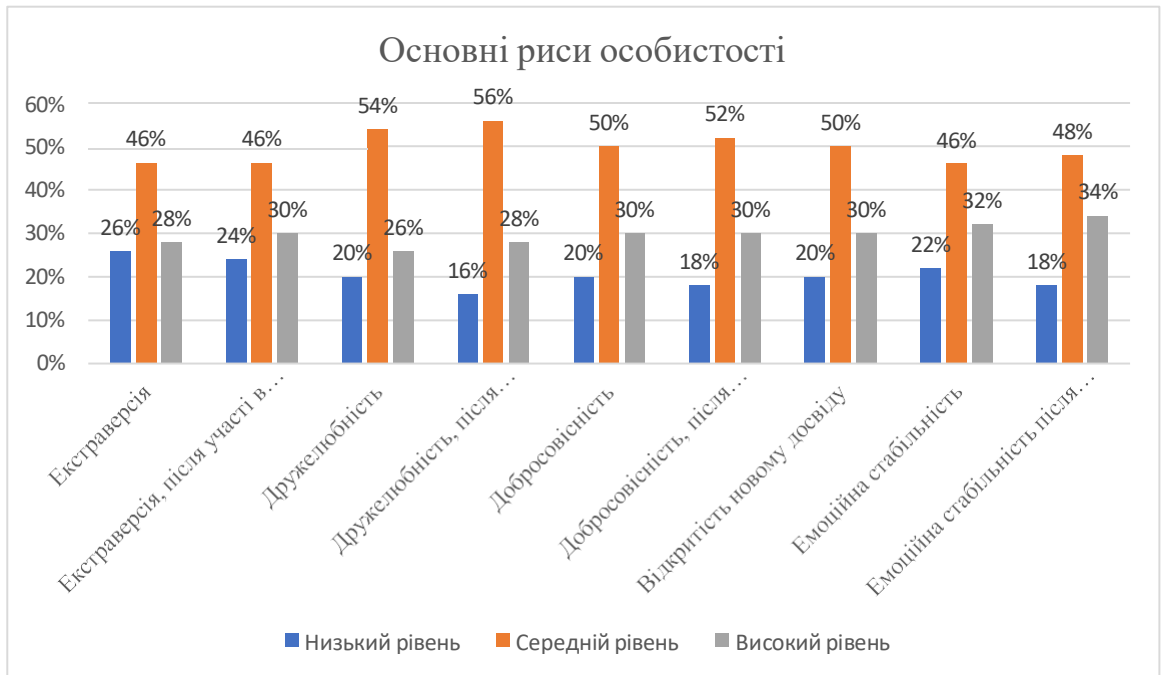
На рис. 3.5 подано результати ПТЗ до і після корекції.



**Рис. 3.5 Порівняння показників ПТЗ в учасників дослідження до та після участі в психокорекційній програмі з використанням символдрами**

Тож, після участі в психокорекційній програмі з використанням символдрами у комбатантів підвищився як загальний показник ПТЗ, так і його окремі складові: на 10% збільшилась кількість тих учасників дослідження, які змінили на краще своє ставлення до інших, також збільшилась кількість тих учасників, як бачать нові можливості в своєму житті, після участі в програмі лише 4% учасників мають низький рівень віри у власні можливості (на початку було 18%), тоді як 36% впевнені у своїй особистісній силі (проти 26% на початку). Також, особливої уваги заслуговують зміни у більш екзистенційних показниках, таких як духовні цінності (на 10% учасників мають високий показник після програми) та цінність життя (на 6% зменшилась кількість тих, хто має низький показник). Відмінності між групами статистично достовірні, що було перевірено за допомогою t- критерія Ст'юдента ( $p < 0,01$ ). Таким чином, можна зробити висновок, що розроблена психокорекційна програма сприяє посттравматичному зростанню комбатантів.

На рис. 3.6 проаналізовано отримані результати короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ до та після участі в психокорекційній програмі.



**Рис. 3.6 Порівняльний аналіз результатів короткого п'ятифакторного опитувальника особистості ТІРІ (адаптація М. Кліманської та І. Галецької, 2019 (ТІРІ-УКР) до та після участі в психокорекційній програмі.**

Тож, можна побачити деякі зміни в таких показниках, як екстраверсія, дружелюбність, відкритість новому досвіду та емоційна стабільність, але відмінності між показниками не є статистично достовірними. Тобто, ці риси особистості є більш сталими.

Таким чином, повторне опитування за обраними методиками та порівняння результатів свідчать про те, що психокорекційна програма з використанням символдрами сприяє відновленню комбатантів.

### **3.3. Практичні рекомендації щодо покращення психоемоційного стану комбатантів**

Сучасні підходи до надання допомоги жертвам збройних конфліктів базуються головним чином на уніфікованих протоколах медичної допомоги,

психологічних корекційних заходах, психологічному консультуванні та психотерапії. Основним завданням є поліпшення психічного та психічного здоров'я, а також благополуччя людини шляхом розвитку її особистих ресурсів. Для психічного здоров'я важливо створити ресурс, який дозволить вирішувати складні проблеми.

Якщо говорити про методи самопомоги, то більшість з них спрямовані на те, щоб відвернути увагу від поточного стресового фактора та поліпшити психічний стан за допомогою фізичних вправ і вражень. З перелічених заходів слід вибрати ті, до яких людина має індивідуальну схильність (див. додаток Б).

- Візуальне відволікання уваги. Ця техніка відволікає увагу від внутрішньої напруги і спрямовує її на розумне сприйняття навколишнього середовища.

- Вправи на спілкування. Мета такої діяльності, яка відволікає нашу увагу від «теперішнього», полягає в тому, щоб усунути із свідомості внутрішній діалог, що викликає стрес.

- Дихання для зняття стресу.

- Хвилина відпочинку. Розслаблення м'язів обличчя та плечей.

- Музична терапія. Прослуховування приємних музичних творів дозволяє перефокусувати увагу.

- Концентрація на єдиній речі сприяє повному розслабленню і викликає позитивні емоції.

- Будь-яка діяльність, особливо фізична (наприклад, біг, віджимання, присідання та інші), допомагає відволікти увагу від внутрішньої напруги в стресовій ситуації.

- Розпізнавання власних емоцій

- Впливаючи на окремі точки тіла, можна скорегувати роботу організму в цілому. Було встановлено, що масаж кінцівок значно підвищує життєвий тонус, оптимізує сон, покращує настрій і позитивно впливає на загальне самопочуття, що допомагає боротися з багатьма патологічними станами, зокрема депресією і стресом.

- Самомасаж.
- Підвищення стресостійкості за допомогою вправи «Безпечне місце».

Отже, ці практичні рекомендації складаються з нескладних вправ, які комбатанти можуть виконувати де завгодно, за потребою навіть в зоні бойових дій щоб змінити фокус уваги, розслабитися та відновити власні ресурси.

### **Висновки до розділу 3**

На основі наукових здобутків фахівців кататимно-імагінативній психотерапії була розроблена психокорекційна програма відновлення комбатантів. Програма проводилась у груповому форматі протягом 1 місяця, зустрічі відбувалися 2 рази на тиждень. Після закінчення програми учасники пройшли повторне опитування. Визначено, що після участі в психокорекційній програмі на 8 % збільшилась кількість учасників з низьким рівнем інтолерантності до невизначеності й на 10% зменшилась кількість учасників бойових дій, для яких невизначеність є нестерпною. При проведенні порівняльного аналізу результатів двох досліджень встановлено, що участь в психокорекційній програмі дозволила знизити рівень ситуативної тривожності на 14%, рівень особистісної тривожності на 16 %, загальний рівень тривожності комбатантів, які прийняли участь в дослідженні на 14%, що свідчить про ефективність розробленої психокорекційної програми. В результаті проведеної психокорекційної програми кількість учасників бойових дій, які мають середньо-важку чи важку депресію зменшилось з 17 до 12, що відповідає 10%. Відповідно, на 10 відсотків збільшилась кількість учасників, які не мають депресії, або мають ознаки легкої депресії. Використання символдрами покращує психо-емоційний стан й знижує ступінь важкості депресії у комбатантів. При проведенні порівняльного аналізу показників особистісної адаптованості учасників дослідження встановлено, що у комбатантів підвищилась нервово-психічна стійкість, покращився комунікативний потенціал, збільшилися показники

моральної нормативності, знизилась схильність до девіантної поведінки та суїцидальний ризик. Отже, психокорекційна програма з використанням символдрами, покращує адаптаційні здібності комбатантів, що сприяє як відновленню, так і подальшій реінтеграції у мирне життя.

Після участі в психокорекційній програмі з використанням символдрами у комбатантів підвищився як загальний показник ПТЗ, так і його окремі складові: на 10% збільшилась кількість тих учасників дослідження, які змінили на краще своє ставлення до інших, також збільшилась кількість тих учасників, як бачать нові можливості в своєму житті, після участі в програмі лише 4% учасників мають низький рівень віри у власні можливості (на початку було 18%), тоді як 36% впевнені у своїй особистісній силі (проти 26% на початку). Також, особливої уваги заслуговують зміни у більш екзистенційних показниках, таких як духовні цінності (на 10% учасників мають високий показник після програми) та цінність життя (на 6% зменшилась кількість тих, хто має низький показник). Таким чином, можна зробити висновок, що розроблена психокорекційна програма сприяє посттравматичному зростанню комбатантів.

## ВИСНОВКИ

1. У відповідності до завдань кваліфікаційної роботи було проаналізовано погляди науковців на символдраму як напрямок сучасної психотерапії. Символдрама, розроблена німецьким психотерапевтом Гансом-Карлом Лайнером, поєднує класичні та сучасні методи психоаналізу, а також символи та підсвідомість Юнга. Цей метод має ще одну назву – кататимно-імагінативна психотерапія, оскільки зосереджується на роботі з уявою (творчою силою) людини. Символдрама базується на принципах глибинної психології і використовує уяву клієнта, щоб зануритися в несвідомі, підсвідомі бажання, емоції, конфлікти та захисні механізми. Символічна драма також називається методом «сна наяву», оскільки зображення символічних образів є ключем до інтерпретації «підсвідомості» людини. Всі ми, коли закриваємо очі, можемо уявляти різні образи та форми. У символічному драматичному мистецтві ці образи відображають внутрішні переживання, риси характеру та емоції людини. Вони є символічним перенесенням, що вказує на те, що відбувається всередині нас. Інтерпретація образів може наблизити людину до вирішення її проблем. За допомогою символдрами клієнт звільняється від негативних переживань і конфліктів і задовольняє свої глибокі потреби. Таким чином, він зможе зосередитися на своїх поточних переживаннях, відновити внутрішню гармонію і відчуття повноти. Ефективність символдрами була підтверджена ще в 1940-х роках під час наукових експериментів Лайнера. З того часу цей метод був визнаний психотерапевтичною спільнотою і включений до систем медичного страхування багатьох європейських країн.

Психодинамічний підхід є однією з найпоширеніших у світі гілок психотерапії. Його методи базуються на міцних теоретичних та методологічних засадах, їх наукова розробка та якість емпіричних досліджень є відмінними і розвиваються відповідно до потреб сучасних клієнтів.

Поширення методів психодинамічного напрямку в Україні пов'язане з багатьма історичними та культурними передумовами. Символдрама

відрізняється від методів психодинамічного напрямку як метод, що повністю відповідає сучасним вимогам психотерапії: вона є систематичною, технічно добре організованою та дидактично чіткою. Інші особливості методу: відносно коротка тривалість, наявність допоміжних та дослідницьких технік, можливість застосування в різних формах (індивідуальна, групова, парна терапія), техніки, розроблені для роботи з клієнтами різного віку та з різними проблемами, визначають широку сферу застосування символічної драми та її мінімальні обмеження (протипоказання). Сучасний стан розвитку символдрами характеризується різними тенденціями. Продовжується активне впровадження теорії та практики КПІ у психології та медицині: розширюється сфера застосування методу, він ефективно інтегрується в комплексні психотерапевтичні програми. Досвід впровадження символдрами в Україні, заснований на багаторічних наукових спостереженнях, узагальненнях і теоретичних дослідженнях, показує, що перспективи застосування і розвитку методу в країні пов'язані, зокрема, з дослідженням і врахуванням особливостей соціокультурного контексту.

2. Після опрацювання теоретичного матеріалу було проведено емпіричне дослідження психологічних особливостей учасників бойових дій. В нашому дослідженні прийняли участь 50 учасників бойових дій, які проходять реабілітацію у вищезазначеному центрі Рівненської області. Серед учасників було 10 жінок (20%) й 40 чоловіків (80%). Таке співвідношення учасників бойових дій відповідає загальному співвідношенню представників різної статі в лавах ЗСУ на четвертий рік повномасштабного військового вторгнення.

Вік учасників дослідження від 22 до 58 років, середній вік- 36,8 років, прийняли участь комбатанти, які мають одне чи декілька поранень (90%), контузії (52%). У 15 учасників (30%) після консультації психіатра встановлено діагноз «Посттравматичний стресовий розлад» й призначено відповідне медикаментозне лікування. 17 учасників (34%) мають ознаки депресії середнього та важкого ступеню й також приймають лікарські препарати.

Було встановлено, що 10 % учасників дослідження мають низьку інтолерантність до невизначеності, більшість комбатантів, які брали участь у дослідженні (54 %), демонструють середню нетерпимість до невизначеності, третина учасників дослідження має високий рівень нетерпимості до невизначеності. Більшість учасників дослідження, мають вищі за середні (40%) та високі (20%) показники нервово-психічної стійкості. Варто звернути увагу на 10% учасників дослідження, які мають низькі показники нервово- психічної стійкості. Більшість учасників дослідження мають високий (34%) та вище за середній (46%) комунікативний потенціал. Низький комунікативний потенціал, мають 4% учасників дослідження. Переважна більшість комбатантів, які прийняли участь в дослідженні (84%), мають високі та вищі за середні показники моральної нормативності. 2 учасника дослідження (4%) мають низьку моральну нормативність. Більшість учасників дослідження мають вищі за середні (44%) та високі (30%) адаптивні здібності. Варто звернути увагу що 3 учасника дослідження (6%) отримали низькі бали за шкалою «Адаптивні здібності», 5 учасників(10%) продемонстрували високу схильність до девіантної поведінки і у 2-х учасників (4%) виявлені показники суїцидального ризику вище за середні.

Високий рівень екстравертованості притаманний 28% учасникам дослідження, тоді як низький рівень, виявлено у 26% учасників. Високий рівень дружелюбності визначено у 26% тоді як низький рівень, виявлений у 20% учасників. Високий рівень добросовісності виявлено у 30% учасників дослідження, а 20%- низький. Високий рівень емоційної стабільності притаманний 26% учасників дослідження тоді як низький рівень виявлено у 30% учасників дослідження. 26% учасників дослідження відриті новому досвіду, тоді як 26% учасників дослідження консервативні та прагматичні.

Визначено, що кожен третій учасник дослідження має високий рівень ситуативної тривожності, що може бути пов'язано як із особистісними особливостями, так і з умовами невизначеності, в яких перебувають комбатанти на «мирній території». Звертає на себе увагу той факт, що 44% учасника

дослідження мають високий рівень особистісної тривожності й 38% мають високий рівень загальної тривожності, що може бути як наслідком дезадаптації через бойову психічну травму, так й ознакою посттравматичного стресового розладу.

Встановлено, що 34% учасників дослідження, попри консультацію психіатра й прийом відповідних препаратів мають ознаки середньо-важкої та важкої депресії.

Більшість комбатантів, які взяли участь у дослідженні, мають середній показник посттравматичного зростання, слід зазначити, що кожен п'ятий борець, має низький індекс посттравматичного зростання. Слід зазначити, що 28% учасників дослідження отримали високий бал за шкалою «Сила особистості» і 22% за шкалою «Ставлення до інших». Водночас кожен четвертий борець, який брав участь у дослідженні, отримав низький бал за шкалами «Поліпшення якості життя» та «Духовні зміни», що можна пояснити важкими умовами військової служби та особливими обставинами, пов'язаними з психологічною травмою війни.

В результаті математико-статистичної обробки результатів визначено, що високі адаптивні здібності, комунікативний потенціал, відкритість новому досвіду, емоційна стабільність, нервово-психічна стійкість сприяють підвищенню індексу ПТЗ, а відповідно й відновленню комбатантів. Тоді як висока особистісна тривожність, виражена депресія та схильність до девіантної поведінки навпаки, знижують індекс ПТЗ. В нашому дослідженні не було виявлено взаємозв'язку між індексом ПТЗ та віком, статтю учасників дослідження та кількістю поранень.

3. На основі наукових здобутків фахівців кататимно-імагінативній психотерапії була розроблена психокорекційна програма відновлення комбатантів. Програма проводилась у груповому форматі протягом 1 місяця, зустрічі відбувалися 2 рази на тиждень. Після закінчення програми учасники пройшли повторне опитування. Визначено, що після участі в психокорекційній програмі на 8 % збільшилась кількість учасників з низьким рівнем

інтолерантності до невизначеності й на 10% зменшилась кількість учасників бойових дій, для яких невизначеність є нестерпною. При проведенні порівняльного аналізу результатів двох досліджень встановлено, що участь в психокорекційній програмі дозволила знизити рівень ситуативної тривожності на 14%, рівень особистісної тривожності на 16 %, загальний рівень тривожності комбатантів, які прийняли участь в дослідженні на 14%, що свідчить про ефективність розробленої психокорекційної програми.

4. В результаті проведеної психокорекційної програми кількість учасників бойових дій, які мають середньо-важку чи важку депресію зменшилось з 17 до 12, що відповідає 10%. Відповідно, на 10 відсотків збільшилась кількість учасників, які не мають депресії, або мають ознаки легкої депресії. Використання символдрами покращує психо-емоційний стан й знижує ступінь важкості депресії у комбатантів. При проведенні порівняльного аналізу показників особистісної адаптованості учасників дослідження встановлено, що у комбатантів підвищилась нервово-психічна стійкість, покращився комунікативний потенціал, збільшилися показники моральної нормативності, знизилась схильність до девіантної поведінки та суїцидальний ризик. Отже, психокорекційна програма з використанням символдрами, покращує адаптаційні здібності комбатантів, що сприяє як відновленню, так і подальшій реінтеграції у мирне життя. Після участі в психокорекційній програмі з використанням символдрами у комбатантів підвищився як загальний показник ПТЗ, так і його окремі складові: на 10% збільшилась кількість тих учасників дослідження, які змінили на краще своє ставлення до інших, також збільшилась кількість тих учасників, як бачать нові можливості в своєму житті, після участі в програмі лише 4% учасників мають низький рівень віри у власні можливості (на початку було 18%), тоді як 36% впевнені у своїй особистісній силі (проти 26% на початку). Також, особливої уваги заслуговують зміни у більш екзистенційних показниках, таких як духовні цінності (на 10% учасників мають високий показник після програми) та цінність життя (на 6% зменшилась кількість тих, хто має низький показник). Таким чином, можна зробити

висновок, що розроблена психокорекційна програма сприяє посттравматичному зростанню комбатантів.

*Гіпотеза дослідження:* використання символдрами в комбатантів покращує їхній психоемоційний стан та сприяє відновленню й посттравматичному зростанню учасників бойових дій повністю підтверджена.

5. Розроблені практичні рекомендації щодо покращення психоемоційного стану комбатантів.

Повномасштабне військове вторгнення на територію України, на жаль, ще продовжується, й тисячі активних людей різного віку захищають нашу Батьківщину. Від їхнього фізичного та психологічного стану залежить як успіх бойових операцій, так і повоєнне майбутнє країни. Тож, проблема відновлення комбатантів потребує подальших теоретичних розвідок й практичних напрацювань. Розширення психотерапевтичного арсеналу відновлювальних технік й підходів дозволить підвищити ефективність й підібрати для кожного учасника чи учасниці бойових дій саме найефективніший метод чи підхід для відновлення, продовження військової служби чи реінтеграції у мирне життя.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алещенко В.І. Теорія і практика військового управління : навчальний посібник. Київ : Міністерство оборони України, 2010. 378 с.
2. Алещенко О.В. Посттравматичне зростання. *Трансформації особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін* за загальною редакцією к.п. н., доцента Пріснякової Л.М., ВПНЗ «ДГУ», 2023, с.131-151
3. Бойові психологічні травми - Ресурсна психологія та психотерапія ([arpp.com.ua](http://arpp.com.ua)) URL : <https://arpp.com.ua/articles/combat-psychological-trauma/>
4. Баранова С. В .Переваги використання групової форми кататимно-імагінативної психотерапії (символдрами) в коучингу. Зрілість та відповідальність: соціально-психологічний аспект. Київ, 2020. С. 230-262.
5. Барко В.І. Психологія управління персоналом органів внутрішніх справ (проактивний підхід) : монографія. Київ : НІКА-ЦЕНТР, 2003. 448 с.
6. Військова психологія і педагогіка: підручник для військових вузів / Б.М. Олексієнко, Д. В. Іщенко, О. Д. Сафін. Хмельницький: Вид-во Академії ПВУ, 2017. 562 с.
7. Вінтоняк В.Ф. Особливості організації психологічного консультування військовослужбовців. Вектори соціальної, організаційної та економічної психології [Електронне видання] : тези доп. Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 25 лютого 2022 року) / за заг. ред. А. А. Мазаракі. Київ: Держ. торг.-екон. ун-т, 2022, 356 с
8. Гаврюшенко В.В. Основні напрями діяльності військового психолога з гармонізації взаємодії офіцерів у проблемних ситуаціях. URL : <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2021.6/07> (дата звернення 22.09.2025)
9. Гусева І. Посттравматичне зростання в умовах війни: соціально-психологічні аспекти. *Соціальна психологія*. 2023. 1(87), С.112–124.
10. Громадська організація «Інститут розвитку символдрами та глибинної психології»: офіційний сайт. URL: <http://symboldrama.com.ua/>

11. Демський В.В. Психологічні особливості розвитку професійної рефлексії офіцерів-прикордонників : дис. ... канд. психол. наук. Національна академія Державної прикордонної служби України імені Богдана Хмельницького. Хмельницький, 2009. 157 с.
12. Дунець Л.М. Психологія спілкування: навчальний посібник [для студентів спеціальностей «Соціальна педагогіка» та «Практична психологія»]. Хмельницький: ТУП, 2003. 142 с.
13. Кавалеров А. І. Соціальна адаптація: феномен і прояви. Одеса. Астропринт. 2005. 112 с.
14. Камбур А. В. Соціальна адаптація особистості в суспільстві переходного типу: зміна ціннісних пріоритетів : дис... канд. соціол. наук: 22.00.04 / Камбур Андрій Васильович / Гуманітарний ун-т "Запорізький ін-т держ. та муніципального управління". Запоріжжя, 2007. 203 с.
15. Карчевський І. Р. Проблемна міжособистісна взаємодія особового складу військової частини та особливості її діагностики і попередження // Автореферат дисертації на здобуття вченого ступеня канд. психол. наук : 19.00.09 / І.Р.Карчевський ; Нац. акад. Держ. Прикордонної служби України ім. Б.Хмельницького. Хмельницький, 2005. 19 с.
16. Колосович О.С. Психологія взаємодії у військово-професійному середовищі. Львів: ЛьвДУВС, 2018. 232 с
17. Кісарчук З. Г., Гребінь Л. О. Теоретичні основи застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії. *Актуальні проблеми психології* Т.3 : Консультаційна психологія та психотерапія : зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка. Київ, 2020. Т. 3, Вип. 16. С. 6 – 50.
18. Кісарчук З.Г., Лазос Г.П. Кататимно-імагінативна психотерапія: сучасний стан розвитку та перспективи застосування у вітчизняному психотерапевтичному просторі. *Актуальні проблеми психології*. Том III. : Консультаційна психологія і психотерапія : Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України / За ред. Максименка С.Д. Інститут

психології ім.Г.С.Костюка НАПН України; Видавець Лисенко М.М., 2013. Вип. 9. С.5 – 33.

19. Кихтюк О. Особливості психологічної підтримки населення в період військових дій методом символдрами (імагінативної психотерапії) в роботі клінічного психолога *Psychological Prospects Journal*, Вип. 39, 2022, С.178–187 URL : <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2022-39-kyh>

20. Кліманська М. Галецька І. Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості *tipi (tipi-ukr) psychological journal* Volume 5 Issue 9 2019. URL : <https://doi.org/10.31108/1.2019.5.9>

21. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання: монографія ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. –125 с.

22. Колесніченко, О. С. (2018). *Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців: монографія*. Харків: ФОП Бровін О. В., 246 с.

23. Кочубейник, О. Психологічні наслідки бойового досвіду у ветеранів АТО/ООС. *Вісник психології*, 2022. 3(14), с.45–59.

24. Кокун О.М., Олійник В.О., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Психологічне опитування «Посттравматичне зростання військовослужбовців в умовах війни» : препринт. Київ : ТОВ «7БЦ», 2024. 32 с.

25. Лазос Г. П. Технології застосування групової кататимно-імагінативної психотерапії (гкіп) у роботі з підлітками. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Серія 12 : Психологічні науки. 2014. Вип. 43. С. 99-108.

26. Левицька Т. Символдрама як інструмент роз витку емоційного інтелекту. *Український психолого-педагогічний науковий збірник*. 2018. № 15. С. 183–185.

27. Левицька Т. Л., Обухов-Козаровицький Я. Л. Символдрама: Теорія і практика: навч. посіб. Хмельницький: ХНУ, 2019. 266 с.

28. Ліщина, Н. В. Емоційна спрямованість осіб, що переживають особистісну кризу. *Актуальні проблеми психології*, 2020. Т. XI, Вип. 14, С.27–37.
29. Опанасюк, І. Співвідношення понять емоційна спрямованість, емоційна стійкість, емоційна культура у структурі емоційного інтелекту. *Збірник наукових праць: філософія, соціологія, психологія*, 2014.19(1), С.114–121.
30. Основи військової психології : навч. посіб. / Г. В. Бондарев, П. П. Круть ; Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272 с.
31. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: метод. посіб. / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
32. Попович І. С. Соціальні очікування особистості як регулятор соціально-психологічної реальності. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць Інституту психол. імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. 1. Вип. 44. К. : Фенікс, 2016. С. 138–143.
33. Присяжнюк Ю. Символдрама як діагностично-корекційний метод психосоматичного здоров'я особистості. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Маркетингові технології підприємств в сучасному науково-технічному середовищі»*, Тернопіль, 22 листопада 2021 року.
34. Попелюшко Р.П. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів. Київ: «Видавництво Людмила», 2020. 392 с.
35. Огороков Р.С. Психологічна характеристика особистості військовослужбовця на початку служби в лавах збройних сил України URL: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.19.29> (дата звернення 28.10.2025)
36. Радчук, Г. К., Адамська, З. М., Свідерська, Г. М., Андрійчук, І. П., & Олексюк, В. Р. (2019). Емоційна спрямованість у структурі фасилітативної діяльності майбутніх психологів. *Психологічний часопис*, 5(11), С.22–33.
37. Романишин А.М., Капінус О.С. Досвід роботи позаштатних груп психологічного забезпечення Збройних сил України в зоні проведення антитерористичної операції. *Збірник статей VII Всеукраїнської*

науковопрактичної конференції від «Особистість в екстремальних умовах».

Львів : ЛДУ БЖД, 2015. 398 с. URL : <http://ubgd.lviv.ua/moodle/mod/folder/view.php?id=9494>

38. Сайнецький О.В. Суть і особливості військової служби. *Публічне право*. № 3 (11). Київ, 2013. С. 210 – 216.

39. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін. ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

40. Сторожук Н. А. Символдрама як засіб вирішення особистісних проблем військовослужбовців в умовах військової служби. *Вісник Національного університету оборони України*. 2012. Вип. 2. С. 261-264.

41. Теоретико-методологічний аналіз феномену бойової психічної травми: сучасні підходи Вінтоняк В.Ф. Рибчук О.О., Недвига О.В. *Питання психології*. Вісник Національного університету оборони України 4 (68) /2022

42. Товариство символдрами України ім. Ханскарла Льюїнера - Символдрама Україна URL : <https://www.symboldramaua.com/>

43. Томе Г., Кехеле Х. Психоаналітична терапія: теорія і практика. Львів: Літопис, 2021, 165с.

44. Турецька Х. Нейрофізіологічне підґрунтя символдрами як психодинамічного напрямку психотерапії. *Вісник ХДУ Серія Психологічні науки*. 2019. С. 344–349.

45. Укрінформ. Кількість жінок-військових у ЗСУ з 2014 року зросла у 2,5 рази. <https://www.ukrinform.ua/rubric-ato/3682549-kilkist-zinokvijskovih-u-zsu-z-2014-roku-zroslo-u-25-raza.html>

46. Ульманн Г. Вступ до кататимно-імагінативної психотерапії. Жовква: Місіонер, 2019. 132 с. 38.

47. Форманюк Ю. В. Корекція проявів інфантильності підлітків методом символдрами в умовах пришкільного літнього табору. *Наука і освіта*. 2011. № 11. С. 168-171
48. Фурманець Б. І. Основи військової психології : навч. посіб. Харків : ХВУ, 2004. 220 с.
49. Чабан О. Війна в Україні: Психіатрія з передової. РМГР [інтернет]. 30, Березень 2023 URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/412>
50. Шевченко Н. Використання кататимно-імагі нативної психотерапії в комплексному лікуванні хронічних соматичних захворювань. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія : Психологічні науки. 2017. Вип. 3. С. 219–223
51. Шестопал І. А. Сисмолдрама як ефективний метод психокорекційної роботи. *Теорія і практика актуальних наукових досліджень*. Дніпро, 28-29 лютого 2020 р. С. 42-45
52. Ямницький В. М. Поняття норми психічного здоров'я у дзеркалі символдрами. *Наука і освіта*. 2008. № 4/5. С. 67-68
53. Ярмуратій А. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців до військової служби Київ. URL: [https://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/8820/138.%20%D0%AF%D1%80%D0%BC%D1%83%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%96%D0%B9\\_%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F.pdf](https://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/8820/138.%20%D0%AF%D1%80%D0%BC%D1%83%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%96%D0%B9_%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%8F.pdf) (дата звернення 22.10.2025)
54. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
55. Arntz A. Imagery Rescripting as a therapeutic technique: review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2012. №3. P. 189–208.
56. A Scoping Review of Military Culture, Military Identity, and Mental Health Outcomes in Military Personnel Carolyn Heward, Wendy Li, Ylona Chun Tie, Pippa Waterworth, URL: <https://doi.org/10.1093/milmed/usae276> (дата звернення 24.10.2025)

57. Balint E., Norell J. S. Six minutes for patient. London: Tavistock, 1973. 182 p.
58. Bahrke U., Nohr K.: Katathym Imaginative Psychotherapie. Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen *ГАБИТVC* in psychodynamischen Psychotherapien. 2. Auflage. Springer, Heidelberg. 2018.
59. Blinov, O. Combat stress and results of its empirical study. *Psychological Journal*, 2018, 4, 9–22. URL : <https://doi.org/10.31108/2018vol12iss2pp9-22>
60. Boe, O. Building resilience: The role of character strengths in the selection and education of military leaders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 2015, 17, 714–716
61. Brewin, C. R., & Holmes, E. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 2023, 23, P.339–376.
62. Frankl V. *Man's search for meaning*. London: Hodder & Stoughton. 1959.
63. Frick E, Stigler M, Georg H, Fischer N, Bumeder I, Pokorny D. Tumor patients in psychodynamic psychotherapy including daydreaming: can imagery enhance primary process and positive emotions? *Psychother Res*. 2008. № 18(4):444-53. doi: 10.1080/10503300701832433.
64. Friedrichs-Dachale A., Ullmann H. Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP). Eine systematisch aufgebaute, vielseitig der anwendbare psychodynamischen Methode Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie* 2020. № 2. P. 153–173. DOI 10.21706/pdp-19-2-153
65. Gabbard G.O., Litowitz B.E., Williams P. *Textbook of Psychoanalysis* American Psychiatric Publishing, 2011. 636 p.
66. Hanscarl Leuner. *Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP)*. Hrsg., Fortgeführt von Eberhard Wilke. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart. 2005
67. Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2006, 74(5), 797–816.

68. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 1989. 44(3), P.513–524.
69. Horn, Sannwald, Wienand (2006) *Katathym Imaginative Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* Ernst Reinhardt Verlag München Basel 2006. 251 p.
70. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press. 1992
71. Kardiner, A. *The traumatic neuroses of war*. New York: Paul B. Hoeber. 1941
72. Kleber, R. J. Trauma and public mental health: A focused review. *Frontiers in Psychiatry*, 2019. 10, 451. URL : <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00451>
73. Kokun, O., Agayev, N., Pischko, I., & Stasiuk, V. Characteristic impacts of combat stressors on posttraumatic stress disorder in Ukrainian military personnel who participated in the armed conflict in Eastern Ukraine. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 2020, 20, 315–326
74. Kottje-Birnbacher, L. Einführung in die Katathym-imaginative Psychotherapie. *Imagination. Österreichische Gesellschaft für Angewandte Tiefenpsychologie und Allgemeine Psychotherapie (ÖGATAP)*, 4/2001. Wien: Facultas-Univ.-Verl.
75. Kottje-Birnbacher L. Guided affective imagery / In: Reimer C., Ruger U. *Psychodynamic Psychotherapies. Textbook of Analytic Oriented Psychotherapies*: Springer, Berlin, New York, 2000. P. 151–176.
76. Kulesa, Ch., & Jung, F. Die Effizienz einer 20stündigen Kurzpsychotherapie mit dem Katathymen Bilderleben: Eine testpsychologische Untersuchung. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychoanalyse*, 1979. № 25(3). P. 274–293.
77. Leuner: Bilderleben als H. ein Experimentelles klinisches Verfahren Katathymes der Psychotherapie. *Z. Psychoth.Med.Psychol.* 1955. № 6. P. 235–260.
78. Leuner H. *Lehrbuch der Katathyme-imaginativen Psychotherapie: Grundstufe, Mittelstufe, Oberstufe*. Huber,1994. 340 p.

79. Lowenstein K. Meditation and self-regulatory techniques. *Handbook of complementary and alternative therapies in mental health*. San Diego: Academic Press, 2002. P. 159–181.
80. Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS): Diagnosis and treatment. *Directions in Psychiatry*, 2001. 21.
81. Masten, A. S. Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 2014. 85(1), P.6–20.
82. Nilsson D. Symbol drama, a Psychotherapeutic Method for Adolescents with Dissociative and PTSD Symptoms: A Pilot Study. *Journal of Trauma & Dissociation*. June 2010. P. 308-321
83. Park, C. L. Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning-making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological Bulletin*, 2010. 136(2), P.257–301.
84. Pavlina, Ž., Komar, Z., & Filjak, T. Psychological model of combat stress. *36th IAMPS Conference*, Split, Croatia, Ministry of Defence of the Republic of Croatia. 2000.
85. Petocz A. Freud, Psychoanalysis, and Symbolism. 2003. C. 206-213. Skills for Psychological Recovery: Field Operations Guide - PTSD: National Center for PTSD
86. Sachsse, U., Imruck, B. H., & Bahrke, U. Evaluation ambulanter Behandlungen mit Katathym Imaginativer Psychotherapie KIP: Eine naturalistische Studie. *Ärztliche Psychotherapie*. 2016. № 11. P. 87–92.
87. Solomon, Z. (2012). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. Springer Series on Stress and Coping. New York: Springer.
88. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), P.1–18.

89. Tedeschi R, Shakespeare-Finch J, Taku K, Calhoun L (2018). Posttraumatic growth: Theory, research and applications. Taylor & Francis. URL: [doi:10.4324/9781315527451](https://doi.org/10.4324/9781315527451)

90. The model of psychological safety of a soldier's personality. Ihor Prykhodko current issues in personality psychology volume 10(2), URL: <https://doi.org/10.5114/cipp.2021.108684> (дата звернення 27.10.2025)

91. Ulrich Bahrke, Karin Nohr (2013). Katathym imaginative psychotherapie Lehrbuch der Arbeit mit Imaginationen in psychodynamischen Psychotherapien Springer-Verlag, Berlin. Heidelberg.

92. von Wietersheim J., Wilke E., Röser M. Die Effektivität der Katathym Imaginativen Psychotherapie in einer ambulanten Längsschnittstudie Psychotherapeut. 2003. № 48. P. 173–178.

93. ZAGNITKO, Anatoly Panasovich et al. Study of the Influence of Katathym-Imaginative Therapy on Correction of Mental Disorders in Neurotic Conditions. BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience, [S.l.], v. 11, n. 2, p. 33-56, oct. 2020. URL : <http://dx.doi.org/10.70594/brain/11.2/73>.

94. Xiaohan Zhu, Yushan Du, Mingxing Wang, Chao Guo Military experience and depression: a prospective multi-cohort analysis across nations <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2025.118291>

## ДОДАТОК А

### ПСИХОКОРЕКЦІЙНА ПРОГРАМА З ВИКОРИСТАННЯМ СИМВОЛДРАМИ ДЛЯ ВІДНОВЛЕННЯ КОМБАТАНТІВ

Мета програми: покращення психоемоційного стану комбатантів

Завдання програми:

1. Зменшити тиск бойової психічної травми
2. Навчити технікам розслаблення
3. Покращити психоемоційний стан учасників бойвих дій
4. Сприяти відновленню та посттравматичному зростанню комбатантів

Тривалість програми: 30 днів (8 зустрічей по 2 год.+домашні завдання)

Етап 1. Початкова бесіда Перш за все, психотерапевт повинен поговорити з пацієнтом і виявити особливий інтерес до його або її дитинства, навіть до раннього дитинства. Як зазначалося вище, символічна драматерапія базується на тому, що інформація з перших років життя зберігається в підсвідомості і впливає на все подальше життя людини. Суть символічної драматерапії полягає в інтерпретації символів, що з'являються в образах, але інтерпретація повинна бути адаптована до історії конкретної людини. Наприклад, якщо людина відчуває бажання купатися в бурхливій річці, психотерапевт може розцінити це як бажання додаткової материнської уваги (загалом водна середа символізує становище дитини в утробі матері). Але якщо пацієнт є професійним плавцем, можливо, йому потрібно подолати додаткову перешкоду, щоб довести свою перевагу. Тому важливо «розкривати» пацієнта щоразу, отримуючи деталі про його дитинство, сімейні стосунки тощо. Після вступної бесіди настає фаза релаксації.

Етап 2. Релаксація необхідна пацієнту для зменшення захисних механізмів, які супроводжують нас протягом усього активного життя, і для опрацювання всіх глибоких переживань. Щоб дізнатися більше про техніки релаксації, прочитайте цю статтю. Під час розслаблення переконайтеся, що вас

не потурбують телефонні дзвінки в найближчі хвилини, і спробуйте створити спокійне середовище, щоб ви могли зосередитися на образах, не відволікатися і бачити їх якомога чіткіше.

Етап 3. Занурення в образ Тепер настав час зануритися в уяву. Коли ви достатньо розслаблені, слухайте психотерапевта, який вас супроводжує, дотримуйтесь його інструкцій і довіряйте йому. Ви можете уявити, що вас чекає, як подорож у ваше підсвідомість, що завжди цікаво і ефективно. Спеціаліст пропонує пацієнту образ (мотив) на власний вибір, наприклад, лісосмугу (ліс насправді є символом підсвідомості). Мета полягає в тому, щоб побачити істоту, яка виходить з лісу (підсвідомості). Спеціаліст інтерпретує вашу фантазію як той чи інший символ і може визначити проблему не тільки на основі того, що ви бачите, але й на основі того, що ви відчуваєте. Почуття та емоції мають вирішальне значення в символічній драматерапії. Пам'ятайте, що ця терапія конкретно стосується спогадів про почуття, які зберігаються в підсвідомості, тому ви можете очікувати запитання: «Які почуття ви відчували?».

Етап 4. Завершення Після пробудження вам буде запропоновано вийти з ситуації. Наприкінці сеансу психотерапевт робить деякі нотатки, враховує певні моменти, не розкриваючи їх, а потім дає вам «домашнє завдання». Зазвичай пацієнту пропонують, коли він повернеться додому, намалювати те, що він бачив під час терапії. Малюючи побачене, пацієнти інтегрують своє ставлення до того, що вони побачили у своєму сні, в зображення. Вибираючи розмір, кольори, техніку малювання, текстуру, контури, насиченість та інші характеристики, пацієнт виражає свої емоції в малюнку, а професійний психотерапевт може їх проаналізувати та інтерпретувати. Тому, без сумніву, продовження малювання допомагає краще зрозуміти свої несвідомі мотивації. Після сеансів, яких може знадобитися від 10 до 15 для повного розуміння проблеми, психотерапевт розмовляє з клієнтом, обговорює, що було зроблено, що мало особливе значення і чи є щось, що залишається незрозумілим. Однак

протягом усього процесу терапевт дає пацієнту можливість самому все це зробити і показати, як певний досвід вплинув на його життя.

Не існує універсальної мови для інтерпретації символів. Кожен пацієнт інтерпретує символи по-своєму, тому терапевт повинен вибрати мову, яка підходить конкретній людині і точно відображає те, що вона для неї означає. Психотерапевт може лише висунути гіпотезу, припущення, і це припущення може відображати власну психопатологію терапевта. Тільки сам пацієнт може повністю зрозуміти власний образ, а терапевт повинен направляти і супроводжувати його в цьому процесі за допомогою вказівок і уточнюючих запитань. Сформований образ допомагає психотерапевту діагностувати емоційний стан пацієнта, його стосунки з оточенням, конкретні особливості його особистого розвитку, особисті конфлікти, характер, конкретні особливості темпераменту та багато іншого. Більша частина терапії, що застосовує метод символічної драми, включає роботу з малюнками, виконаними пацієнтами на основі уявних образів. Малювання застосовується майже для всіх типів пацієнтів. Особи, у яких недостатньо розвинена уява і яким важко висловлюватися вербально, можуть відобразити свої почуття у своїх малюнках. Завдання малювання, під час якого вони повинні намалювати те, що пережили, зазвичай отримують після візуалізації образу [6]. Підсумовуючи, можна сказати, що в психотерапії ніхто не інтерпретує або пояснює кожну деталь уявного образу, якщо тільки не аналізує його детально. Сни, образи або малюнки — це насамперед метафори. І саме цього метафоричного підходу слід дотримуватися під час інтерпретації.

## Додаток Б

### Практичні рекомендації та вправи для покращення психоемоційного стану

- Візуальне відволікання. Озирніться навколо і уважно спостерігайте за місцем, де ви перебуваєте. Звертайте увагу на найдрібніші деталі, навіть якщо вони вам добре знайомі. Повільно і без поспіху розглядайте всі предмети по черзі, у певному порядку. Намагайтеся повністю зосередитися на цьому процесі.
- Вправи на спілкування. Поговоріть з близькою людиною, наприклад, сусідом або колегою, на абстрактну тему. Якщо поруч нікого немає, зателефонуйте другу або подрузі. Мета такої діяльності, яка відволікає нашу увагу від «теперішнього», полягає в тому, щоб усунути з нашої свідомості внутрішній діалог, що викликає стрес.
- Дихання для зняття стресу. Повільно і глибоко вдихайте через ніс, затримайте дихання на піку вдиху, а потім якомога повільніше видихайте. Це заспокійлива дихальна техніка. Спробуйте уявити, що з кожним глибоким вдихом і довгим видихом ви позбавляєтеся частини стресу.
- Хвилина відпочинку. Розслабте куточки рота, зволожите губи. Розслабте плечі. Зосередьтеся на своєму виразі обличчя та поставі: пам'ятайте, що вони відображають ваші емоції, думки та внутрішній стан. Цілком природно, що ви не хочете, щоб оточуючі помітили, що ви перебуваєте в стресовому стані. У цьому випадку ви можете змінити «мовлення обличчя і тіла», розслабивши м'язи і глибоко дихаючи.
- Музична терапія. Слухайте розслаблюючу музику, яка вам подобається. Спробуйте прислухатися до неї і зосередитися (локальна концентрація).
- Концентрація на єдиній речі сприяє повному розслабленню і викликає позитивні емоції. Зосередьтеся на одній діяльності.
- Будь-яка діяльність, особливо фізична (наприклад, біг, віджимання, присідання та інші), допомагає відволікти увагу від внутрішньої напруги в

стресовій ситуації. Доцільно застосовувати комплексні методи, які поєднують різні техніки релаксації та концентрації.

- Навчіться розпізнавати свої емоції, відстежуючи свої почуття протягом дня. Для цього ви можете встановити на телефоні нагадування, Коли телефон задзвонить, приділіть хвилинку, щоб подумати про те, як ви себе відчуваєте – запишіть свій настрій, будь-які пов'язані з ним фізичні відчуття, що ви робите і з ким ви це робите (наприклад, працюєте, їсте, дивитесь телевізор, займаєтеся спортом).

*Пропоновані слова для опису емоцій: Роздратований, Прийнятий, Відчужений, Здивований, Розважений, Злий, Роздратований, Стурбований, Апатичний, Сором'язливий, Жахливий, Нудний, Блаженний, Нудьгуючий, Спокійний, Хаотичний, Веселий, Впевнений, Збентежений, Задоволений, Сміливий, Дратівливий, Божевільний, Критичний, Знищений, Допитливий, Цинічний, Захищений, Депресивний, Визначений, Зруйнований, Розчарований, Розчарований, Виснажений, Нетерплячий, Екстатичний, Збентежений, Порожній, Енергійний, Заздрісний, Збуджений, Боязкий, Фрустрований, Задоволений, Вдячний, Скорботний, Дратівливий, Винний, Щасливий, Зламаний, З надією, Зранений, Ігнорований, Важливий, Недостатній, Байдужий, Недостатній, Натхненний, Роздратований, Ревнивий, Радісний, Млявий, Апатичний, Самотній, Коханий, Люблячий, М'який, Зловмисний, Мотивований, Неслухняний, Онімільний, Відкритий, Оптимістичний, Переповнений, Спокійний, Песимістичний, Грайливий, Задоволений, Сильний, Безсилий, Гордий, Відпочилий, Відкинутий, Розслаблений, Полегшений, Неспокійний, Сумний, Задоволений, Наляканий, Чутливий, Скептичний, Шокований, Розумний, Стресований, Здивований, Підозрілий, Переляканий, Вразливий, Стурбований, Безцінний, Замкнутий*

*Приклади фізичних відчуттів: головний біль, біль у серці, ясність розуму, легкість, метелики в животі, тремтіння, поверхневе дихання, нервозність, важке серце, закладений ніс, напруга (наприклад, у шиї, плечах, щелепі, попереку тощо).*

Або, можна встановити додаток на телефон і теж фіксувати свої емоції.

[Емоції твій особистий щоденник – Додатки в Google Play](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.easyflow.emotinotes&hl=uk&pli=1)  
<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.easyflow.emotinotes&hl=uk&pli=1>

- Впливаючи на окремі точки тіла, можна скорегувати роботу організму в цілому.

Було встановлено, що масаж кінцівок значно підвищує життєвий тонус, оптимізує сон, покращує настрій і позитивно впливає на загальне самопочуття, що допомагає боротися з багатьма патологічними станами, зокрема депресією і стресом. Для стимуляції будь-якої частини суглобів можна також використовувати додаткові засоби. Наприклад, можна покласти горіхи або арахіс у мішечок і переміщати їх між долонями вправо або вліво тертям, поки не з'явиться відчуття тепла або печіння.

- **Техніки самомасажу.** Масаж рук починається з широких рухів від кисті до плечового суглоба. Під час масажу нижніх кінцівок рекомендується доповнювати масажні рухи фізичними вправами, вибір і характер яких визначаються конкретними показниками. Масаж стопи слід починати з кінчиків пальців. Не слід масажувати тільки стопу або ногу. Масаж рук. Руку масажують обволікаючими рухами. Пальці масажують прямими, спіральними і круговими рухами. На долоні розтирання виконується великим пальцем, а інші пальці підтримують руку ззаду, а потім масажують тильну сторону руки, фіксуючи великий палець на долоні. Масаж рук повинен закінчуватися рухами і енергійними рухами пальців (згинання, розгинання). Масаж зап'ястя. Зі змінним зчепленням пальців, розтирання і розминання виконуються рухами щипців, прямими і круговими. Рука, яку масажують, розміщується на лікті. Масаж закінчується згинанням і круговими рухами зап'ястя. Масаж стоп. Початкове положення: лежачи, стопа, що масажується, зігнута, а нижня частина стопи спирається на коліно іншої ноги. Самомасаж виконується кулаком, а розтирання виконується енергійно у напрямку від пальців ніг до п'яти і навпаки. Повторіть 3-5 разів.

- *Тренуємо власну стресостійкість.* Щодня виконуйте вправу для стабілізації та подолання стресу “Безпечне місце”. [Аудіозапис вправи](#). Для виконання вправи прослухайте аудіозапис з інструкціями. Дана вправа ефективна, коли людині необхідно пережити стресові обставини, а також коли людина починає переживати напливи неприємних спогадів, почуттів і думок. Навички активної уяви пов'язані з пригадуванням стабілізуючих образів

здійюють нейронну мережу, яка відповідає за внутрішню стабілізацію та ефективне подолання стресу.