

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ГОРЯЧЕВА ЛЮДМИЛА ВАСИЛІВНА

Допускається до захисту:

завідувач кафедри психології

д.економ.наук, к. псих.наук, професор

В.А. Оверчук

«__» _____ 2024 р.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОВНОЛІТНІХ В
УМОВАХ ВІЙНИ

Спеціальність 053 Психологія

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник

Н.С. Лапшова,

к. псих. наук,

доцент кафедри психології

Оцінка: ___ / ___ / ___

Голова ЕК: _____

Вінниця 2024

АНОТАЦІЯ

Горячева Л.В. Психологічні особливості реабілітації повнолітніх в умовах війни. Спеціальність 053 «Психологія», освітня програма «Психологічна реабілітація». Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2024. У магістерській роботі розглянуто психологічні особливості реабілітації цивільних повнолітніх в умовах війни. Досліджено, що ефективними реабілітаційними заходами є арттерапія, тренінги та сімейна терапія.

Ключові слова: психологічна реабілітація, цивільне населення, повнолітні, реабілітаційні заходи, арттерапія, тренінг.

ANOTATION

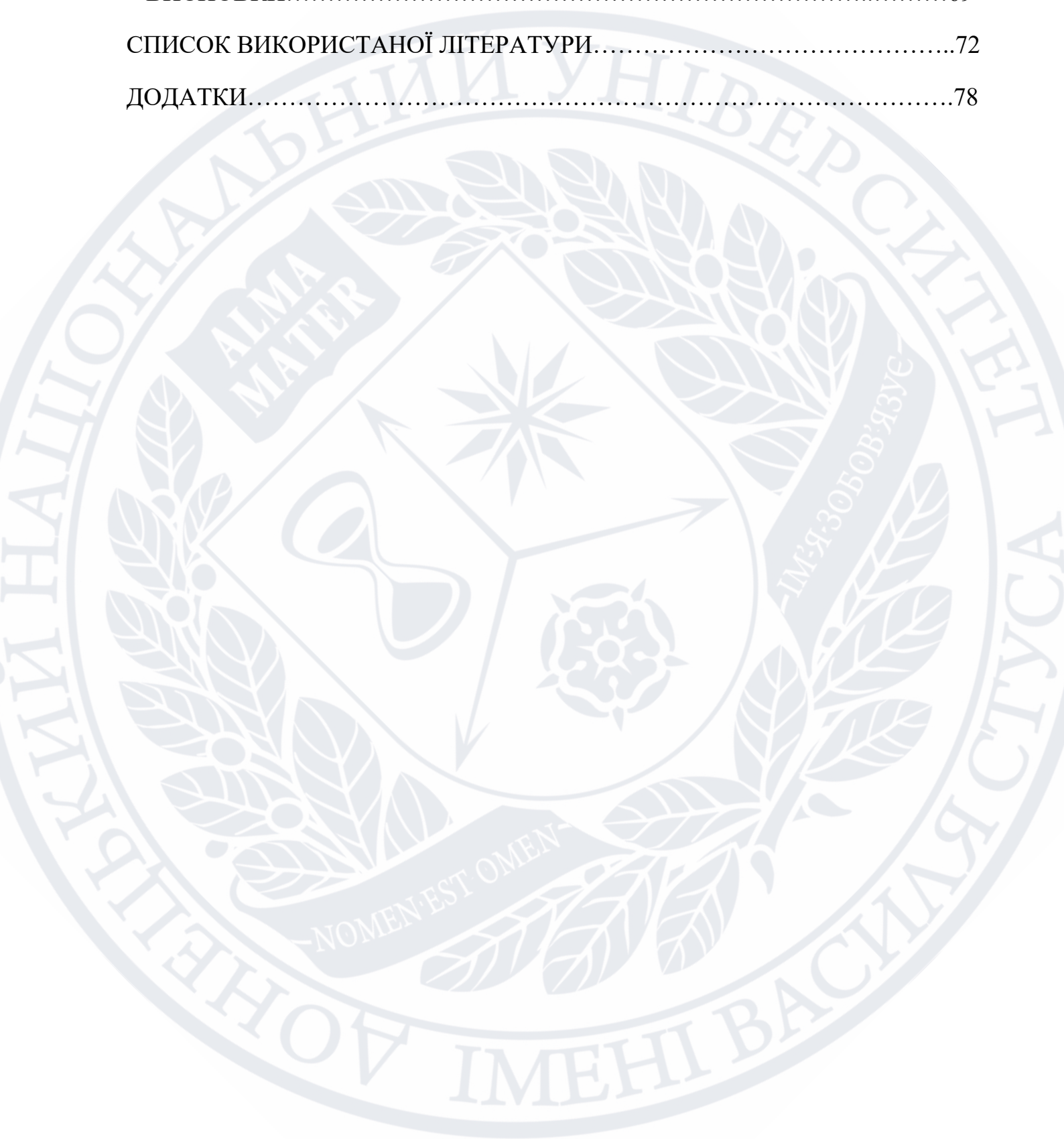
Liudmyla Goriacheva. Psychological features of rehabilitation of adults in war conditions. Specialty 053 "Psychology", educational program "Psychological rehabilitation". Vasyl Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2024 The master's work examines the psychological features of the rehabilitation of civilian adults in wartime conditions. It has been studied that art therapy, trainings and family therapy are effective rehabilitation measures.

Key words: psychological rehabilitation, civilian population, adults, rehabilitation measures, art therapy, training.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ.....	8
1.1. Загальна характеристика реабілітації як наукової дефініції.....	8
1.2. Концепції та принципи реабілітаційної діяльності в Україні під час війни.....	14.
1.3. Характеристика воєнних дій як екстремальної ситуації.....	26
Висновок розділу 1.....	
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОВНОЛІТНІХ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	31
2.1. Організація експериментального дослідження.....	31
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	39
Висновок розділу 2.....	
РОЗДІЛ 3. ОБГРУНТУВАННЯ ІННОВАЦІЙ ПІД ЧАС ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОВНОЛІТНІХ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	49
3.1. Теоретико-методологічні засади використання арт-терапії для реабілітації повнолітніх в умовах війни.....	49
3.2.Перспективи застосування тренінгової технології у реабілітації повнолітніх в умовах війни.....	54.
3.3.Можливості сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації повнолітніх в умовах війни.....	58
3.4. Корекційна методика для психологічної реабілітації цивільного населення в умовах війни.....	62

Висновок розділу 3.....	68
ВИСНОВКИ.....	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	72
ДОДАТКИ.....	78



ВСТУП

Війна - надскладний період у житті кожної людини. Вона кардинально змінює свідомість і соціальне самовизначення людей, які стикаються безпосередньо зі смертю, тортурами, руйнуваннями, страхами. Посттравматичний синдром у таких ситуаціях - цілком нормальна реакція на пережиті події. І якщо в стані постійного стресу він, найчастіше, не проявляється, то з моменту потрапляння у звичайну життєву атмосферу організм яскраво нагадує про перенесені страхи.

В Україні наростає кількість людей, які потребують психологічної та соціальної реабілітації в зв'язку з воєнною агресією росії. В конфлікт втягується дедалі більше людей, а саме: учасники бойових операцій, обслуговуючий персонал цивільних спеціальностей, співробітники організацій, що надають гуманітарну допомогу, місцеве населення, тощо.

Отримані в період ведення бойових дій травми, поранення, перенесені захворювання, бойова психічна травма природно позначаються на подальшому стані здоров'я постраждалих, визначаючи характер і особливості перебігу найрізноманітніших різноманітних захворювань, що діагностуються вже у післявоєнному періоді. Терміном «післявоєнна патологія» позначається комплекс захворювань, що сформувалися в післявоєнний період і тісно пов'язаний в етіологічному, патогенетичному і клінічному аспектах із перенесеними бойовими травмами, пораненнями, стресами, отруєннями, гострими захворюваннями воєнного часу.

Серед учених та практиків, які досліджували проблеми інвалідності, реабілітації та соціального захисту, виділяють С. Богданова, О. Іванову, Р. Кравченко, К. Міщенко, О. Петроє, Т. Семигіну, І. Сироту, А. Шевцова та ін. Проте натепер відсутнє єдине комплексне вивчення питання реабілітації в умовах війни.

Термін реабілітація включає в себе систему державних економічних, медико-соціальних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на запобігання тимчасовій або стійкій втраті

працездатності і на якнайшвидше повернення у суспільство і до суспільно корисної праці.

Проблема реабілітації повнолітніх в умовах війни вельми актуальна і має вирішуватися на професійному рівні та охоплювати всіх учасників. Проте слід визнати що єдина система соціальної, психологічної та медико-психологічної реабілітації в Україні ще не створена.

Діяльність держави, міжнародних організацій, благодійних фондів та волонтерів має бути об'єднана, а їхні зусилля необхідно координувати. Потребує вирішення проблема кваліфікованих кадрів в галузі психокорекції та надання психологічної допомоги.

Все вище зазначене і зумовило вибір теми дослідження: «Психологічні особливості реабілітації повнолітніх в умовах війни».

Метою даного дослідження є пошук ефективних реабілітаційних заходів для покращення психоемоційного стану повнолітніх в умовах війни.

Об'єктом дослідження є реабілітація повнолітніх.

Предметом дослідження є особливості реабілітації повнолітніх в умовах війни.

Гіпотеза. При проведенні психологічної реабілітації повнолітніх осіб, які знаходяться в тривалому нестабільному психо-емоційному стані внаслідок психотравмивного впливу військових дій, будуть ефективними методи арт-терапії, проєктивні методики та проведення тренінгових занять.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати підходи до визначення поняття реабілітації;
2. Описати концепції та принципи реабілітаційної діяльності в Україні під час війни;
3. Зробити характеристику воєнних дій як екстремальної ситуації;
4. Емпірично дослідити комплексну реабілітацію повнолітніх в умовах війни;
5. Обґрунтувати ефективні методи реабілітації повнолітніх в умовах війни.

6. Розробити корекційну програму реабілітації повнолітніх в умовах війни.

Для вирішення даної мети застосовувались наступні **методи**: аналіз наукової психологічної літератури, порівняння, узагальнення, систематизація отриманої інформації та її інтерпретація, спостереження та психодіагностичні методики:

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (56 найменувань), 3 рисунки, 6 таблиць та додатків. Повний обсяг роботи – 117 сторінок. Вступ розкриває актуальність досліджуваної теми. У першому (теоретичному) розділі розглянуто аналіз даної теми. У другому та третьому розділах описано практичне значення та результати дослідження. Висновки є частиною, де узагальнені і систематизовані отримані результати дослідження.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ

1.1. Загальна характеристика реабілітації як наукової дефініції

Реабілітаційна психологія в Україні, як і в багатьох інших країнах, історично розвивалася переважно в контексті психологічної підтримки осіб з обмеженими можливостями або травмованих спортсменів. Сьогодні область дослідження реабілітаційної психології значно розширилася, включивши такі дисципліни та напрямки, як кризова психологія, психологічна корекція, психологічна реабілітація, психологія жертви, психологія травмівних подій (зокрема екстремальних ситуацій), психологія стресу тощо. Багато наших співвітчизників зазнали останній час травмуючих подій. Таким чином, розвиток реабілітаційної психології відповідає вимогам суспільства. Стисло розглянемо місце реабілітаційної психології в структурі психологічної науки і практики.

Поштовхом для розвитку реабілітації, як науки послужили війни: Перша Світова війна і Друга Світова, загарбницьке вторгнення росії на територію України. Допомога людям - показник культури і цивілізованості суспільства.

Термін реабілітація (лат. *Rehabilitatio* – відновлення; *re* – означає «знову», *habilitas* – «здатність, спроможність») уперше почав використовуватися в юриспруденції, де він означає відновлення в громадських правах та скасування звинувачень. У контексті соціальної, медичної та психологічної допомоги його почали застосовувати пізніше.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, реабілітація – це комплексне та скоординоване використання медичних, соціальних, освітніх і професійних заходів для підготовки або перепідготовки неспроможної особи до найвищого рівня реалізації функціональних можливостей. Значне місце в ньому займають психологічні аспекти, позаяк в центрі уваги будь-якої реабілітації є особистість людини з її здібностями, темпераментом, характером, почуттями, світоглядом, вірою, прагненнями.

Реабілітаційна психологія – це прикладна галузь психології, а якщо точніше, – то психології здоров'я, що вивчає методи, завдання та практичний інструментарій психологічної реабілітації як специфічного виду психологічної допомоги населенню.

Реабілітаційна психологія є міждисциплінарною наукою про процес відновлення функцій людини. Реабілітацію можна визначити як процес та систему відновлення здатностей людини з обмеженою життєдіяльністю до побутової, суспільної та професійної діяльності. Результатом такого процесу є досягнутий рівень, обсяг, масштаб незалежної життєдіяльності людини, рівень її залучення до соціальних взаємозв'язків, повноцінне особистісне функціонування.

Реабілітація спрямована на створення якіснішого, з соціального погляду, рівня життя особи, яка її і потребує. Важливим у реабілітації є порушені можливості особи, взаємозв'язки, які тимчасово руйнуються між нею і суспільством та потребують відновлення. Процес відновлення концентрується не лише на потенційних можливостях людини, але й на тому, що може запропонувати суспільство, на діях з боку суспільства й на формах взаємодії людини та суспільства [4].

Обмеження життєдіяльності починається як значно виражена, виражена або значно виражена втрата здатності людини до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю її поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності на рівні з іншими громадянами через захворювання, психологічну чи фізичну травму (її наслідки) або вроджених вад. Усунення обмежень життєдіяльності розглядається як система заходів, спрямованих на створення умов для досягнення або відновлення особою оптимального фізичного, інтелектуального, психічного та соціального рівня життєдіяльності та забезпечення її законодавчо визначених прав.

Психологічна підготовка є комплексом психологічних, психолого-педагогічних методів і стратегій, які допомагають людям оптимізувати свій психо-емоційний стан в процесах розвитку їх здібностей і самосвідомості,

сприяння соціально-професійному визначенню, підвищення конкурентоспроможності ринку праці та спрямування зусиль на досягнення своєї професійної кар'єри. Психологічна адаптація трактується як система заходів, спрямованих на формування в особи здатності пристосовуватися до вимог суспільства, зважати на його норми й цінності.

Психологічна реабілітація – це система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей людини, створення сприятливих умов для розвитку особистості. Процес організованого психологічного впливу, внаслідок якого усуваються негативні психологічні наслідки пережитого травматичного стресу, забезпечується такий стан психічного здоров'я, який дає змогу людині досить ефективно розв'язувати різноманітні завдання.

Реабілітаційні заходи проводять для відновлення позитивного ставлення хворого до себе, до родини, суспільства, життя, з метою попередження формування психічного дефекту зі схильністю до самоізолювання.

Психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги. За допомогою психологічних впливів можна знизити рівень нервово-психічного напруження, швидше відновити втрачену нервову енергію і, як наслідок, вплинути на прискорення процесів [7].

Завдання психолога-реабітолога – реалізація тієї частини реабілітаційної програми, яка стосується надання психологічної допомоги пацієнтам, а також педагогічне втручання, спрямоване на мотивацію клієнтів (пацієнтів) до активної діяльності, проведення психоосвітньої роботи з родичами пацієнтів. Таким чином, учасниками психологічної реабілітації можуть бути як безпосередньо самі клієнти (пацієнти), так і їхні рідні та родичі.

Функції реабілітації:

- діагностична;
- розвивальна (корекційна);
- профілактична;
- лікувальна;

- власне реабілітаційна (відновлення).

Психологічна діагностика – психологічне обстеження особистості, моніторинг змісту й умов індивідуального розвитку та можливості її інтеграції в суспільство.

Психологічна корекція – це корекція окремих властивостей пізнавальних процесів особистості й характеру (мотивів, інтересів, установок, ціннісних орієнтацій, поведінкових реакцій) з метою засвоєння оптимальних способів різних видів діяльності (ігрової, комунікативної, навчальної, професійної і т.д.) для можливості успішної й ефективної самореалізації і соціальної інтеграції.

Психологічна терапія – комплекс проведення індивідуальних і групових занять, мета яких – усунення психологічних, нервових і психологічних розладів. У результаті «пом'якшується» чи ліквідується наявна симптоматика (клінічно орієнтована психотерапія) і змінюється ставлення до соціального оточення і власної особистості (особистісно орієнтована психотерапія). Не потрібно при цьому змішувати психотерапію та реабілітацію. Психотерапія виправляє або коригує недугу, реабілітація допомагає адаптуватися у середовищі.

Психологічне консультування – це комплекс процедур, призначених допомогти людині розв'язувати проблеми та приймати рішення щодо професійної кар'єри, сім'ї; для вдосконалення самої особистості та міжособистісних стосунків.

Поняття «реабілітація» (особливо коли це стосується дитячого віку) іноді містить процес набуття функцій, навичок, досягнення рівня соціалізації, якими дитина не володіла або ще не мала в своєму житті. Цей процес визначається таким поняттям як «абілітація».

Абілітація – це система лікувально-психолого-педагогічних заходів, що мають на меті попередження та лікування патологічних станів у дітей раннього віку, ще не адаптованих до соціального середовища, які призводять до стійкої втрати можливості працювати, вчитися і бути корисними членами суспільства. Це також система заходів, спрямованих на навчання знань і навичок людини ,

які є частиною повноцінного проживання в соціальному середовищі, таких як розуміння своїх можливостей і обмежень, соціальних ролей, прав і обов'язків, здатність до самообслуговування. Реабілітація як система має у своєму складі комплекс окремих підсистем і їхній взаємозв'язок: клініко-біологічна (розв'язання проблем гомеостазу, адаптації, компенсації); соціально-психологічна (аналіз проблем спілкування, відносини, взаємини тощо); етична (аналіз взаємовідносин соціального лікаря та пацієнта за принципом партнерства); соціально-економічна (аналіз вартості фінансових витрат, оцінка реабілітаційних заходів щодо їх рентабельності); юридична (розробка правових норм і т. д.).

Головне завдання реабілітаційних заходів полягає у відновленні, підтримці, збереженні психологічного здоров'я та запобіганні наслідків психологічного стресу - проведенням комплексних заходів, спрямованих на корекцію та компенсацію порушень психічних функцій, станів та особистісного статусу.

До основних завдань психологічної реабілітації належать:

1. Встановлення характеру психічних розладів, визначення особливостей реагування людини на тривале перебування в стресовому стані і вироблення реабілітаційних заходів;
2. Зняття психоемоційної напруги, дратівливості та страху за допомогою застосування комплексних впливів (психотерапевтичних);
3. Формування оптимальної психологічної реакції на наслідки життя в умовах війни, мобілізація особистісних якостей для подолання виниклих станів;
4. Формування у людини чітких уявлень про фактори ризику та усвідомленого ставлення до заходів щодо їх усунення;
5. Оптимальне вирішення тривалого нестабільного психоемоційного стану, відновлення соціального статусу, адаптація людини до актуальних умов життя за допомогою покращення соціальної активності;
6. Оцінка фізичної, та розумової працездатності; проведення заходів психологічної реабілітації, а в разі втрати професійної придатності -

професійної переорієнтації; орієнтування на продовження активної діяльності та виконання своїх обов'язків.

7. Дослідження того, як змінюються психологічні стани у процесі реабілітації; діагностика фізичного здоров'я людини; оцінка ефективності та корекція (у разі потреби) реабілітаційних заходів [10].

Методи психологічної реабілітації - це психологічні засоби, які обирає психолог. Вони можуть бути вербальними або невербальними, орієнтованими більшою мірою або на емоційні, або на поведінкові аспекти і реалізуються в контексті взаємовідносин і взаємодій між клієнтом і психологом. Типовими психологічними засобами є бесіда, тренування (вправи), тренінги або міжособистісні взаємовідносини як фактор впливу та впливу.

Здійснюючи психологічний вплив стає можливим знизити рівень емоційної напруги, і тим самим, істотно вплинути на прискорення процесів відновлення.

Термін «реабілітація» з'явився лише всередині ХХ сторіччя. Після Другої світової війни в Європі та США було розроблено принципи реабілітації, які пізніше стали основою реабілітації хворих та осіб з обмеженими можливостями у різних країнах світу. Реабілітація – це використання різних можливостей для зменшення впливу чинників, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації; забезпечення особам із обмеженням життєдіяльності можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції.

Українськими науковцями у 2017 р. запропоновано таке узагальнене трактування реабілітації, як «система державних соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження тимчасової або стійкої втрати працездатності постраждалих і на якнайшвидше їх повернення у суспільство й до суспільно корисної праці» [10].

Поділяємо позицію В. Шпака [8] стосовно того, що реабілітація передбачає наявність довірливих взаємин, формування ситуації успіху, відновлення позитивної самооцінки, мотивації досягнення, надання

індивідуальної допомоги, розвиток моральних уявлень, вироблення адекватних навичок поведінки і спілкування, підвищення рівня саморегуляції. Як доводить З. Шевців «для відновлення особистісних ресурсів клієнта або їх компенсацією застосовується інтегральна технологія – реабілітація» [12, с.123].

Узагальнюючи наголосимо, що з методологічної точки зору реабілітація (відновлення) має широке змістовне розуміння і вживається практично у всіх сферах діяльності людини. У найбільш загальному трактуванні, реабілітація охоплює динамічну систему взаємопов'язаних медичних, психологічних і соціальних складових, які спрямовані не лише на відновлення та збереження здоров'я та соціального статусу особистості в соціумі.

1.2. Концепції та принципи реабілітаційної діяльності в Україні під час війни

В Україні реабілітаційні заклади створюють на основі державної, комунальної і приватної власності, а також шляхом об'єднання майна різних форм власності. Реабілітаційні заклади поділяють на типи, залежно від змісту реабілітаційних заходів.

Це заклади:

- медичної реабілітації;
- медико-соціальної реабілітації;
- соціальної реабілітації;
- психологічної реабілітації;
- спеціалізованої реабілітації (нейрореабілітації, кардіо-пульмональної, травматолого-ортопедичної тощо);
- багаторівневої медичної реабілітації;
- психолого-педагогічної реабілітації;
- фізичної реабілітації;
- професійної реабілітації;
- трудової реабілітації;
- фізкультурно-спортивної реабілітації;

- превентивної медичної реабілітації;
- реабілітації учасників АТО/ООС;
- реабілітаційні установи, де реалізуються різні типи реабілітації.

На основі узагальнення напрацювань фахівців [12] було виокремлено десять найбільш вагомих підходів до організації реабілітаційної діяльності.

Наукові підходи до організації реабілітаційної діяльності та їх загальна характеристика:

Акмеологічний - реабілітація пов'язана з необхідністю адаптації клієнтів до нового соціального середовища;

Загальнопсихологічний – пошук реабілітації як відновлення психічної рівноваги;

Медичний - спрямований на відновлення соматичного здоров'я і працездатності людини;

Компенсаційний - передбачає надання допомоги клієнтам у виділенні компенсацій, надання різного роду пільг;

Комплексний - передбачає перетворення клієнтів на суб'єктів соціальної реабілітації, які приймають участь у власному відновленні;

Міждисциплінарний - передбачає співпрацю та колективну роботу команди фахівців різних галузей;

Мультидисциплінарний – заснований на колективній співпраці соціальних працівників, медиків, психологів, волонтерів;

Соціальнопсихологічний - представляє реабілітацію як відновлення системи взаємин клієнта, який проходить реабілітацію і соціального середовища.

Необхідно брати до уваги те, що кожний з підходів має свою предметну сферу аналізу і звертає увагу на конкретні компоненти досліджуваного явища. Зупинимось більш ґрунтовніше на змісті представлених підходів. Зокрема проведений аналіз літературних джерел [21] дає підставу встановити, що серед підходів реабілітаційної діяльності найефективнішими є комплексний та

акмеологічний підходи. Давайте деталізуємо особливості використання цих підходів.

Незважаючи на те, що комплексний підхід до соціальної реабілітації використовує механізми соціального захисту під час проведення соціальної реабілітації, це також означає, що клієнти перетворюються з «соціальних утриманців» — об'єктів, які отримують пільги, компенсації та привілеї — на суб'єктів соціальної реабілітації, які беруть участь у власній ресоціалізації.

Збільшення рівня їх соціальної активності розглядається як показник ефективності реабілітації. У найбільш загальному контексті, комплексний підхід, представляє напрям соціальної політики, що пов'язаний з відновленням духовного, економічного, культурного, психологічного, професійного потенціалу, фізичного здоров'я, реінтеграцію особи в соціальну життєдіяльність. Він спрямований на відновлення сенсу, який був загублених внаслідок перебування їх у стресовому стані.

Ми вважаємо, що перевага комплексного підходу полягає в тому, що він дозволяє використовувати всі інструменти та можливості для оптимізації реабілітаційного процесу як на державному, так і на місцевому рівнях. Цей підхід до реабілітації має на меті адаптації заходів реабілітаційної політики до місцевих умов; участь органів місцевого самоврядування в координації реабілітаційної політики на державному рівні; визначення ключових напрямків і механізмів реабілітаційної політики; і забезпечення економічних, правових і організаційно-управлінських умов реалізації реабілітаційної політики.

З'ясовано, що інвестування заходів, що забезпечують і стимулюють соціальну активність клієнтів, а також надання пільг повинно бути спрямоване не тільки для особистого споживання, а й заради відродження їх соціального, соціально-економічного, психологічного та духовного статусу і потенціалу, в тому числі їх навчання і підтримки підприємництва, що є найбільш конструктивними умовами ефективною довгостроковою комплексною реабілітації клієнтів, які звернулися за допомогою.

Слід вважати, що цей напрямок інвестування є очевидно перспективним зі стратегічних міркувань. По-перше, це дає поштовх і забезпечує розвиток місцевої політики соціальної реабілітації, щоб організації не залежали так сильно від зовнішніх інвесторів. По-друге, з тактичної точки зору виправдано інвестувати в активність людського фактора, в умовах дефіциту бюджету це буде більш ефективним буде вкладати ресурси в людей для покращення здоров'я, забезпечення повного розслаблення, підвищення професіоналізму, підтримки творчих проектів, відновлення господарської діяльності тощо. По-іншому, Л. Литвиненко представляє комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації [35].

Науковець включає такі психологічні компоненти комплексного підходу, як навчання (психоедукація), кризове консультування, індивідуальну психотерапію (до 8 сесій), групову психотерапію (до 5 сесій, в яких може бути не більше 10 осіб, тривалість яких 1,5–2 години) , методи релаксації з використанням елементів аутогенного тренування та ТОМАТІС (нейросенсорна стимуляція).

З практичної точки зору було з'ясовано, що до медичної складової повинні входити: фізіотерапія (бальнеотерапія, рефлексотерапія, масаж, кисневий коктейль, магнітолазер, електропроцедури, пресотерапія, ударнохвильова терапія, озокерит) та фармакотерапія, лікування супутньої соматичної патології.

Психофармакологічна терапія має на меті нормалізувати сон, імпульсивність, агресивність, депресію та рівень ажитації. Для реалізації цієї моделі лікувально-реабілітаційних заходів, що складається з багатьох компонентів, потрібні спільні зусилля фахівців різних профілів. Під час організації реабілітаційної діяльності ми вважаємо, що комплексний підхід передбачає системне вивчення нормальних і симптоматичних процесів, які відбуваються з людиною, а також підбір комплексу методів (психокоректуальних і психотерапевтичних), які впливають на конфлікт та ефективно опрацьовують деструктивні емоційні стани.

Крім того, комплексний підхід здійснюється після реалізації змістових етапів реабілітації. Ці етапи включають відновлення відчуття безпеки, розвиток природних психологічних ресурсів, підвищення здатності реагувати на негативні переживання, викликані психотравмальними факторами, адаптацію до нового середовища та підтримку з боку близьких і друзів, щоб досягти психопозитивних змін в емоційному стані людини.

Обґрунтуємо вибір акмеологічного підходу як вагомого під час організації реабілітаційної діяльності. Насамперед взято до уваги думку провідних науковців [16] стосовно того, що акмеологія націлена на пошук практичних механізмів удосконалення особистості, та передбачає надання практичної допомоги в досягненні нею вершини фізичного, духовного, морального і професійного розвитку.

На основі комплексного дослідження С. Пальчевський [11] сформулював основне завдання акмеології, яке полягає у дослідженні та аналізі закономірностей розвитку дорослої людини як: індивіда (складного живого організму), особистості (ядром якої виступають відношення людини до різних сторін об'єктивної дійсності) і суб'єкту діяльності (фахівця-професіонала); а також закономірності досягнення у цьому розвитку найбільш високого оптимального рівня.

У процесі дослідження встановлено, що саме акмеологія, у повній мірі може сприяти активному процесу реабілітації. У посібнику В. Ільїна та С. Пожарського [23] зазначено, що акмеологічний підхід передбачає цілеспрямоване використання позицій удосконалення та налагодження гармонії в особистісному розвитку людини.

Як стверджують А. Деркач і В. Зазикін, цей підхід доцільно розглядати у якості базисної категорії [16]. Додатковим аргументом на користь доцільності запровадження акмеологічного підходу в процес реабілітаційної діяльності є той факт, що він є практико орієнтованим, а тому матиме суттєвий позитивний ефект для стимулювання клієнтів до досягнення ними найвищих вершин

розвитку та допоможе у досягненні професіоналізму фахової компетентності, а також сприятиме прогресивному розвитку здатності до самореалізації.

На основі акмеологічного підходу реабілітаційну діяльність розглядаємо як процес досягнення максимально можливого для кожного клієнта, що звернувся за реабілітаційною допомогою, розвитку особистісної досконалості й професійної майстерності. З такої позиції, головна мета застосування акмеологічного підходу полягає у формуванні в клієнтів практичних умінь самостійно вирішувати широкий спектр особистісних проблем.

Наукові інтереси фахівців реабілітологій у контексті акмеологічного підходу мають стосуються таких проблем, як:

- дослідження взаємозв'язків між вдосконаленням мікрохарактеристик клієнтів (індивід → особистість → суб'єкт діяльності) на основі створення максимально сприятливих умов для досягнення особистісних вершин під час реабілітації;

- розробка практичних алгоритмів і технологій продуктивної реабілітації клієнтів через стимулювання механізмів самовизначення, самоосвіти, самовиховання та самовдосконалення;

- впровадження акмеологічного супроводу реабілітації.

У ході вивчення практичних аспектів впровадження акмеологічного підходу ми дійшли до розуміння того, що реабілітація повинна бути організована таким чином, щоб сприяти максимальному розвитку особистості кожного клієнта, а також бути націленою на формування його «акме», що передбачає належний рівень сформованості особистісної компетентності у розв'язанні тих соціальних проблем, з якими вони на даний момент часу справлятися не можуть. У контексті акмеологічного підходу необхідно запровадити осмислений пошук ефективних шляхів організації реабілітації.

На основі акмеологічного підходу реабілітацію розглядаємо як процес досягнення кожним клієнтом максимально можливого («акме») рівня відновлення тих втрачених функцій, які йому перешкоджають для адекватної життєдіяльності.

На основі аналізу наукових напрацювань українських фахівців С. Пальчевського, В. Федорова та В. Швидкого у практичному аспекті акмеологічний підхід під час реабілітаційної діяльності повинен реалізовуватися у такій послідовності:

- системне проектування акмеологічного середовища у реабілітаційному закладі, яке б стимулювало у клієнтів внутрішнє прагнення до успіху;
- запровадження інноваційних технологій у реабілітаційну діяльність, які мають в своїй основі технології забезпечення успіху у самовдосконаленні;
- впровадження інноваційних форм та методів у роботі реабілітологів, які базуються на акме-мотивації та акме-підтримці;
- системний аналіз результатів реабілітаційної діяльності та внесення коректив.

Зрештою, акмеологічний підхід до реабілітації вимагає переадаптації та реадаптації, внаслідок чого клієнти повинні адаптуватися до нового соціального середовища. Внутрішні та зовнішні фактори впливають на ці процеси. Одним із внутрішніх факторів є соціально-психологічна реабілітація, яка складається з медичних, психологічних та соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, становлення особистості та соціального статусу осіб, які підтримують реабілітацію.

Враховуючи різноманітність методів реабілітації, її можна умовно поділити на такі категорії: медичний, фізичний, психологічний, педагогічний та професійний. Кожен має свої методологічні основи, які включають принципи, етапи реалізації, умови реалізації, технологію проведення та інші елементи. Представимо загальні наукові думки щодо визначення основних принципів різних типів реабілітаційних заходів.

А. Денисов [25] також говорить про основні принципи психологічної реабілітації: максимальне наближення до військової ланки, невідкладність, якомога ранній початок реабілітаційних заходів, відразу після виявлення психічних розладів, поєднання психосоціальних і фізіологічних методів впливу

(комплекс реабілітації та лікування). Дослідник також зазначає наступність, послідовність, ступінчастість і поетапність. Впливи (зусилля, заходи), включаючи психосоціальні, описуються в певних дозах і поперечною (ступінчастим) переходять від одного до іншого.

Реабілітація є складним процесом, який вимагає співпраці медичних працівників, психологів і самої особи, допомагаючи їй охопити різні сфери життєдіяльності клієнта. Н. Алалікіна звертає особливу увагу на визначення основних принципів психологічної реабілітації [38].

Дослідниця вважає, що ефективна організація психологічної реабілітації та адаптації можлива лише за умови дотримання різноманітних принципів.

До найвагоміших принципів віднесено такі, як:

- 1) своєчасність, якомога ранній початок реабілітаційних заходів, одразу після виявлення психічних розладів;
- 2) єдність психосоціальних і фізіологічних методів впливу (поєднання реабілітації та лікування);
- 3) ступінчастість, послідовність і наступність реабілітаційних заходів. Будь-який вплив, у тому числі психосоціальний, здійснюється в певних дозах, з поступовим переходом від однієї форми організації допомоги до іншої;
- 4) універсальність (різноплановість) зусиль. Реабілітаційні заходи необхідно здійснювати у психологічній, професійній, сімейній, дозвілєвій і соціальній сферах;
- 5) партнерство, співпраця. Реабілітаційний вплив має відбуватися таким чином, щоб залучити клієнта, який отримав психічну травму, до відновлювального процесу;
- 6) індивідуалізація відновлювальних заходів. Відновлення психічної рівноваги окремого клієнта здійснюється з урахуванням особливостей особистості, механізмів і динаміки його стану;
- 7) відповідність реабілітаційних заходів адаптаційним можливостям людини;

8) участь у реабілітаційному процесі місцевих органів, священників, медичних працівників, психологів, адаптаційних центрів;

9) систематичний контроль і своєчасна корекція реабілітаційної програми [17].

Відповідно з дослідженнями М. Крамника та А. Караяні, термін «медико-психологічна реабілітація» використовується для опису процесу медико-психологічної реабілітації людей, які перебувають в екстремальних ситуаціях. Принципи медико-психологічної реабілітації комбатантів, які мають ознаки «бойової стресової реакції» (БСР), були вперше розроблені Салоном під час першої світової війни. Наближеність, негайність і передбачуваність (PIE) були цими ознаками.

Акроніми (мнемоправило) VICEPS розроблені та доповнені для реабілітації пацієнтів з ознаками реакції бойового стресу. Акроніми VICEPS включають короткість, негайність, централізацію, очікування, наближеність і простоту. Розглянемо їх більш детально. Так, принцип наближення забезпечує максимальну близькість місця надання допомоги до театру військових дій. Це вирішує проблему транспортування та, залишає, дозволяє отримати дружню підтримку від своїх товаришів по службі, що забезпечує загальну ефективність реабілітаційних заходів, хоча місце лікування має бути досить безпечним.

Принцип регулярності передбачає, що постраждалим потрібно надати допомогу за лічені хвилини або години після появи цих симптомів. У ситуаціях, коли допомога триває, прояви БСР залишаються більш стійкими до терапевтичних впливів. Усунення симптомів хвороби на ранніх стадіях значно простіше. Це означає, що першу допомогу потрібно надавати відразу.

Третій принцип «надії» вважають найбільш важливим, оскільки впевненість у тому, що людина повернеться до попереднього життя, повинна демонструватися на кожному етапі організації реабілітації.

На основі аналізу напрацювань А. Іванова та М. Жуматого [19] було з'ясовано, що важливим видом реабілітації є соціально-психологічна, яка вимагає дотримання таких принципів, як:

1) професійність – заходи повинні проводити лікарі та психологи, які мають спеціальну підготовку щодо оцінки функціонального стану людини і володіють методами соціально-психологічної корекції і психологічного обстеження;

2) обґрунтованість – підбір надійних, доступних і оптимальних методів реабілітації, перевірених багаторічною практикою з урахуванням особливостей функціонального стану соматичної та психічної сфер поранених і призначеної лікарем терапії;

3) індивідуальний підхід – врахування рівня зниження професійно важливих якостей, наявності патохарактерологічних змін особистості, сприйнятливості та переносимості різних медико-психологічних методів;

4) безперервність і оптимальна тривалість – початок з моменту надходження до госпіталю та продовження до нормалізації функціонального стану й відновлення професійно важливих якостей.

Зазначимо, що соціально-психологічна реабілітація пов'язана з соціальнопедагогічною, специфіка якої повинна будуватися на низці методологічних і організаційно-методичних принципів.

Підтримаємо В. Могільова [21], який визначає організаційно-методичні принципи соціально-педагогічної реабілітації. Він стверджує, що реабілітація повинна починатися якнайшвидше, що означає, що всі реабілітаційні заходи, від медичних до трудових, повинні починатися в період встановлення факту інвалідності.

У контексті нашого дослідження цікавою є виокремлення психологоакмеологічної реабілітації. У акмеологічній реабілітації виокремлюють такі принципи

1) принцип гуманізму та цінності людського буття, спрямований на підтримку клієнта: спочатку визнання клієнта як суб'єкта та його здатності самостійно вирішувати життєві проблеми; по-друге, «розкріпачення» клієнта можливо, актуалізація його інтелектуальних станів і свідомості як способів, володіння якими дає можливість оптимально вирішувати проблеми; і по-третє,

модельовання більш природних ситуацій, у яких клієнт розкриває свої можливості ;

2) особистісний принцип стверджує, що коли особистість функціонує, вона вписується в інші системи, такі як пізнання, спілкування, діяльність і загальна життєдіяльність. Функціонування особистості має відбуватися відповідно до правил цих систем, як от професія;

3) суб'єктно-діяльний принцип, важливий аспект, який включає особливість елементів діяльності клієнтів, які передбачають виконання протягом певного періоду часу (праця, професія).

Суб'єктно-діяльні характеристики включають професіоналізм, майстерність і компетентність, які є критеріями досконалості діяльності. За допомогою цього принципу можна знайти найбільш повне вираження себе в професії. Це є основою для творчості та найвищої ефективності (соціальної та професійної) у подальшій роботі.;

4) оскільки поняття «акме» пов'язане з життєвим шляхом особистості, принцип життєздатності є фундаментальним. Поняття «вершина» і «стратегія» пов'язані з поняттями «пік» кар'єри, а «акме» пов'язане зі зрілістю людини, максимальним рівнем розвитку її індивідуальності та максимальною реалізацією в майбутньому житті;

5) принцип стратегії життя передбачає, що клієнт вибирає відповідний спосіб життя, який відповідає його типу; це є спосіб вирішення розбіжностей між активністю, домаганнями, «Я-концепцією» та умовами, ресурсами життя; і діяти відповідно до цінностей і принципів людяності, які є основою життя;

6) розуміння людини як проєктивної та перспективної включає показовий, актуальний, імпліцитний та експліцитний принципи. Завдання акмеології виникає в тому, щоб допомогти клієнтам повністю використовувати свої розумові ресурси, після чого «непричетність» означає незавантаженість, коли людина в основному використовує свої ресурси для реалізації.;

7) оптимізація та принцип оптимізації включають розвиток клієнтів і організацію діяльності. Тим не менше, оптимальність пов'язана з

індивідуальним розвитком, а не з алгоритмізацією. Потреба в самореалізації, представлена в його свідомості у вигляді «Я-концепції», є основою індивідуальності життєвого шляху. Оцінка оптимальності самореалізації обґрунтовується на рівні зусиль, втрат, досягнень і задоволення.;

8) операційно-технологічний принцип показує, що практичною є акмеологія. Можна було оптимізувати діяльність за допомогою поєднання сучасних і традиційних технологій. Система технологічного забезпечення діяльності включає оптимальне використання психолого-акмеологічних ресурсів клієнтів, їх розвиток і прогресування до вдосконалення;

9) психосоціальний принцип охоплює якості людини, або її характеристики;

10) найкращим показником ефективності практичних дій є принцип зворотного зв'язку. Клієнт отримує можливість сприймати себе в новій якості, втіленій у діяльності, оскільки він об'єктивний у своєму житті, професії та спілкуванні. Він також отримує результати своєї роботи, оцінку інших людей і статус своєї посади. [37].

По-іншому визначають принципи медико-психологічної реабілітації Л. Литвиненко та І. Мисула. Автори наголошують, що необхідно враховувати особистісні фактори (для уникнення перенапруги адаптаційних механізмів) і дотримуватись таких основних принципів реабілітації:

- принцип максимального синергічного співробітництва: лікар– пацієнт– психотерапевт (а в разі необхідності – члени сім'ї);
- принцип багаторівневого характеру саногенних заходів;
- принцип послідовності й етапності проведення заходів;
- принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних і немедикаментозних заходів;
- принцип погляду на особистість як партнера в ході лікувального процесу.

Цілісність, наступність, багаторівневий підхід і динамічність є основними організаційними принципами реабілітації. А. Маклаков стверджує, що

принципи ініціативи, що проблема збереження професійного здоров'я організації не може розглядатися поза питаннями підвищення ефективності професійної діяльності клієнтів. Це пояснюється тим, що стан здоров'я військовослужбовців є одним із компонентів бойової готовності частин і підрозділів [11]. Отже, медико-психологічні заходи необхідно розглядати як основні компоненти єдиної системи психологічної допомоги, яка забезпечує пацієнтам діяльність, що підтримує реабілітацію.

Отже, проведений аналіз, загальнонаукових підходів та принципів реабілітаційної діяльності в Україні дав змогу зробити узагальнення про те, що серйозно проблемою комплексної системи реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в Україні не займалися. З метою усунення зазначеного аспекту, вважаємо за доцільне ґрунтовніше висвітлити науково-методичні аспекти її організації та дослідити механізми практичного проведення.

1.3. Характеристика воєнних дій як екстремальної ситуації

Питання психотравми як відносно самостійного психічного і психологічного феномену вивчали такі дослідники, як Б. Колодзін, Д. Калшед, П. Левін, Дженей і Баррі Уайнхолд, Е. Фредерик, Л. Бурбо, Н. Пезешкіан, А. Єрмошин, Н. Тарабріна та ін. В Україні інтерес до цієї проблеми різко зріс після 2013 року: з'явилася низка зарубіжних публікацій, в яких систематизовано найновіший досвід подолання наслідків психотравми; зросла кількість робіт вітчизняних дослідників, серед яких публікації О. Романчука, З. Кісарчук, Т. Титаренко, В. Климчука, П. Горностая, А. Карачевського, Г. Лазос, Я. Омельченко, Л. Гребінь, Н. Журавльової, Л. Царенко, О. Вознесенської, М. Сидоркіної, В. Горбунової та ін.

Поняття «екстремальна» і «надзвичайна» ситуація часто вживаються як синонімічні. У психологічній літературі інтерес до вивчення цих ситуацій і, зокрема, питань їхньої відмінності, з'явився ще наприкінці ХХ століття, адже в цей час, як зазначено в довіднику практичного психолога «Екстремальні ситуації» [18, с.46] «... сталася дуже багато лих і катастроф, світ буквально

захлинається від епідемії терористичних актів. Проте поняття екстремальних, кризових і надзвичайних ситуацій ще не отримали вичерпного визначення». Втім у цьому ж довіднику зазначені поняття вживаються як синонімічні. Тут зазначається: «надзвичайні ситуації набувають в сучасних соціально-політичних умовах усе більшого поширення».

Дедалі частіше діти й дорослі переживають ситуації техногенних катастроф, стихійних лих, піддаються насильству, стають заручниками. Тому інтерес до психології екстремальних ситуацій у сучасному світі неухильно зростає». Сукупність надзвичайних і екстремальних ситуацій називають небезпечними ситуаціями. У цих поняттях багато спільного, проте є і суттєві відмінності, на які треба зважати, організовуючи психологічний супровід.

Екстремальна ситуація (від лат. *extremus* - крайній, критичний) - раптово виникла ситуація, що загрожує або суб'єктивно сприймається людиною як така, що загрожує життю, здоров'ю, особистісній цілісності, благополуччю.

Під екстремальними мають на увазі такі ситуації, які виходять за межі звичайного, "нормального" людського досвіду. Людина, зіткнувшись з екстремальною ситуацією, ще до неї не адаптована, вона не знає, як діяти. Ступінь екстремальності ситуації визначається силою, тривалістю, новизною, незвичністю прояву цих чинників.

Однак екстремальною ситуацію робить не тільки реальна, об'єктивно наявна загроза життю для самого себе або значущих близьких, а й наше ставлення до того, що відбувається. Сприйняття однієї й тієї самої ситуації кожною конкретною людиною індивідуальне, у зв'язку з чим критерій "екстремальності" перебуває, швидше, у внутрішньому, психологічному плані особистості.

Як чинники, що визначають екстремальність, можуть розглядатися такі:

1. Різні емоціогенні впливи у зв'язку з небезпекою, труднощами, новизною, відповідальністю ситуації.
2. Дефіцит необхідної інформації або явний надлишок суперечливої інформації.

3. Надмірне психічне, фізичне, емоційне напруження.

4. Вплив несприятливих кліматичних умов: спеки, холоду, кисневої недостатності тощо.

5. Наявність голоду, спраги.

Екстремальні ситуації (загроза втрати здоров'я або життя) суттєво порушують базове відчуття безпеки людини, віри в те, що життя організоване відповідно до певного порядку і піддається контролю, і можуть призводити до розвитку хворобливих станів - травматичного та посттравматичного стресу, інших невротичних і психічних розладів.

Слід також зупинитися на змісті понять екстремальні умови та чинники. Під екстремальними умовами життєдіяльності розуміють змінені, незвичні умови життєдіяльності, що існують у людини, що характеризуються впливом низки психогенних чинників і ризиком для життя.

Екстремальними є умови, що спричиняють реакції організму й особистості, які перебувають на межі патологічних порушень. Екстремальними називаються умови життя людини, що характеризуються непередбачуваністю, невпорядкованістю майбутнього в разі несформованості, неясності для суб'єкта способів досягнення мети [19].

Перелічимо умови, що роблять стресори екстремальними:

- 1) суб'єктивна оцінка небезпеки стресора (фізичної цілісності, цілісності соціального статусу тощо);
- 2) суб'єктивна чутливість до стресора (значущість стресора);
- 3) ступінь несподіванки стресора;
- 4) близькість дії стресора до крайніх точок шкали "приємно - неприємно";
- 5) невизначеність термінів дії стресора.

Екстремальними є такі чинники й умови, виникнення яких призводить до стану динамічної неузгодженості, що характеризується порушенням адекватності фізіологічних і поведінкових реакцій і призводить до погіршення якості діяльності.

У зв'язку з повномасштабною війною перед більшістю українців постало завдання якнайшвидше навчитися адаптовуватися до нових дискомфортних, а часто й загрозливих для життя, умов. Війна – це екстремальна ситуація, що виходить за межі звичайного нормального людського досвіду, та загрожує (чи сприймається як така) життю, здоров'ю, благополуччю. Війна – це низка гострих інтенсивних і хронічних стресових ситуацій низької інтенсивності; це необхідність пристосовуватися до надзвичайних ситуацій, які є наслідком руйнувань міст, інфраструктури, доріг, що часто спричиняє людські жертви, наносить шкоду здоров'ю людей, призводить до значних матеріальних втрат і порушення життєдіяльності.

Гострі ситуації високої інтенсивності характеризуються такими ознаками [

- наявність невідкладної енергозатратної потреби (у ситуації війни домінує потреба безпеки – власної, близьких людей: родини, друзів, побратимів та країни);

- сильна фрустрація у випадку неможливості задовольнити потребу;
- негативні емоції високої інтенсивності;
- мобілізація для нових спроб реалізації потреби [15].

Хронічна ситуація низької інтенсивності частково нагадує гостру, проте емоції в ній приглушені, потреби і конфлікти усвідомлюються слабо, а страждання здебільшого приносять фізіологічні симптоми або особистісна дезадаптація внаслідок комунікативних ускладнень. Якщо в гострій ситуації високої інтенсивності є надія на вирішення (що додає сили), то в хронічній ситуації надія швидко зникає, людина почуває себе безпомічною. Для багатьох мешканців українських регіонів, зокрема тих, що перебували чи перебувають в окупації чи живуть на територіях, де велися чи ведуться бойові дії або ракетні обстріли, а також для представників силових структур, членів їхніх родин, вимушених переселенців, війна може стати гіперекстремальною ситуацією. У цьому випадку внутрішні навантаження часто перевищують людські можливості, руйнують звичайну поведінку, погіршують здоров'я, ведуть до небезпечних наслідків.

Висновок до розділу 1.

В умовах війни люди перебувають у стані постійного стресу, багато хто зазнає фізичного і психічного травмування, що актуалізує неопрацьовані набуті впродовж життя психотравми, майже всі переживають труднощі з адаптацією. Але якщо в Україні питання посттравматичних стресових розладів, починаючи з 2014 року, активно вивчається, то стратегії та розлади адаптації в ситуації повномасштабної війни практично не досліджувалися. Тому питання адаптації, стратегій подолання порушень і розладів адаптації сьогодні, як ніколи, актуальне.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОВНОЛІТНІХ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Організація експериментального дослідження

У період війни населення України потребує комплексної підтримки та допомоги держави, неможливо впоратися з негативними наслідками війни самостійно. Отже, допомога людям, які потребують реабілітації, має бути належним чином організована. Ми вважаємо, що це можна розділити на три етапи:

1. Гостра фаза: переміщення особи на безпечнішу територію, забезпечення їжею, притулком, ургентною медичною допомогою. Така робота здійснюється уповноваженими державними структурами, громадськими організаціями, волонтерськими ініціативами, гуманітарними місіями.

2. Реабілітація (медична, соціальна), також допомога в працевлаштуванні, організація житла здійснюються у місцевій громаді.

3. Робота з віддаленими наслідками війни (психотерапія, боротьба з ПТСР тощо) – здійснюється у місцевій громаді та часто ініціюється громадськими організаціями або безпосередньо отримувачем послуг/клієнтом.

Сьогодні система охорони здоров'я України стикається з труднощами та проблемами, які складно вплинули в межах одного відомства — Міністерство охорони здоров'я. Це сталося під час війни та під час державних реформ і децентралізації. Таким чином, для вирішення проблем охорони здоров'я залучаються фахівці із соціальної політики, прав людини, економіки, освіти, соціальної роботи, психології та інших сфер. Як зазначалося раніше, питання охорони здоров'я є складним комплексним процесом, у якому також бере участь громадянське суспільство. Це може допомогти розвинути загальну систему охорони здоров'я та допомогти тим, хто стикається з проблемами зі здоров'ям, особливо під час війни. Прикладами такого втручання можуть бути різноманітні програми та ініціативи громадських та благодійних організацій, спрямовані на підтримку певного населення, грантові програми для освіти та

послуг, а також програми, підтримані міжнародними організаціями, які працюють в Україні для стабілізації . [16].

Уже майже два роки українці живуть із постійним відчуттям страху. Його посилюють звуки повітряних тривог, вибухів, обстрілів і залпів артилерії. Це активує реакцію на виживання в складних умовах, відому як "бийся, тікай або завми".

Реакція регулюється різними гілками нервової системи: симпатичною — вона відповідає за "бийся або тікай" — і парасимпатичною — "сповільнюйся й завми". Обидві системи створені для того, аби тримати людину в балансі під час стресів та нормалізації стану.

Але під час війни ситуація змінюється. Стрес зашкалює, мозковий баланс порушується, і парасимпатична система намагається переважати. Вона «вимикає» всі емоції, змінюючи поведінку. Це необхідно для того, щоб людина могла вижити.

Амігдала, невелика частина лімбічної системи мозку, активується під час стресу. Вона сигналізує про загрозу та підвищує рівень адреналіну. Коли екстремальна загроза поєднується з апатією , як це відбувається під час військових дій, мозок може послати тілу сигнали, які відомі як «завми». Таким чином знижуються тиск, температура тіла, інтенсивність рухів і серцебиття . Подібні реакції під час війни можуть бути миттєвими або короткостроковими, а можуть тривати кілька днів або тижнів. Усе залежить від сили травматичної події та загального психічного стану людини.

Крім того, амігдала надсилає сигнали гіпокампу — ділянці мозку, яка відповідає за зберігання спогадів, не запам'ятовувати травматичні події. Тому ми зараз забуваємо багато важливих деталей, а часом повністю втрачаємо контроль над думками. Втім, спеціалісти Американської асоціації психологів переконані, що не варто через це перейматися, адже реакції тіла на життя у зоні конфлікту є абсолютно нормальними, автоматичними й адаптивними.

Психологічні особливості поведінки повнолітніх в умовах війни досить різні для кожної особистості. Відтак, агресія, схильність до ризику, тривожність – це ті прояви, які потребують особливої уваги з боку психологів [16].

Проведення емпіричного дослідження включає ряд етапів: визначення методів і методик дослідження, виявлення рівнів тривоги, схильність до ризику, агресії та здатності до прогнозування у повнолітніх та аналіз результатів дослідження.

У дослідженні брали участь дорослі люди у кількості 30 осіб (16 жінок та 14 чоловіків). Дослідження проводилося у кілька етапів:

1. Підготовчий етап: бесіда з психологом, студентами, добір методик, формування первинної вибірки.
2. Констатуючий етап: підготовка до діагностичного обстеження, обробка результатів, аналіз та обговорення результатів, опис психологічних особливостей особистості повнолітніх в умовах війни.
3. Розробка та реалізація практичних рекомендацій.

Діагностичні методики, які ми використали:

- Методика діагностики міжособистісних відносин Лірі; (Додаток А)
- Опитувальник Басса-Дарки виявлення агресії; (Додаток Б)
- «Готовність до ризику» Шуберт (PSK).(Додаток В)

Методика діагностики міжособистісних відносин Лірі.

Соціальні аттитюди виділяються двома чинниками під час моніторингу міжособистісних відносин: домінування-підпорядкування та дружелюбність - агресивність [16]. У процесах міжособистісного сприйняття ці аспекти додають загальне враження про людину. М. Аргайл назвав їх основними елементами аналізу стилю міжособистісної поведінки. За змістом вони можуть бути пов'язані з двома основними осями семантичного диференціала Ч. Осгуда: оцінкою та силою. У багаторічному дослідженні, проведеному американськими психологами під керівництвом Б. Бейлза, поведінка кожної групи членів оцінюється за допомогою двох змінених у тривимірному просторі з трьома

елементами: домінування-підпорядкування, дружелюбність-агресивність, емоційність-аналітичність. [20].

Т. Лірі створив умовну схему, яка представляла собою кола, розділені на окремі зони, щоб показати основні соціальні орієнтації. У цьому колі позначені чотири орієнтації: домінування-підпорядкування, дружба-ворожість і домінування-підпорядкування. У своїй частині ця галузь розділена на вісім груп відповідно до того, наскільки приватними є ці відносини. Для більш детальної інформації коло складається з 16 секторів, але частіше використовують октанти, чітко орієнтовані на дві основні осі. [29].

Схема Тімоті Лірі заснована на припущенні, що взаємозв'язок цих двох змінних посилюється, чим ближче виявляється результат до центру кола. Сума балів, обраних для кожної орієнтації, переводиться в індекс, де вертикальна вісь (домінування-підпорядкування) і горизонтальна вісь (дружелюбність-ворожість) домінують відповідно. Відстань між показниками від центру кола показує адаптивність чи екстремальність поведінки між людьми.

Опитувальник містить 128 оціночних суджень, у тому числі у кожному з 8 типів відносин утворюються 16 пунктів, упорядкованих по висхідній інтенсивності. Методика побудована на судженнях, створених задля з'ясування будь-якого типу відносин, розташованих не підряд, а особливим чином: вони групуються по 4 і повторюються через однакову кількість визначень. Під час обробки підраховується кількість відносин кожного типу.

Т. Лірі запропонував методику оцінки спостереження за поведінкою людей; це включає оцінку оточуючих ("з боку"), самооцінку, оцінку близьких і опису ідеального «Я». Інструкція відповіді змінюється відповідно до цих рівнів діагностики.

Методика може бути представлена респонденту або списком (за алфавітом або у випадковому порядку), або на окремих картках. Йому пропонується вказати ті твердження, які відповідають його уявленню про себе, відносяться до іншої людини або її ідеалу [29].

Опитувальник Басса-Дарки

Агресивність має якісну, а також кількісної характеристикою. При цьому вона має різний ступінь вираженості: від повної відсутності і до граничного розвитку. Кожна особистість повинна мати певну ступінь агресивності, розрахувати яку можна за допомогою діагностики Басса-Дарки (опитувальник). Її повна відсутність призводить до надмірної пасивності, відомості, проблемам в колективі і т.д. Надмірний розвиток починає визначати вигляд особистості, яка може стати нездатною на свідому кооперацію. Як правило, у імпульсивних людей виникають складності в роботі, так як у них не виходить вибудувати відносини з іншими індивідами, часто їх вчинки необдумані, що може бути наслідком стресу або травмивної події.

В сучасній психологічній практиці метод Басса-Дарки широко використовується. Особливо цінним є цей тест, якщо прояв агресії має бути пов'язаний із внутрішніми мотивами агресора. Це позиція окремих дослідників. Результати методики Басса-Дарки не дозволяють оцінити як вираженість конкретних симптомів ворожої поведінки, так і мотивацію до нагородження. Звичайно, можна заперечувати, що в деяких ситуаціях поведінка може бути визначена одночасно дією кілька типів мотивації.

Складаючи опитувальник, вчені спиралися на такі принципи:

1. Одне питання має відношення тільки до однієї частини агресивної поведінки.
2. Питання складаються так, щоб якомога більше послабити вплив на відповідь випробуваного можливого схвалення або несхвалення суспільства.

Методика агресії Басса-Дарки досягає стійкості за допомогою наступних методів. По-перше, кожна відповідь містить припущення про те, що стан, який не сприймається суспільством (наприклад, обурення чи злість), вже виник, і випробувальний повинен лише сказати, як його виразити. Таким чином, людині не потрібно аналізувати причини цього стану, а просто описувати його. Питання розроблені таким чином, щоб учасник дослідження не викликав себе у ворожій поведінці. По-третє, під час випробування виготовлені штампи, які є звичайними розмовними обертами. Методика Басса-Дарки дозволяє оцінити

різноманітні види агресивної та ворожої поведінки. тест дозволяє переконатися, що вираженість не відрізняється від цієї між всіма категоріями випробовуваних [41].

Крім того, опитувальник дозволяє зрозуміти варіанти, куди йти далі. Результати діагностики агресивності за методом Басса-Дарки також показують елементи мотиваційної сфери випробуваного. Таким чином, реальні змістовні мотиви завжди впливають на вибір конкретної моделі поведінки. Ця методика особливо корисна в роботі з агресивними підлітками та злочинцями, після чого вона розуміє причини своїх дій ..

Можна розділити прояви агресії на два основні типи: перший — мотиваційна агресія, як самоцінність, другий — інструментальна, як засіб (маючи на увазі, що і та, й інша можуть проявлятися як під контролем свідомості, так і поза нею, і пов'язані з емоційними переживаннями (гнів, ворожість). Більшою мірою нас цікавила мотиваційна агресія як прямий прояв реалізації властивих деструктивних тенденцій. Визначивши рівень таких деструктивних тенденцій, можна з великою ймовірністю прогнозувати можливість прояву відкритої мотиваційної агресії. Однією з таких діагностичних процедур є опитувальник Басса-Дарки [29].

А. Басса, який сприйняв низку положень своїх попередників, розділив поняття агресії та ворожість і визначив останню як, реакцію, що розвиває негативні почуття та негативні оцінки людей та подій. Створюючи свій опитувальник, що диференціює прояви агресії та ворожості, А. Басса та А.Дарки виділили такі види реакцій:

1. Фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи.
2. Непряма агресія, манівцем спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована.
3. Роздратування - готовність до прояву негативних почуттів при найменшому збудженні (запальність, грубість).
4. Негативізм - опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти звичаїв і законів, що встановилися.

5. Образа — задрість та ненависть до оточуючих за дійсні та вигадані дії.

6. Підозрілість — у діапазоні від недовіри та обережності щодо людей до переконання в тому, що інші люди планують і завдають шкоди.

7. Вербальна агресія - вираз негативних почуттів як через форму (крик, вереск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози).

8. Почуття провини - висловлює можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що чинить зло, а також докори совісті, що відчуються ним.

Опитувальник складається з 75 тверджень, куди піддослідний відповідає «так» чи «ні» [14].

Користуючись цією методикою, необхідно пам'ятати, що агресивність як властивість особистості і агресія як акт поведінки можуть бути зрозумілі в контексті психологічного аналізу мотиваційної сфери особистості. Тому опитувальником Басса - Дарки слід користуватися в сукупності з іншими методиками

«Готовність до ризику» Шуберт (PSK).

На сьогодні психологами значною мірою досліджуються особистісні особливості підлітків. Актуальним у зв'язку з цим є дослідження взаємозв'язку рівня депресії та схильності до ризику. Дослідження ризику в психології, і зокрема його вплив на поведінку людей у різних ситуаціях невизначеності, зараз досить актуальне і є чималим інтересом для дослідників.

Нині у психологічних дослідженнях ризику можна назвати три основних напрями.

Перше визначає ризик як "ситуативну характеристику дій (діяльності) суб'єкта, що виражає невизначеність їх результату для чинного суб'єкта та можливість несприятливих наслідків у разі неуспіху" [10]. Т.В.Корнілова виділяє критерій для орієнтування у властивостях суб'єктивного ризику: ризик з погляду суб'єкта є там, де їм не тільки виявлено невідповідність необхідних та готівкових чи потенційних можливостей в управлінні ним ситуацією, але й де

невизначеною є оцінка самого потенціалу цих можливостей [11]. Тут ризик у рамках концепції надситуативної активності.

Другий напрямок розглядає ризик з погляду теорії рішень як ситуацію вибору між альтернативними чи можливими варіантами дій. Цієї точки зору дотримувалися Ю. Козелецький та В.В. Кочетков. Ця позиція пов'язана з виміром ймовірності помилки чи неуспіху вибору ситуації з кількома альтернативами.

І, нарешті, третє вивчає взаємозв'язок індивідуального та групового поведінки у ситуаціях ризику і є соціально-психологічний аспект ризику.

Загальне у перелічених концепціях у тому, що вони одноголосно вважають ситуацію ризику ситуацією оцінки.

Ризик — це «прогностична оцінка ймовірності несприятливого результату ситуації, що розвивається (ще не закінчилася)». Ризик є описовою (атрибутивною) характеристикою ситуації, а оцінна категорія пов'язана з поведінкою людини, її оцінкою або «оцінкою себе». [22, з. 23].

Згідно з цим визначенням, ситуація ризику виникає лише тоді, коли в цій ситуації з'являється суб'єкт, який має право діяти. При цьому важливо відзначити, що ситуація, хоча ризик може виявитися небезпечною, якщо людина порушена в ній діяти, небезпечна ситуація не завжди ризикована. Ситуація може виявитися ризикованою для одного суб'єкта, а не ризикованою для іншого в тих самих умовах для різних суб'єктів..

Отже, поняття ризик нерозривно пов'язане з уявленням про дію суб'єкта та може бути визначено як характеристику цієї дії. Але характеристика дії як ризикованої не є атрибутивною, а оцінною. Ризик є оцінкою можливості здійснення дії, можливості досягнення результату, що відповідає меті.

Таким чином, можна визначити поняття ризику як ситуативної характеристики діяльності, пов'язаної з невизначеністю її результату та можливими несприятливими наслідками у разі неуспіху. У психології розрізняють три значення терміна ризику: 1) ризик як міра очікуваного неблагополуччя при неуспіху у діяльності; 2) ризик як дія, що загрожує суб'єкту

втратаю; 3) ризик як ситуація вибору між двома альтернативами - менш привабливою, але надійнішою і привабливішою, але менш надійною.

Під терміном «схильність» мають на увазі виборча спрямованість індивіда певну діяльність, яка спонукає нею займатися. Схильність до ризику у цій роботі означає спрямованість особистості, емоційну перевагу до видів дій та ситуацій, що з ризиком. Схильність до ризику означає вибір варіантів альтернатив, що з більшою ймовірністю загрози втрати.

Тест дозволяє оцінити рівень готовності до ризику. Ризик розуміється як дія навмання в надії на щасливий результат або як можлива небезпека, як дія, що вчиняється в умовах невизначеності.

Інструкція

Оцініть ступінь готовності вчиняти дії при відповіді на кожне з 25 питань.

Поставте відповідний бал за кожну відповідь за такою схемою:

- «повністю згоден», «повне так»: 2 бали;
- "більше так, ніж ні": 1 бал;
- "ні так, ні ні", "щось середнє": 0 балів;
- більше ні, ніж так: -1 бал;
- "Повне ні": -2 бали.

Висока готовність до ризику супроводжується низькою мотивацією уникнення невдач (захисту). Готовність до ризику пов'язана прямо пропорційно з кількістю допущених помилок.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Психологічна допомога має включати елементи з різних сфер життя як окремої людини, так і суспільства загалом. Реабілітація повинна бути багатогранною. У цій галузі принцип комплексності складається в тому, що кожен складний процес має результати всіх його аспектів : психологічних, соціальних, ідеологічних, фінансових та організаційних. Таким чином, кожен аспект реабілітації повинен бути врахований..

В групі респондентів ми провели ряд досліджень та отримали наступні результати:

Тест «Методика діагностики міжособистісних відносин Лірі»

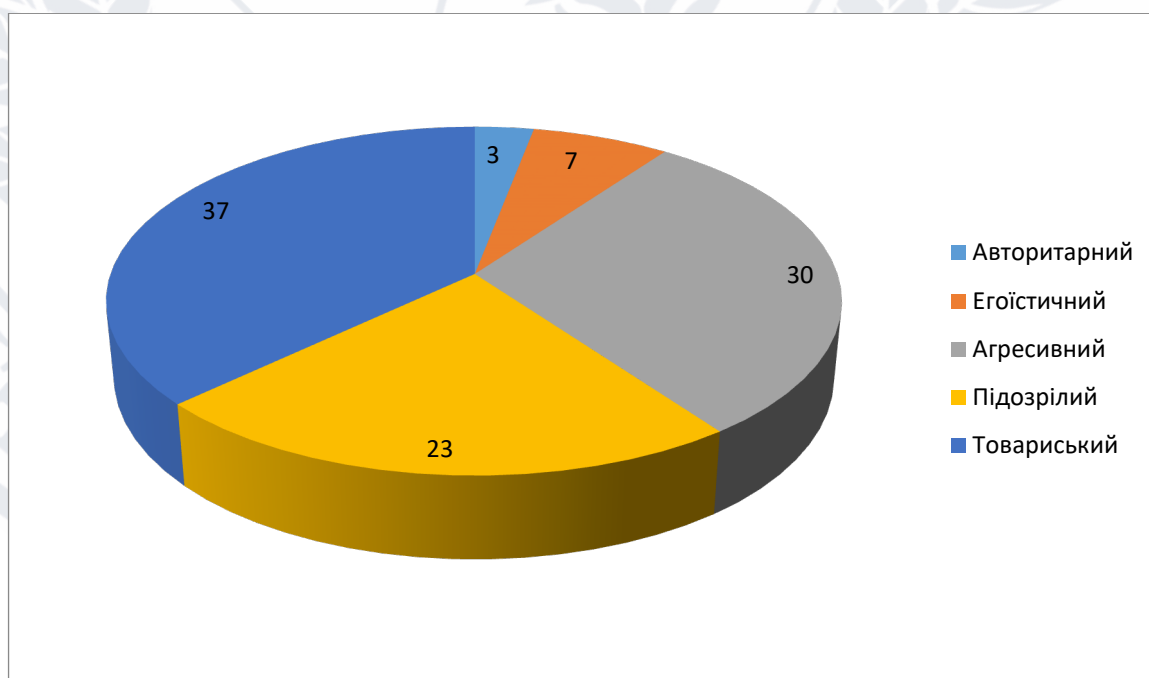
Загальні результати діагностики міжособистісних відносин по всій групі представлені (Таблиця 2.1)

Таблиця 2.1

Загальні результати діагностики міжособистісних відносин

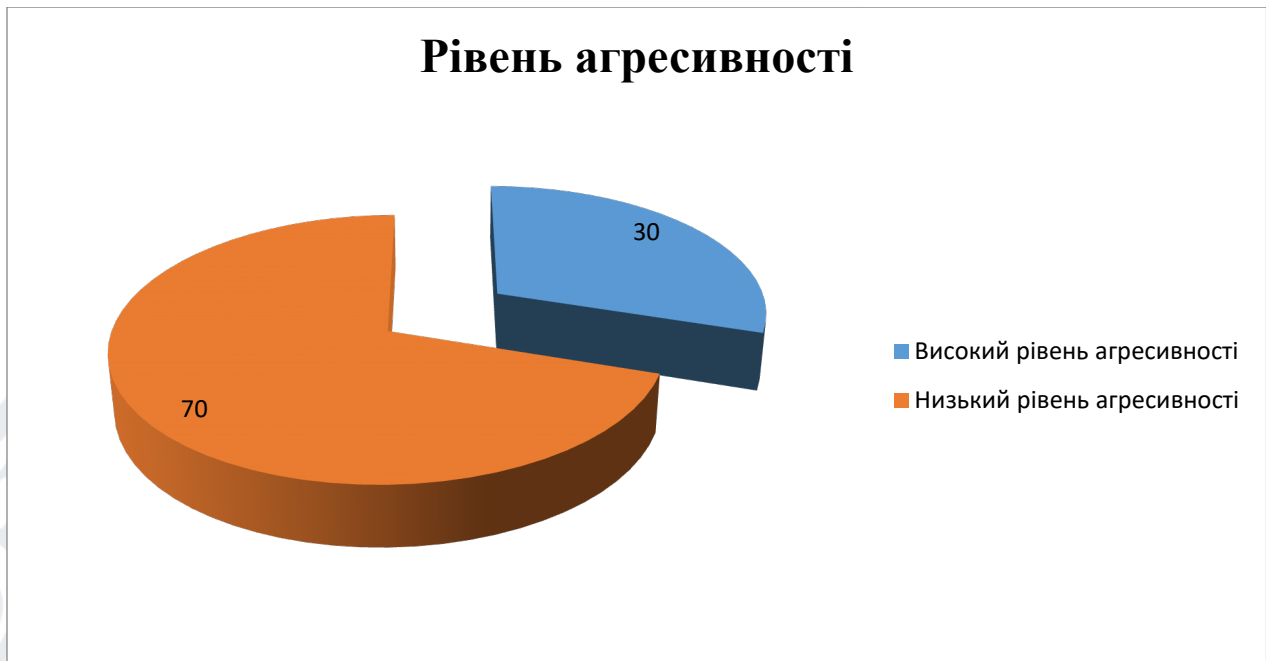
Типи міжособистісних відносин	Кількість респондентів в %
Авторитарний	1 - 3%
Егоїстичний	2 - 7%
Агресивний	9 - 30%
Підозрілий	7 - 23%
Подпорядкований	0
Залежний	0
Товариський	11 - 37%
Альтруїстичний	0

Графічно рівень агресивності в міжособистісних відносинах повнолітніх представлено на Малюнку 2.1



Малюнок 2.1

Загальні результати діагностики міжособистісних відносин



Малюнок 2.2

Узагальнені результати діагностики міжособистісних відносин

За даними нашого дослідження виявили, що в даній групі респондентів вираженої акцентуацією є агресивність, таким чином за шкалою «агресивність» у 9 чол. (30%) показники перевищують або дорівнюють 8 балам.

Така виражена міжособистісна акцентуація може свідчити про підвищену вимогливість до оточуючих, різкість в оцінці інших, непримиренність, схильність у всьому звинувачувати оточуючих. Люди з такою акцентуацією характеру часто насмішкуваті, дратівливі, іноді вперті, наполегливі. Також слід зазначити, що в результатах досить багато низьких показників за всіма октантами (0-3 бали). Це могло бути результатом скритності і невідвертості респондентів, що свідчить, що дані сумнівні щодо їх достовірності: ситуація діагностики була схильна до відвертості.

Наступний етап дослідження проводився за Методикою діагностики показників та форм агресії Басса-Дарки. Створюючи свій опитувальник, що диференціює прояви агресії і ворожості, автори виділили наступні типи реакцій:

ФА - фізична агресія (застосування агресії до іншої людини т.д.).

НА – непряма агресія, спрямована на іншого в формі насмішок, ніякого не направлена (тупотіння ногами, биття посуду).

Р - роздратованість (готовність до прояву агресії, грубості).

Н - негативізм (опозиційні реакції, спрямовані протиустановлених правил, звичаїв).

О - образливість (заздрість, ненависть при почутті гніву на весь світ).

П - підозрілість (недовіра до людей, яке засноване на прагненні заподіяти шкоду).

ВА - вербальна агресія (вираження негативних почуттів у формі скандалу, крику).

ПП - почуття провини (ступінь переконаності людини, що він поганий).
за допомогою ключів підрахунку зведені у таблиці.

Таблиця 2.2

Середнє значення за шкалами агресії, отриманих по методиці Басса-Дарки для жінок

ФА	НА	Р	Н	О	П	ВА	ПП
2,63	3,38	3	4	2	2,88	3,5	4,63

Таблиця 2.3

Середнє значення за шкалами агресії, отриманих по методиці Басса-Дарки для чоловіків

ФА	НА	Р	Н	О	П	ВА	ПП
5,25	4,63	5,38	4,88	4	6,13	7,75	6,38

Як бачимо за отриманими результатами дослідження ФА (фізична агресія), у чоловіків виражена більше в два рази, ніж у жінок, а НА (непряма агресія) – крики, лайки, лихослів'я, більше навпаки, більше притаманні жінкам. Також варто відзначити, що підозрілість, яка призводить до недовіри та конфліктних ситуацій, також у більшій мірі притаманні чоловікам. Це зумовлено, в першу чергу тим, що жінки більш комунікабельні та товариські в своїй природі, ніж чоловіки, тому вони більш довірливі та відкриті в спілкуванні.

В результаті діагностування за Методикою Басса-Дарки, ми отримали результати за двома показниками:

Індекс ворожості, які включає шкали 5 - образа і 6 - підозрілість. Це реакція, що розвиває негативні почуття і негативні оцінки людей і подій.

Індекс агресивності, яка включає шкали 1 - фізична агресія, 3 - роздратування, 7 - вербальна агресія. Це вираз негативних почуттів при найменшому збудженні вербально чи фізично.

Таблиця 2.4

Індекси ворожості та агресивності за методикою Баса-Дарки

	Респоненти	Індекс ворожості	Індекс агресивності
1	Андрій К.	4	18
2	Володимир О.	12	25
3	Віра О.	8	14
4	Григорій О.	5	14
5	Герасим Я.	10	24
6	Галина К.	9	12
7	Данило А.	10	20
8	Євген Л.	6	12
9	Сергій Д.	12	15
10	Ярослав Б.	9	17
11	Аліна Б.	6	12
12	Богдана С.	7	12
13	Валерія О.	5	12
14	Галина К.	3	4
15	Дарина О.	5	7
16	Ірина К.	4	9
17	Яна Ш.	3	8
18	Ярина К.	6	9

19	Олександр Р.	11	16
20	Ростислав З.	12	18
21	Сергій М.	10	14
22	Мирон А.	12	15
23	Міша К.	8	8
24	Оля Б.	9	13
25	Дарина К.	8	7
26	Марина С.	6	8
27	Марія М.	10	11
28	Наталія Р.	4	8
29	Рита Г.	8	11
30	Ярослава Ж.	9	12

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює 21 ± 4 , а ворожості — $6,5 - 7 \pm 3$. В цей час звертається увага на можливість досягнення певної величини, що показує ступінь прояву агресивності.

Згідно результатів аналізу показників всіх учасників можна сказати, що за першим показником (ворожість) 60% чоловіків і 40% жінок мають високі оцінки, що свідчить про виразність даної реакції. У інших респондентів результати в межах норми ($7+ - 3$). За другим результатом – агресивність, 75% чоловіків мають високі значення, що свідчить про підвищену агресивність. Інші випробувані мають величину індексу не перевищує норму (тобто $21 + 4$).

Середнє значення за індексом ворожості:

Чоловіки -10; жінки – 4,9.

За допомогою t критерію Стьюдента перевіримо значущість цих відмінностей. Значення $t=1,8$; $t_{кр} p \leq 0.05=2,09$ $p \leq 0.01=2,85$ отримані дані не дозволяють говорити нам про відмінності по індексу ворожості між чоловіками та жінками.

Середнє значення за індексом агресивності:

Чоловіки-18.1 ; Жінки – 9,1.

Значення $t=2,73$; $t_{кр} p \leq 0.05 = 2,09$ $p \leq 0.01 = 2,85$ отримане емпіричне значення знаходиться в зоні значущості. Це означає, що агресивність суттєво переважає у чоловіків.

Наступним етапом нашого дослідження було виявлення рівня готовності до ризику повнолітніх. Останні дослідження неврології показали, що ділянки мозку, відповідальні за планування та контроль імпульсів, не закінчуються розвиватися приблизно до 25 років. Через це респонденти набагато частіше вступають у небезпечну поведінку, не надто замислюючись про наслідки. Після 25 років дорослі більш виважені та мають менш виражену готовність до ризику.

На жаль, хоча ця тенденція може бути здоровою та природною, можливо, вона також призводить до ситуацій ризику, які можуть мати дуже негативні наслідки в середньо- та довгостроковій перспективі на життя людей. Якщо ж у людини схильність до ризику поєднується з агресією, то наслідки такої поведінки можуть бути надзвичайно серйозні.

Таблиця 2.5

Загальні результати діагностики «Готовність до ризику»

	Респоненти	Кількість балів
1	Андрій К.	- 10
2	Володимир О.	26
3	Віра О.	12
4	Григорій О.	16
5	Герасим Я.	22
6	Галина К.	-15
7	Данило А.	4
8	Євген Л.	8
9	Сергій Д.	12
10	Ярослав Б.	-8
11	Аліна Б.	6
12	Богдана С.	8
13	Валерія О.	12

14	Галина К.	4
15	Дарина О.	8
16	Ірина К.	4
17	Яна Ш.	7
18	Ярина К.	6
19	Олександр Р.	-4
20	Ростислав З.	-7
21	Сергій М.	8
22	Мирон А.	4
23	Міша К.	-7
24	Оля Б.	4
25	Дарина К.	16
26	Марина С.	8
27	Марія М.	16
28	Наталія Р.	22
29	Рита Г.	8
30	Ярослава Ж.	12

-30 до -10 – надто обережні.

-10 до +10 балів – середні значення.

10 – та понад 20 балів – схильні до ризику.

Таблиця 2.6

Узагальнені результати діагностики «Готовність до ризику»

Ступінь готовності до ризику	Респонти у %
Надто обережні	7%
Середні значення	60%
Схильні до ризику	33%



Малюнок 2.3

Загальні результати агностикою «Готовність до ризику»

Аналізуючи результати тесту, можна дійти наступного висновку, що «обережними» є 7%). Середні показники у (60%). Досить великий показник «схильності до ризику» (33%).

Аналіз результатів емпіричного дослідження дозволив зробити такі висновки:

У респондентів, які склали вибірку виявлено такі девіації як екстремальна поведінка, агресивність, ворожість, асоціальна поведінка. Схильність до аморальних вчинків, підвищеної дратівливості.

Відтак, ми отримали результати за діагностичними методиками, які показують, що в більшості досліджуваних чоловіків агресивна поведінка проявляється частіше, ніж у жінок. Варто також відзначити, що респонденти, які мають високі показники агресивної поведінки також у більшості випадків проявляють схильність до ризику.

Висновок до розділу 2.

За результатами проведеного дослідження можна говорити про те, що в обстежуваній групі в даному віковому періоді агресивність у різних її проявах притаманна багатьом респондентам. Порівняльний аналіз середніх значень агресивності чоловіків та жінок з підвищеним рівнем агресивності показує, що індекс агресивності перевищує індекс ворожості. Значення ж критерію вербальної агресії перебуває у зоні невизначеності. Варто зауважити на досить високі показники вербальної агресії, тобто яскраво проявляється в криках, лайках та лихослів'ї. Ми пропонуємо практичні вправи та технології стабілізації емоційних проявів та самопочуття (Додаток Г, Д, Е), які активно використовуємо в практиці реабілітації повнолітніх в умовах війни.

Відтак, за отриманими даними ми виявили, що більшість респондентів, які мають високі показники проявів агресивної поведінки також мають схильність до ризику, що може мати негативні наслідки у житті не тільки респондента, а й оточуючих.

РОЗДІЛ 3. ОБГРУНТУВАННЯ ІННОВАЦІЙ ПІД ЧАС ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОВНОЛІТНІХ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Теоретико-методологічні засади використання арт-терапії для реабілітації повнолітніх в умовах війни

На сьогодні надзвичайно актуальною є проблема надання оптимальної допомоги людям в час війни та питання їхньої адаптації. Адже психологічні травми, отримані під час війни, призводять до низки складних порушень у фізичній та емоційній сферах людини. Досить часто в людей спостерігається занижена самооцінка, втрата сенсу життя, зміна ціннісних орієнтацій, з'являється почуття самотності, соціальної ізоляції та ін. І чим довше вони знаходяться в такому стані психоемоційного навантаження, тим важче реабілітація таких людей.

Наслідки психічних травм у різних проявах можуть даватися ознаки навіть через багато років. В умовах смертельної небезпеки у людей змінюється сприйняття навколишнього середовища, міняється поведінка та почуття.

В Україні варто застосовувати арт-терапію у реабілітаційній діяльності, оскільки арт-терапія зарекомендувала себе як ефективний метод виходу людини із хворобливих станів. При цьому «арт-терапія є найбільш адекватним методом для вирішення як внутрішньо-особистісних, міжособистісних конфліктів, так і конфліктів на рівні великих соціальних груп, міжетнічних, воєнних» [12].

Суттєво те, що арт-терапія не має обмежень і може використовуватись у багатьох галузях – у психотерапії, педагогіці, соціальній роботі та ін. Її можна застосовувати в роботі з дорослими, в групі чи індивідуально.

Вивчення арт-терапії («терапії мистецтвом») почалося з фундаментальних робіт Ханса Принцхорна (Hans Prinzhorn), який довгий час, займаючись практикою у психіатричній клініці та збираючи колекцію малюнків душевнохворих, прийшов до висновку, що мистецька діяльність притаманна і здоровим, і хворим людям.

Незалежно від їхніх психічних і фізичних вад, художня творчість стає способом адаптації та психологічної інтеграції у суспільство. Англійський художник Андріан Хілл (Adrian Hill) пересвідчився, що мистецька практика допомагає пацієнтам відволікатися від гнітючих думок про хворобу та надає можливість звільнитися від психічних розладів, стресів і травм. У 1942 р. Хілл почав уперше застосовувати термін «арт-терапія» і вважав себе першим арт-терапевтом. Активне узагальнення та осмислення емпіричного досвіду арт-терапії відбувалося в 1960–1980 рр. Важливим етапом розвитку арт-терапії стало утворення професійних організацій та ініціативних груп, які своєю метою вбачали вироблення єдиних критеріїв і принципів діяльності, утвердження арт-терапії як науки. Були засновані Британська асоціація арт-терапевтів (1964 р.), Американська арт-терапевтична асоціація (1969 р.), сформувались перші програми арт-терапевтичної освіти. Професійні об'єднання арт-терапевтів виникли і в інших країнах світу (1980–1990 рр.) – Австралії, Іспанії, Італії, Канаді, Німеччині. Суттєвий внесок у методологію арт-терапії зробили такі вчені: Р. Арнхейм, К. Берк, А. Еренцвейг, К. Кох, Е. Кріс, М. Мілнер, М. Наумбург, З. Фрейд, К. Юнг та ін. Зацікавлення арт-терапією виникло з новою силою в останні десятиліття, коли люди знову переосмислили та зрозуміли можливості художньої діяльності, яка на практиці допомагає позбутися стресів, конфліктів, фізичного болю, долає складні внутрішні переживання та відчай [14]. Тому нині багато науковців у всьому світі досліджують можливості застосування арт-терапії у психології, педагогіці, філософії та медицині: Дж. Алвін, Ю. Андрєєва, С. Арзуманян, М. Бетенські, М. Вальдес-Одріосола, О. Вознесенська, Е. Гренлюнд, Д. Едвардс, Л. Капаччіоне, Д. Кемпбелл, М. Кисельова, П. Коваль, Т. Колошина, О. Копитін, Л. Лебедева, О. Лебедев, В. Ляшенко, В. Нікітін, А. Осипова, Л. Подкоритова, Р. Сільвер, Т. Шкурко та ін. При цьому значна кількість дослідників, як вітчизняних, так і зарубіжних, вказує на ефективність арт-терапії у подоланні наслідків бойового стресу, у сприянні адаптації учасників бойових дій в мирне життя [14].

В арт-терапії пацієнтам пропонуються різноманітні заняття з образотворчого та художньо-прикладного мистецтва (малюнки, графіка, живопис, скульптура, дизайн, дрібна пластика, різьблення, випалювання, карбування, батик, гобелен, мозаїка, фреска, вітражі, хутро, шкіра, тканина). та ін.) з нарахуванням кращого вираження своїх переживань, проблем і внутрішніх протиріч з одного боку, Арт-терапія також включає такі види творчості, як відеоарт, інсталяція, перформанс і комп'ютерна творчість, де візуальна комунікація є важливою. [8].

Нині в арт-терапії застосовують всі види мистецтва, тому відповідно існують і різні види арт-терапії: ізотерапія, казкотерапія, музикотерапія, танцювальна терапія, фототерапія, лялькотерапія, драматерапія та ін. Арт-терапія – міждисциплінарне явище, вона виникла на межі мистецтва й науки та увібрала в себе досягнення медицини, педагогіки, культурології, соціології та інших дисциплін.

Варто зазначити, що люди в житті переважно використовують вербальні канали комунікації, а арт-терапія широко застосовує невербальні методи спілкування, що досить часто стає єдиним способом зв'язку людини і суспільства, пацієнта і психотерапевта. Арт-терапія має певні переваги у діагностиці, найперше, це можливість більш глибоко оцінити поведінку і стан пацієнтів; визначити, на якому етапі життя знаходиться людина, адже в арт-терапевтичних роботах знаходять відображення не лише думки теперішнього часу, а й фіксуються пригнічені переживання минулого та приховані думки про майбутнє. Важливий не тільки створений пацієнтом кінцевий образ, а й те, якими матеріалами, кольорами та зусиллями він творився. Але варто пам'ятати, що при цьому надзвичайно суттєвим є визначення індивідуальної символіки кожного пацієнта, яка може не вкладатися в рамки звичних діагностичних стереотипів.

Діапазон арт-терапії значний:

а) у процесі художньої діяльності (малювання, писання картин, ліплення й ін.) відбувається вихід агресивності та інших негативних почуттів людини;

б) за допомогою візуальних форм відображаються неусвідомлені внутрішні конфлікти та переживання;

в) зміст, стиль і колір мистецьких робіт дають інформацію про їхніх виконавців;

г) художня діяльність сприяє формуванню внутрішнього контролю людини;

д) мистецька творчість приносить радість і задоволення людині, тобто у неї виникають позитивні емоції;

е) у процесі художньої діяльності над спільною мистецькою роботою виникають почуття взаємосимпатії.

Арт-терапія має кілька форм: активну (пацієнт сам створює малюнки, скульптурні зображення, живописні та музичні твори й ін.), пасивну (пацієнт використовує художні твори, створені іншими митцями, тобто розглядає картини, слухає музику, читає книги й ін.), змішану (пацієнт використовує твори відомих митців для створення власних живописних картин, малюнків, скульптурних зображень й ін.). Окрім цього існує два основних варіанти арт-терапевтичної роботи – індивідуальна та групова.

Американські вчені, удосконалюючи методи лікування ветеранів бойових дій, продемонстрували високу ефективність арт-терапії як засобу лікування складних симптомів посттравматичного стресового розладу. Вони показали, що релаксація у процесі художньої творчості безпосередньо зменшує емоційне гіперзбудження учасників бойових дій; дозволяє відтворити у невербальному образі спогади та емоції, які складно висловити словами; створений конкретний невербальний образ дає відчуття контролю над жахливими і нав'язливими спогадами і сприяє емоційній стабільності; усвідомлення спогадів і емоцій, які травмують людину, полегшують розуміння самої травми, тим самим пришвидшуючи одужання; задоволення від художньої творчості активізує почуття власної гідності, допомагає адаптуватись у соціумі [11]. В цілому, більшість фахівців підкреслюють особливу значущість арт- терапії в усуненні

нічних жахів і безсоння, почуттів тривожності, безнадії та нав'язливих спогадів, підвищенні самооцінки та емоційного самоконтролю людини.

Враховуючи можливості арт-терапії та художньої діяльності як інструментів психологічної допомоги постраждалим, які пережили травматичні події, в Україні запроваджують різноманітні соціальні та культурно- мистецькі проекти.

Оскільки зазвичай арт-терапія є частиною комплексу реабілітаційних заходів, то важливим аспектом роботи арт-терапевта є його професійні контакти з колегами – психіатрами, медсестрами, оціальними працівниками та ін. Проводячи арт- терапевтичні заняття, фахівцям обов'язково необхідно враховувати такі принципи: психологічну безпеку учасників процесу; відмову від оцінювання результатів творчої діяльності щодо їхньої художньо-естетичної цінності; дотримання конфіденційності та партнерства у відносинах між клієнтом і фахівцем; надання свободи вибору художніх матеріалів і способів роботи з ними; забезпечення свободи тем і сюжетів творчості.

Застосовуючи на практиці методи арт-терапії, лікарі-психотерапевти повинні вміти: здійснювати всебічну оцінку стану та анамнезу клієнта, визначаючи форму клінічного розладу; планувати спрямованість і форму арт-терапевтичного втручання, визначаючи при цьому методи та завдання арт-терапевтичної роботи з урахуванням клінічних, психологічних, фізичних і соціальних особливостей клієнтів, а також з урахуванням зовнішніх умов (особливостей установи, термінів лікування, умов фінансування та ін.); організовувати і проводити індивідуальну або групову арт-терапію, формуючи при цьому терапевтичні відносини та використовуючи адекватні способи особистісно-орієнтованої взаємодії з клієнтами, фасилітації їх художньої експресії, вербалізації досвіду і його терапевтичного опрацювання; проводити оцінку отриманих ефектів [6]. Водночас спроби використовувати техніки арт-терапії без достатньої клінічної підготовки або без тісного контакту з медичними працівниками у багатьох випадках визнаються неетичними та такими, що можуть заподіяти шкоду пацієнтам. У свою чергу, професійне

володіння фахівцем в області арт-терапії різними художніми матеріалами та формами художньої практики значно сприяє оптимізації арт-терапевтичної роботи.

Таким чином, застосування арт-терапії у психологічній та медико-психологічній реабілітації людей в час війни можна направити на вирішення наступних проблем: мінімізацію емоційних, пізнавальних і поведінкових проявів хвороби; розвиток інтересу до навколишнього середовища у людей з депресивними проявами; підтримку і розвиток комунікативних навичок; розкриття внутрішньо-особистісних конфліктів і їх усунення; зайнятість за рахунок залучення у цікаву та змістовну діяльність; розвиток творчих навичок; психологічну інтеграцію в суспільство; підвищення рівня самооцінки.

Отже, важливо, щоб в Україні створювались постійно діючі реабілітаційні центри, які б приймали на тривалу реабілітацію людей з посттравматичними стресовими розладами, зокрема людей, що пережили стрес в час війни, тимчасово переміщених осіб і членів їхніх сімей, що знизить рівень напруги та агресії в суспільстві.

Відтак, ми вважаємо, що варто збільшити тривалість реабілітаційних заходів, що дасть можливість провести глибокий аналіз травматичних розладів постраждалих і забезпечить їм побудову оптимальних форм взаємодії із суспільством. Реабілітація, найперше, повинна бути націлена на загальне підвищення якості їхнього життя. Для цього в амбулаторних і стаціонарних умовах доцільно застосовувати арт-терапію, яка, як доведено, сприяє таким лікувальним ефектам – зниженню депресивних і тривожних проявів, зниженню агресивності, корекції поведінки, підвищенню комунікативних навичок та адекватному включенню в соціум. Все це необхідно проводити в контексті основних завдань української держави – відновлення територіальної цілісності, забезпечення національної безпеки та створення умов для мирного майбутнього в країні.

3.2. Перспективи застосування тренінгової технології у реабілітації повнолітніх в умовах війни

Досвід останніх років дає можливість говорити про високу ефективність упровадження активних форм навчання, серед яких найефективнішими та найпоширенішими ми визнаємо тренінг.

Головні переваги тренінгу К. Рудестам пов'язує з наступними чинниками:

- на тренінгу відбувається прийняття цінностей і потреб інших людей;
- існує можливість для отримання ефективного зворотного зв'язку і підтримки від усіх учасників, які мають спільні проблеми та переживання;
- в тренінговій групі учасник оточений турботою, має змогу адекватно сприймати своїх колег, користується довірою і сам довіряє, отримує допомогу і може сам таку допомогу надати своїм колегам;
- усі учасники тренінгу можуть ідентифікувати себе з іншими, на основі використання сталого емоційного зв'язку, а також під час оцінки власних відчуттів і поведінки;
- групова тренінгові робота може полегшити процес інтроспекції, саморозкриття та самодослідження;
- як метод психологічної допомоги групова робота є більш економічно доступна для дорослих в час війни.

У науково-довідковій літературі тренінг розуміють по-різному. Так, у словник сучасної української мови тренінг представлено як тренування, а також спеціальний режим, навчання, виховання, тренування [34]. З точки зору психології – як систематичне тренування або вдосконалення певних навичок і поведінки учасників тренінгу; сукупність психотерапевтичних, психокорекційних і навчальних методів, спрямованих на розвиток навичок самопізнання і саморегуляції, спілкування і міжперсональної взаємодії, комунікативних та професійних умінь.

Нині, в залежності від мети, завдань, учасників груп, науковцями виокремлено різноманітні види тренінгів. Проте, варто наголосити, що загальноприйнятої класифікації ще не вироблено. До прикладу, за критерієм

спрямованості впливів виділяють тренінги формування навичок, бізнестренінги, управлінські тренінги, соціально-психологічні й психотерапевтичні тренінги тощо. За напрямом тренінги поділяють на три основних категорії, а саме:

по-перше, комунікативні тренінги (планування часу, вміння вести переговори, розстановка пріоритетів при вирішенні задач), які позитивно впливають на розвиток індивідуальних ділових якостей людини;

по-друге, спеціалізовані або професійні тренінги (менеджмент, маркетинг, логістика тощо) сприяють удосконаленню професійної діяльності;

по-третє, тренінги особистісного зростання (розвиток уваги, пам'яті, лідерських якостей, формування стресостійкості тощо). Їх головна мета спрямована на розкриття потенціалу учасників тренінгу та передбачає формування впевненості у своїх силах, мотивування на нові досягнення. У нашому розумінні тренінгове заняття має бути націлене на вдосконалення спілкування.

Варто враховувати той факт, що при розробці тренінгу, що буде використано під час організації реабілітаційної діяльності з людьми, що постраждали від воєнних дій необхідно враховувати послідовність його структурних елементів, а саме:

1) вступну частину – початок тренінгу, вступне слово тренера, обговорення правил роботи, формування очікувань;

2) основну частину – визначення рівня інформованості та актуалізація проблеми, надання теоретичної інформації, формування практичних умінь та навичок;

3) заключну частину – підведення підсумків та коментування отриманих результатів.

Організація та проведення тренінгу з людьми, що постраждали від воєнних дій, передбачає виважену діяльність, яка базується на аналізі невербальної комунікації. Зокрема, до невербальних форм спілкування відносять характеристику мови (ритм, темп, інтонацію, паузи), а також

проксеміку (взаємне розташування, дистанція і пози). Причому у практичному аспекті було з'ясовано, що найкращим варіантом вважається розташування учасників під кутом від 45 до 90 градусів, що дасть змогу сидіти дуже близько і не тиснути на співрозмовника, в той же час завжди можна зустрітися поглядом і при необхідності доторкнутися до співрозмовника. Доволі вагомими є рухи і жести, за допомогою яких учасники тренінгу можуть висловити своє позитивне чи негативне ставлення до конкретної події. Виокремлюють два типи жестів і рухів: перші – це ті, що описують поведінку, другі – ті, що підсилюють її.

Значний вплив має й міміка, за якою важливо стежити і правильно аналізувати. На основі мімічної реакції можна вчасно змінити чи підкоригувати хід тренінгового заняття. Зоровий контакт також є доволі значним чинником невербальної комунікації під час проведення тренінгу. Отже, при організації тренінгових занять увага до невербальної поведінки з людьми, що постраждали від воєнних дій дає змогу тренеру (ведучому) контролювати і оцінювати поведінку.

У нашому баченні з метою більш ґрунтовного розуміння сутності тренінгу доцільно розглянути його специфічні риси, серед яких основними

I. Вачков називає такі:

- 1) врахування принципів групової роботи;
- 2) психологічна допомога учасникам групи в саморозвитку;
- 3) наявність більш-менш постійної групи (від 7 до 15 осіб), яка систематично збирається або працює безперервно протягом двох-п'яти днів (так звані групи-марафони);
- 4) просторова організація (робота в зручному ізольованому приміщенні, де усі учасники сидять у колі);
- 5) акцент на налагодженні позитивних взаємин між учасниками групи, які відбуваються в ситуації «тут і тепер»;
- 6) використання активних методів організації групової роботи;
- 7) об'єктивація суб'єктивних почуттів та емоцій усіх учасників групи, проведення невербалізованої рефлексії;

8) атмосфера розкнутості й свободи під час спілкування, налагодження позитивного клімату, який гарантує психологічну безпеку [15].

Варто виділити основні принципи проведення тренінгових занять:

- принцип активності: усі без винятку члени групи постійно залучаються до ділових ігор, дискусій, виконують тематичні вправи;
- принцип партнерської взаємодії: характеризується рівністю позицій учасників, визнанням цінності іншої людини, прагненням до співпереживання та розуміння інтересів свого співрозмовника;
- принцип безумовного прийняття учасників, який полягає у безоцінювальному сприйнятті одне одного;
- принцип творчої позиції учасників: постійно створюються ситуації, в яких учасникам доводиться проявляти самостійність у розв'язанні завдань, знаходити конструктивні рішення;
- принцип об'єктивізації поведінки: провідним засобом об'єктивізації є зворотній зв'язок, що отримує людина від інших учасників та від тренера, стосовно власної поведінки.

Окремо хотілося б зупинитися на тренінгових методах, що використовують у роботі з людьми, що постраждали від воєнних дій, які відчувають страхи – деструктивні емоційні стани, які несуть негативне забарвлення. Зокрема, варто відмітити, що поруч із негативним соматичним впливом вони, через свій астеничний вплив на емоційно-вольову сферу особистості.

При організації і проведенні тренінгових занять з людьми, що постраждали від воєнних дій, слід враховувати той факт, що вербалізація виконує низку важливих функцій, а саме: дає змогу зібрати інформацію; відображати найбільш важливу інформацію; з'ясувати, чи правильно зрозумілі слова партнера; допомагає краще запам'ятати інформацію; допомагає осмислити інформацію; зробити важливі підсумки; допомагає триматися в руслі проблеми; є засобом орієнтації на партнера; допомагає партнеру краще

зрозуміти свою проблему; «закріпити» точку зору партнера; дає час на обдумування; дає змогу використовувати механізм паузи.

Сьогодні тренінг активно використовують в Україні у роботі з людьми, що постраждали від воєнних дій. Йдеться про тренінги особистісного зростання й тренінги формування вмінь виявляти приховані ресурси особистості, запускати механізми саморозвитку, рефлексії; соціальнопсихологічні тренінги, наприклад тренінг «Вжити та врятувати», спрямований на навчання використовувати особистісні ресурси для подолання психотравмуючої ситуації, спрямовані на зниження рівня тривоги, набуття навичок тілесного та емоційного розслаблення, підвищення рівня емпатії та вміння отримувати підтримку від колег у надзвичайній ситуації.

3.3. Можливості сімейної терапії у процесі здійснення комплексної реабілітації повнолітніх в умовах війни

Повнолітні часто знаходяться у тривалому нестабільному психо-емоційному стані. У результаті виникає немотивована агресія по відношенню до близьких рідних (сварки та бійки у сім'ї, зниження життєвого тону, порушення сну, перепади настрою, почуття провини тощо

В час війни сім'ї стикаються з безліччю проблем різного характеру, причому частіше вони змушені розв'язувати їх самостійно без підтримки з боку держави і соціальних установ.

Сім'ї в умовах війни закономірно знаходяться в центрі уваги фахівців із соціальної роботи, а її проблеми становлять одну з найважливіших сфер його професійної діяльності. У практичному аспекті така діяльність вимагає приділяти постійну увагу роботі з сім'ями, надавати їм всебічне сприяння і допомогу у вирішенні широкого кола соціальних питань:

- практичної роботи з сім'ями, які постраждали внаслідок збройних конфліктів, військовослужбовців, ветеранів військової служби, постійно і на всіх рівнях розгляду умов їх життя;

- стану моральної атмосфери в їх сім'ях, утвердження в них здорового способу життя;
- озгляду питань надання житла, фінансового забезпечення, матеріальної допомоги, врахування потреб молодих і багатодітних сімей, сімей військовослужбовців, які загинули під час виконання своїх службових обов'язків;
- прояву турботи про організацію дозвілля та сімейного відпочинку, оздоровлення дітей, активного використання можливостей культурнопросвітніх установ і спортивних споруд в інтересах задоволення духовних запитів, розвитку творчих здібностей і фізичного загартування членів сімей;
- роз'яснення членам сімей, які постраждали внаслідок збройних конфліктів, спрямування зусиль на підвищення престижу міцного сімейного союзу, материнства і батьківства, відповідальності подружжя за збереження сім'ї, створення в ній обстановки високої моральності і взаємної поваги; надання допомоги багатодітним і молодим сім'ям, сім'ям загиблих військовослужбовців; працевлаштування жінок, розвитку форм надомної роботи [15]. Визначальним фактором, що впливає на емоційний стан індивіда, визначення діяльності в якості реабілітації та адаптації, є сім'я.

Різка зміна соціального статусу і матеріального становища сім'ї (нерідко в поєднанні з побутовою невлаштованістю), тяжкий психологічний стан глави сім'ї не можуть не позначитися на всіх її членах. Наукові дослідження, проведені в останні роки, підтверджують, що потрібно надавати соціально-психологічну допомогу усім членам родини комплексно. Саме тому сімейна психотерапія є надзвичайно актуальною для реабілітації кожного члена родини, так і всієї сім'ї.

Будь-яка психологічна допомога сім'ям, які постраждали внаслідок збройних конфліктів повинна ґрунтуватися на чотирьох головних принципах:

- 1) повазі до інтимних сторін життя сім'ї;
- 2) інформування сім'ї про можливі психологічні наслідки війни;

3) поєднанні психологічної допомоги з соціальною підтримкою сім'ї, у тому числі з боку схожих сімей;

4) психотерапевтичному втручанні в життя сім'ї, яка повинна передбачати: обережне вивчення джерел стресу в родині; визначення, які способи поведінки для боротьби з виниклими психологічними труднощами використовують у сім'ї, а які ні; інформування сім'ї про різні способи подолання наслідків травматичного стресу; допомога у створенні в родині системи взаємної підтримки; допомога в мобілізації тих сторін сімейних відносин, які здатні її зміцнити і забезпечити розв'язання психологічних проблем [14]. З огляду на принципи сімейної терапії, важливо враховувати той факт, що сім'я повинна отримувати терапію в своєму повсякденному середовищі, в домашніх умовах. Відпочинок та санаторні сімейні програми можуть бути корисними, проте для стійких позитивних змін у сімейних відносинах, терапія повинна відбуватись у сімейному природному середовищі, вдома [19].

Зарубіжні вчені пропонують розв'язувати сімейні проблеми у груповому форматі, оскільки, по-перше, група полегшує фасилітацію, по-друге, приємна атмосфера групи контрастує з симптоматикою травми і тому забезпечує лікувальний ефект, по-третє, моделюється радісне приємне середовище для зцілення. При проведенні психологічної реабілітації фахівці рекомендують використовувати мультимодальну форму сімейної психотерапії, яка містить: індивідуальне та сімейне консультування; групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами; заняття в групах, що складаються з декількох сімейних пар для вдосконалення комунікативної компетентності, створення системи взаємної соціальної підтримки.

На сучасному етапі розвитку сімейної психотерапії одним із найбільш перспективних напрямів з економічної і терапевтичної точок зору прийнято вважати системний. Його представники розглядають сім'ю як цілісну систему. При цьому підході окрема людина не є клієнтом і об'єктом впливу, клієнтом є вся сім'я. Сімейна психотерапія, яка орієнтована на зміну процесів

психологічної природи – стосунків у сім'ї, яка постраждала від воєнних дій, особистісних спотворень її членів, взаємне задоволення потреб кожного з них і базується на застосуванні психологічних закономірностей спілкування і процесів підсвідомості, свідомості й самосвідомості особистості.

Сімейна психотерапія реалізується за такими стратегіям: психотерапія сім'ї й самою сім'єю. При цьому можливі такі її форми – індивідуальна з кожним членом сім'ї; спільна психотерапія подружжя й інтегративна (змішана) психотерапія. Будь-які з цих форм можуть бути короткостроковими і довготривалими. Можливими напрямками взаємодії між фахівцем соціальних служб (соціальним працівником, психологом, сімейним психотерапевтом), сім'єю і особистістю у процесі проведення сімейної психотерапії будуть такі:

- 1) фахівець – особистість – і через особистість допомога сім'ї;
- 2) фахівець – сім'я і через сім'ю допомога окремому члену сім'ї;
- 3) фахівець – особистість у сім'ї (інтеграційна допомога особистості). Ми переконані, що головною умовою при проведенні сімейної терапії є

збереження психологічного здоров'я сім'ї.

Цілями сімейної психотерапії ми визначили такі:

- діагностика психоемоційного стану кожного члена сім'ї, який приймає участь у сімейній психотерапії;
- покращення психоемоційного стану всіх членів сім'ї;
- формування умінь чітко розподіляти ролі з відповідними правами й обов'язками; в разі потреби – зміна або обмін ролями;
- вдосконалення комунікаційного стилю взаємодії у сім'ї (адекватна реакція на критику);
- створення сприятливих морально і фізично здорових взаємовідносин у сім'ї;
- програння найбільш проблемних ситуацій, пошук можливих варіантів їх розв'язання;
- розвиток уміння спільно розв'язувати проблем, переходячи з індивідуального контексту на системний сімейний;

- формування вмінь будувати гармонійні стосунки у сім'ї;
- вироблення та прийняття чітких правил поведінки у сім'ї;
- визначення індивідуальних і сімейних системних цілей.

У контексті нашого дослідження важливими є рекомендації для сімей, які постраждали внаслідок збройних конфліктів, розроблені І. Вдовоною:

1. Потрібно уважно вислуховувати розповіді свого партнера про те, що йому довелося пережити. При цьому дуже важливо дати йому можливість «виговоритися» в комфортній обстановці, яка передбачає максимальну моральну підтримку близької й коханої людини.

2. Постарайтеся допомогти своїй близькій людині психологічно повернутися до нормального звичного життя.

3. Проявіть терпіння й увагу до проблем близької людини, які неминуче виникають після перенесеного бойового стресу, до можливого тривалого депресивного стану, психологічного дискомфорту, підвищеної дратівливості. Усі ці явища є тимчасовими, тому необхідно допомогти легко з ними впоратися.

4. Необхідно зважати на те, що за час розлуки усі змінилися, а тому варто не поспішати, а дати час для того, щоб знову звикнути один до одного.

5. Особливу увагу треба приділяти дітям, які виховуються у сім'ї. Важливо, щоб вони не залишилися без належної уваги і турботи.

6. Потрібно створити позитивну та сприятливу інтимну обстановку, дати зрозуміти своєму партнеру, що він важливий і коханий.

7. Не заохочуйте до вживання алкоголю.

Таким чином, підсумовуючи, відзначимо, що чим активніше буде налагоджена практична діяльність із сім'ями, які постраждали внаслідок збройних конфліктів, тим продуктивніше буде відбуватися процес реабілітації. Саме родина є тим вагомим чинником, який безумовно володіє вагомим внутрішнім потенціалом у реабілітаційній роботі і стимулює їх до активного повернення в соціум.

3.4 Корекційна методика для психологічної реабілітації цивільного населення в умовах війни

Умови війни несуть із собою не тільки фізичні загрози, але й серйозне психологічне та емоційне навантаження для цивільного населення. Небезпека, страх та стрес можуть викликати серйозні наслідки для психічного здоров'я та загального самопочуття. У цьому контексті важливо розробити ефективну корекційну методику для психологічної реабілітації, спрямовану на надання підтримки та інструментів для подолання стресу та травматичних переживань. Ця методика створює основу для відновлення психічного здоров'я та підтримки самопроцвітання серед цивільного населення, щоб забезпечити їм можливість ефективно адаптуватися до нових умов та відновлювати гармонію в своєму житті.

Мета тренінгу: Розвиток емоційного інтелекту повнолітніх для покращення психо-емоційного стану.

Очікувані результати:

1. Учасники тренінгу навчаться розпізнавати та розуміти власні емоції та емоції оточуючих, що допоможе їм краще управляти своїм емоційним станом.
2. Покращення комунікаційних навичок: Учасники вивчать методи побудови ефективної комунікації, спрямованої на покращення взаєморозуміння та підтримки
3. Збільшення рівня емпатії: Учасники розвинуть свою здатність відчувати та розуміти почуття інших людей, що сприятиме покращенню стосунків у навчальному середовищі.
4. Створення сприятливого клімату: Учасники тренінгу навчаться впроваджувати позитивні емоції в повсякденне життя, сприяючи покращенню власного психо-емоційного стану.

Очікується, що тренінг допоможе учасникам ефективніше взаємодіяти та покращить психо-емоційний стан

V. Вправа "Колір емоцій" (орієнтовний час 10 хвилин)

Мета: виразити свої емоції за допомогою кольорів.

Кожен отримує аркуш паперу та кольорові олівці. Зображайте свої емоції, використовуючи кольори. Якщо ви зараз відчуваєте радість - оберіть яскраві кольори, для суму - можливо, виберіть холодні відтінки. Дайте себе волі та не обмежуйте себе жодним чином. Потім давайте поділімося своїми творіннями та пояснимо обрані кольори.

VI. Вправа "Музична подорож" (орієнтовний час 15 хвилин)

Мета: поглибити релаксацію через слухання музики та уявну подорож.

Запросіть всіх учасників, важливо зручно розташуватися, закрити очі та слухати спеціально підбрану музику. Уявіть, що ви переноситесь у природне місце, яке викликає в вас відчуття спокою. Чи це ліс, пляж, гори - кожен обирає своє ідеальне місце. Розгорніть в уяві деталі цього місця, відчуйте аромати, шум природи та відпустіть усі свої думки.

VII. Заключне слово (до 5 хвилин)

Після завершення вправ давайте обговоримо те, як ви відчуваєте себе зараз. Чи вдалося зняти напругу? Які емоції ви відчуваєте? Будьте відкриті та готові поділитися своїми враженнями. Закликаю всіх педагогів продовжити доглядати за своїм емоційним станом та шукати способи психологічного розвантаження в повсякденному житті.

На цьому завершується наш тренінг. Сподіваюся, що ви знайшли його корисним і покращили свій емоційний стан. Бажаю всім гарного дня та здоров'я!

Після проведення нашого тренінгу ми провели повторне дослідження "Методика діагностики міжособистісних відносин Лірі" виявлено позитивні

тенденції у зменшенні вираженої акцентуації за шкалою "агресивність". За новими результатами, у всього 5 чоловік (16,7%) зберегли або підвищили свої показники до 8 балів. Велика частина учасників тренінгу демонструє покращення, вийшовши за межі високих балів, та зараз знаходиться в діапазоні 0-3 бали, що свідчить про зменшення агресивності та схильності до конфліктів.

Ці позитивні зміни можуть свідчити про те, що тренінг сприяв розробці навичок контролю над емоціями, розвитку емпатії та конструктивних методів взаємодії з оточуючими. Також можливо, що учасники стали більше усвідомлювати свої емоції та працювати над покращенням міжособистісних відносин.

Необхідно врахувати, що ці зміни можуть бути частково пов'язані з впливом соціального бажання та бажанням представити себе у більш позитивному світлі. Однак, навіть з урахуванням цих факторів, спостережені покращення свідчать про позитивний вплив тренінгу на міжособистісні відносини та емоційну стабільність учасників.

Після проведення тренінгу також провели дослідження за методикою діагностики показників та форм агресії Басса-Дарки.

За показниками індексу ворожості зафіксовано значуще зменшення середнього значення в обох групах. У чоловіків відзначено зниження середнього значення з -10 до -5, а у жінок з 4,9 до 2,5. Результати t-критерію Стьюєнда підтверджують статистичну значущість цих змін.

Щодо індексу агресивності спостерігається істотне зниження у чоловіків, де середнє значення зменшилося з -18,1 до -12, а у жінок з 9,1 до 6,5. Отримані емпіричні значення t-критерію підтверджують статистичну значущість цих змін.

Загальною тенденцією є позитивний вплив тренінгу на регулювання агресивності та готовність до ризику учасників. Удосконалення цих аспектів

може свідчити про позитивний вплив тренінгу на їхню здатність керувати емоціями, розуміти наслідки своїх дій та уникати ризикованих ситуацій.

Наступним етапом нашого дослідження було виявлення рівня готовності до ризику повнолітніх.

Після проведення тренінгу із розвитку навичок саморегуляції та управління стресом, виявлено, що показники готовності до ризику серед повнолітніх майже не зазнали суттєвих змін.

Аналіз результатів тесту вказує на те, що 7% учасників продемонстрували "обережний" підхід до ризику, що є незначною зміною порівняно з попередніми даними. Середній показник зберігся на рівні 60%, в той час як великий показник "схильності до ризику" склав 33%.

Хоча тренінг може не вплинути на усі аспекти готовності до ризику, важливо враховувати, що цей аспект поведінки може бути більш стійким до змін. Враховуючи це, можливо, слід розглядати додаткові стратегії та підходи для подальшого розвитку навичок управління ризиками серед учасників.

Методика "Лірі" (Міжособистісні відносини):

Показник	Початкові Результати	Після Тренінгу
Агресивність	30% з акцентуацією	Зменшено до 16%
Самопізнання	Різноманітність	Покращено
Взаємодія з оточуючими	Різні реакції	Збалансовано
Емоційна стабільність	Різні реакції	Зміцнено

Методика "Басса-Дарки" (Агресія та Ворожість):

Показник	Початкові Результати	Після Тренінгу
Ворожість	60% високі оцінки	Зменшено до 40%
Агресивність	75% високі значення	Зменшено до 50%

Методика "Готовність до Ризику":

Рівень готовності до	Початкові	Після
----------------------	-----------	-------

ризик	Результати	Тренінгу
"Обережний"	7%	7%
Середній	60%	60%
"Схильність до ризику"	33%	33%

Ці таблиці відображають зміни у показниках до та після проведення тренінгу для кожної методики дослідження

Висновок до розділу 3.

Загальна динаміка вказує на позитивний вплив заходів на психічне здоров'я та життєвий баланс учасників. Заходи, впроваджені в рамках програми, сприяють не лише зменшенню рівня стресу, а й покращенню психо-емоційного стану та формуванню позитивної групової динаміки. Ці позитивні зміни свідчать про успішність програми у досягненні свого основного завдання — покращенні психо-емоційного стану та адаптації учасників до викликів умов війни.

ВИСНОВКИ

Під час проведеного дослідження ми дійшли таких висновків:

1. Зміни соціально-економічних умов в Україні, агресивні воєнні дії росії по відношенню до народу України, зумовили нову парадигму розвитку допомоги особам з психофізичними порушеннями та механізм управління нею. В основі перебудови цієї системи допомоги мають бути науково обґрунтовані та розроблені концепції.

Отже, реабілітація спрямована на створення якіснішого, з соціального погляду, рівня життя особи, яка її і потребує. Важливим у реабілітації є порушені можливості особи, взаємозв'язки, які тимчасово руйнуються між нею і суспільством та потребують відновлення. Процес відновлення концентрується не лише на потенційних можливостях людини, але й на тому, що може запропонувати суспільство, на діях з боку суспільства й на формах взаємодії людини та суспільства.

Враховуючи різноманітність підходів реабілітації, її умовно можна розподілити на так звані види, або аспекти – медичний, фізичний, психологічний, педагогічний, професійний. Кожний з них має свої методологічні засади, до яких відносять принципи, етапи здійснення, умови реалізації, технологію проведення тощо. Представимо загальні наукові бачення науковців стосовно виокремлення принципів різних видів реабілітаційної діяльності.

2. Ми зазначаємо, що у зв'язку з повномасштабною війною перед більшістю українців постало завдання якнайшвидше навчитися адаптовуватися до нових дискомфортних, а часто й загрозових для життя, умов. Війна – це екстремальна ситуація, що виходить за межі звичайного нормального людського досвіду, та загрожує (чи сприймається як така) життю, здоров'ю, благополуччю. Війна – це низка гострих інтенсивних і хронічних стресових ситуацій низької інтенсивності; це необхідність пристосовуватися до надзвичайних ситуацій, які є наслідком руйнувань міст, інфраструктури, доріг,

що часто спричиняє людські жертви, наносить шкоду здоров'ю людей, призводить до значних матеріальних втрат і порушення життєдіяльності.

3. Агресія, деструктивна поведінка, депресивні стани виникають в людей в умовах сучасного воєнного конфлікту та не викликає сумніву той факт, що сцени насильства, які демонструються, є причиною погіршення психо-емоційного стану людей.

Відтак, агресія – це спосіб вираження свого гніву, протесту. А, як відомо, гнів – це почуття вторинне. В його основі лежить біль, приниження, образа, страх, які, у свою чергу, виникають від незадоволення базисної, фундаментальної людської потреби у безпеці.

За результатами проведеного дослідження можна говорити про те, що в обстежуваній групі в даному віковому періоді агресивність у різних її проявах притаманна багатьом респондентам. Порівняльний аналіз середніх значень агресивності чоловіків та жінок з підвищеним рівнем агресивності показує, що індекс агресивності перевищує індекс ворожості. Значення ж критерію вербальної агресії перебуває у зоні невизначеності. Варто зауважити на досить високі показники вербальної агресії, тобто яскраво проявляється в криках, лайках та лихослів'ї.

Відтак, за отриманими даними ми виявили, що більшість респондентів, які мають високі показники проявів агресивної поведінки також мають схильність до ризику, що може мати негативні наслідки у житті не тільки респондента, а й оточуючих.

4. Нами було з'ясовано, що при проведенні лікувально-реабілітаційної роботи з повнолітніми особливе місце займає арт-терапія – технологія лікування засобами образотворчого мистецтва – малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості, з різними допоміжними технологіями – ігровою, пісочною, театральною, танцювально-руховою, музико-, казко-, фототерапією, вибір яких був обумовлений діагностувальними, розвивальними, коректувальними та терапевтичними можливостями при цілеспрямованому проведенні комплексної реабілітації.

Встановлено, що при проведенні комплексної реабілітації з людьми, які мають тривалий нестабільний психо-емоційний стан, високоефективними є різні види тренінгів – спеціалізовані, професійні, комунікативні, соціально-психологічні, адаптивні з виокремленням чіткого алгоритму структурних елементів, специфічних рис, принципами і правилами проведення, комплексом методів (групова дискусія, ігрові методи, вербальні й невербальні техніки, методи тілесної терапії) і технік (техніки активного слухання, інформаційні техніки, медитативні техніки). 5.

Особливим видом психотерапії визначено сімейну терапію, спрямовану на корекцію міжособистісних відносин, що має на меті усунення емоційних розладів у сім'ї. Увага зосереджена на мультимодальній формі сімейної психотерапії, яка передбачає індивідуальне та сімейне консультування, групову психотерапію окремо з кожним членом сім'ї.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алещенко В. І. Військова психологія: ретроспективний аналіз та подальший розвиток. Теорія і практика управління соціальними системами. 2015. № 2. С. 46–53.
2. Андросчук І. Реалізація системного підходу в навчальному процесі як педагогічна проблема. Проблеми підготовки сучасного вчителя. 2013. № 7. С. 8–14.
3. Антонова-Турченко О. Г., Дробот Л. С. Музична психотерапія : посібник-хрестоматія. К. : ІЗМН, 1997. 260 с.
4. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї : курс лекцій. К. : МАУП, 2001. 96 с.
5. Бочелюк В. Й. Психологія людини з обмеженими можливостями : навч. посіб. В.Й. Бочелюк, А.В. Турубарова. К. : Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
6. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія: суть, можливості роботи з військовослужбовцями учасниками бойових дій. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота: зб. наук. 14 пр. / гол. ред. : Козубовська І.В. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2018. Випуск 2 (41). Частина I. С. 42–45.
7. Бриндіков Ю. Л. Загальнонаукові аспекти розробки системи комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України учасників бойових дій. Педагогічні науки : зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXIX (79). Том 2. С. 201–206. Index Copernicus
8. Бриндіков Ю. Л. Ігрові технології : суть, можливості роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій Social Work and Education, 2018, Vol. 4, No 1. P. 112–118.
9. Бриндіков Ю. Л. Кризовий стан сучасної української сім'ї: методи соціально-психологічної та педагогічної роботи у сім'ї. Науковий вісник

Чернівецького університету. Серія : Педагогіка та психологія. Чернівці : Чернівецький нац. у-т, 2014. Вип. 712. С. 20–25.

10. Бриндіков Ю. Л. Людина в сучасному соціумі : методичні вказівки до самостійного вивчення дисципліни для студентів напрямів підготовки «Соціальна педагогіка», «Практична психологія» і «Соціальна робота» Хмельницький : ХНУ, 2014. 28 с.

11. Бриндіков Ю. Л. Мультидисциплінарний підхід у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : педагогічні науки / гол. ред. О. В. Діденко. Хмельницький : Вид-во НАДПСУ, 2017. № 3(10). С. 44–56.

12. Бриндіков Ю. Л. Ознайомча та ознайомчо-волонтерська практики : методичні вказівки щодо їх виконання для студентів спеціальності «Соціальна робота» Хмельницький: ХНУ, 2016. 55 с.

13. Бриндіков Ю. Л. Проблема посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, учасників бойових дій. Теорія і методика виховання : науково-педагогічний вісник. Вип. 7 Херсон : Видавець Грінь Д. С., 2017. С. 5–8.

14. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація як сфера професійної діяльності майбутніх фахівців соціальної сфери. Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти : зб. наук. праць: наук. записки РДГУ. Рівне : РДГУ, 2017. Вип. 17 (60). С. 106–111.

15. Бриндіков Ю. Л. Соціальна політика у сфері соціального захисту учасників АТО та їх родин на місцевому рівні (приклад м. Хмельницького). Соціальна робота з різними категоріями населення у громаді: українські реалії та міжнародний досвід: колективна монографія / А. Богуцька, Ю. Бриндіков, О. Главацька та ін.; за заг. ред. В. Поліщук. Тернопіль : Осадца Ю.В., 2018. С. 54–68.

16. Бриндіков Ю. Л. Шляхи подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців: соціально-психологічні аспекти. Актуальні

проблеми психології : зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ; Ніжин : ПП Лисенко, 2016. Том IX. Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. Вип. 8. С. 72–82.

17. Бриндіков Ю.Л. Соціальна діагностика та патологія : методичні вказівки до самостійного вивчення дисципліни для студентів напряму підготовки «Соціальна робота». Хмельницький : ХНУ, 2018. 29 с.

18. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. Бусел В. Т. К. ; Ірпінь : Перун, 2007. 1736 с.

19. Вознесенська О. Л. Ресурси арт-терапії на допомогу вимушеним переселенцям : практичний посібник. К. : Human Rights Foundation, 2015. 50 с.

20. Джудіт Герман. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Герман Джудіт. Львів, 2015. 416 с.

21. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології: навч. посібник. К. : Академвидав, 2004. 352 с.

22. Дідик О. До реабілітації потерпілих – комплексний підхід. Охорона праці. 2005. № 9. С. 41–44.

23. Довбня С. О. Гра як історико-педагогічний феномен [Електронний ресурс]. Збірник наукових праць. Випуск 9. С. 245–249. – Режим доступу : http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=F&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21CNR=20&Z21ID=

24. Докучаєва В. В. Теоретико-методологічні засади проектування інноваційних педагогічних систем : Дис... докт. пед. наук : 13.00.01 / Вікторія Вікторівна Докучаєва. Луганський національний педагогічний ун-т ім. Тараса Шевченка. Луганськ, 2007. 481 с.

25. Зверєва І. Д. Енциклопедія для фахівців соціальної сфери / За заг. ред. проф. І.Д. Зверєвої. Київ, Сімферополь: Універсум, 2012. 536 с.

26. Іванов В.О. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю : науково-методичний

посібник / В.О. Іванов, Ю.М. Безсмертний, Д.Ю. Старков. К. : ПАТ «Віпол», 2013. 128 с.

27. Калініна Л. А. Використання лялькотерапії як напряму арт-терапії у корекційній роботі з дітьми, які мають проблеми у розвитку. Наукові праці : науково-методичний журнал. Серія : Педагогіка. Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. Вип. 95. Т. 105. С. 25–30.

28. Калошин В. Ф., Вельбовець Н. В. Евристичні методи навчання. Військова освіта. 2003. № 12. С. 113–122.

29. Каністерапія: собаки-терапевти лікують людей [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://vidpoviday.com/kanisterapiya-sobaki-terapevtikuyut-lyudej>

30. Капська А. Й., Олексюк Н.С. Організаційно-педагогічне забезпечення позитивної життєдіяльності сім'ї військовослужбовця. Вісник Чернігівського державного педагогічного університету імені Т.Г.Шевченка. Випуск 61. Серія: Педагогічні науки, Чернігів: ЧДПУ 2009. № 61. С. 6–11.

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

32. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: монографія. К. : Міленіум, 2004. 265 с.

33. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с.

34. Крайнюк В. М. Теорія та практика психологічної допомоги. К. : НАОУ, 2003. 158 с.

35. Кушнір В. А. Системний аналіз педагогічного процесу: методологічний аспект. Кіровоград: Видавничий центр КДПУ, 2001. 348 с.

36. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. Актуальні проблеми психології. Том I. Випуск 45. 2016. С. 120–127

37. Макаревич О. П. Психологічна підготовка особистості до поведінки в складних ситуаціях: Навч.-метод. посіб. К. : ВГІ НАОУ, 2000. 188 с.
38. Мельничук І. М. Особливості застосування інтерактивних ігор у вищому навчальному закладі [Електронний ресурс] Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. 2010. № 4. Режим доступу : https://www.google.com.ua/search?client=firefox-bab&dcr=0&ei=zQvNWq3yCafB6QT_mb
39. Попелюшко Р. П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації. Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка. Київ, 2015. Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 13. С. 198–207.
40. Романишин А.М. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах. А.М. Романишин, О.В. Бойко. Львів, 2014. 121 с.
41. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf
42. Семенова Ю. С. Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. URL: rbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?
43. Семиліт М. В. Концепція життєвого шляху у контексті теорії колективної травми. URL: forum.onu.edu.ua/index.php?topic=5057.0
44. Сергієнко Т. М. Соціально-педагогічні аспекти адаптації та дезадаптації особистості у військовому середовищі. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : науковий журнал. Харків: ХОВНОКУ. ХДАДМ, 2010. № 4. С. 128–132.
45. Соціальна педагогіка : мала енциклопедія / за заг. ред. проф. І. Д. Звереві К. : Центр навч. літератури, 2008. 336 с.
46. Соціальна педагогіка: Підручник. 5-те вид. виправ. та доп. / За ред. проф. А. Й. Капської. К. : Центр учбової літератури, 2011. 488 с.

47. Теорія та практика психологічної допомоги: навч. посіб. / В. І. Пасічник, І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова, І. І. Приходько та ін. Х. : Акад. ВВ МВС України, 2010. 354 с.
48. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник. О.М. Тохтамиш. Вінниця : Віндрук, 2014. 100 с.
49. Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник / О.М. Тохтамиш. – Вінниця : Віндрук, 2014. 100 с.
50. Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник / О.М. Тохтамиш. Вінниця : Віндрук, 2014. 100 с.
51. Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник . О.М. Тохтамиш. Вінниця : Віндрук, 2014. 100 с.
52. Требін М. П. Армія та суспільство: соціально-філософський аналіз взаємодії в умовах трансформації: монографія. Харків: Видавничий Дім «ІНЖЕК», 2004. 404 с.
53. Туркот Т. І. Педагогіка вищої школи. К. : Кондор, 2011. 626 с.
54. Царенко Л. Основні принципи надання психологічної допомоги постаждалим наслідок психотравмівних ситуацій. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
55. Царенко Л. Особливості переживання стресових і травмівних ситуацій. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
56. Шевцов А.Г. Освітні основи реабілітології : монографія / А. Г. Шевцов. – К. : МП Леся, 2009. 483 с.

ДОДАТКИ ДОДАТОК А

Опитувальник міжособистісних відносин Лірі

Т. Лірі пропонував використовувати методику для оцінки спостережуваного поведінки людей, тобто поведінки в оцінці оточуючих («зі сторони»), для самооцінки, оцінки близьких людей, для опису ідеального «Я». Згідно з цими рівнями діагностики змінюється інструкція для відповіді.

Максимальна оцінка рівня — 16 балів, але вона розділена на чотири ступені вираженості відносини:

0-4 бали — низька

адаптивне поведінка

5-8 балів — помірна

9-12 балів — висока

екстремальну поведінку до

13-16 балів — екстремальна

патології

Різні напрями діагностики дозволяють визначити тип особистості, а також зіставляти дані по окремих аспектах. Наприклад, «соціальне «Я»», «реальне «Я»», «мої партнери» і т. д.

Методика може бути представлена респонденту або списком (за алфавітом або у випадковому порядку), або на окремих картках. Йому пропонується вказати ті твердження, які відповідають його уявленню про себе, відносяться до іншої людини або його ідеалу.

В результаті робиться підрахунок балів по кожній октанте з допомогою спеціального «ключа» до опитувальника. Отримані бали переносяться на дискограму, при цьому відстань від центру круга відповідає числу балів по даній октанте (від 0 до 16). Кінці векторів з'єднуються й утворюють особистісний профіль.



За спеціальними формулами визначаються показники по двом основним факторам: домінування і дружелюбність.

$$\text{Домінування} = (I - V) + 0,7 \times (VIII + II - IV - VI)$$

$$\text{Дружелюбність} = (VII - III) + 0,7 \times (VIII - II - IV + VI)$$

Якісний аналіз отриманих даних проводиться шляхом порівняння дискограмм, що демонструють відмінність між представленнями різних людей. С. В. Максимовим приведені індекси точності рефлексії, диференційованості сприйняття рівня благополучності положення особистості в групі, ступені усвідомлення особистістю думки групи, значимості групи для особистості.

Методичний прийом дозволяє вивчати проблему психологічної сумісності і часто використовується в практиці сімейної консультації, групової психотерапії і соціально-психологічного тренінгу.

Типи відношення до оточуючих

I. Авторитарний

13-16 — диктаторський, владний, деспотичний характер, тип сильної особистості, яка лідирує у всіх видах групової діяльності. Всіх наставляє, повчає, у всьому прагне покладатися на свою думку, не вміє приймати поради інших. Навколишні відзначають цю владність, але визнають її.

9-12 — домінуючий, енергійний, компетентний, авторитетний лідер, успішний у справах, любить давати поради, вимагає до себе поваги.

0-8 — упевнена в собі людина, але не обов'язково лідер, завзятий і наполегливий.

II. Егоїстичний

13-16 — прагне бути над усіма, але одночасно в стороні від усіх, самозакоханий, розважливий, незалежний, себелюбну. Труднощі перекладає на оточуючих, але сам відноситься до них кілька відчужено, хвалькуватий, самовдоволенний, зарозумілий.

0-12 — егоїстичні риси, орієнтація на себе, схильність до суперництва.

III. Агресивний

13-16 — жорсткий і ворожий по відношенню до оточуючих, різкий, жорсткий, агресивність може доходити до асоціальної поведінки.

9-12 — вимогливий, прямолінійний, відвертий, строгий і різкий в оцінці інших, непримиренний, схильний у всьому звинувачувати оточуючих, глузливий, іронічний, дратівливий.

0-8 — впертий, завзятий, наполегливий і енергійний.

IV. Підозрілий

13-16 — відчужений по відношенню до ворожого і злісного світу, підозрілий, образливий, схильний до сумніву в усьому, злопам'ятний, постійно скаржиться на всіх (шизоидний тип характеру).

9-12 — критичний, відчуває труднощі у інтерперсональних контактах з-за підозрілості і боязні поганого ставлення, замкнутий, скептичний, розчарований в людях, потайний, свій негативізм проявляє у вербальній агресії.

0-8 — критичний по відношенню до всіх соціальних явищ і оточуючим людям.

V. Підпорядковується

13-16 — покірний, схильний до самознищення, слабовільний, схильний поступатися всім і в усьому, завжди ставить себе на останнє місце і засуджує себе, приписує собі провину, пасивний, прагне знайти опору в кому-небудь більш сильному.

9-12 — сором'язливий, лагідний, легко ніяковіє, схильний підкорятися сильнішому без урахування ситуації.

0-8 — скромний, боязкий, поступливий, емоційно стриманий, здатний підкорятися, не має власної думки, слухняно і чесно виконує свої обов'язки.

VI. Залежний

13-16 — різко невпевнений у собі, має нав'язливі страхи, побоювання, тривожиться з будь-якого приводу, тому залежний від інших, від чужої думки.

9-12 — слухняний, боязливий, безпорадний, не вміє проявити опір, щиро вважає, що інші завжди праві.

0-8 — конформний, м'який, очікує допомоги і порад, довірливий, схильний до захоплення оточуючими, ввічливий.

VII. Доброзичливий

9-12 — доброзичливий і люб'язний з усіма, орієнтований на прийняття і соціальне схвалення, прагне задовольнити вимоги всіх, «бути хорошим» для всіх без урахування ситуації, прагне до цілей мікрогрупи, має розвинені механізми витіснення і придушення, емоційно лабільний (истероидний тип характеру).

0-8 — схильний до співробітництва, кооперації, гнучкий і компромісний при вирішенні проблем і в конфліктних ситуаціях, прагне бути у згоді з думкою оточуючих, свідомо конформний, слід умовностям, правилам і принципам «хорошого тону» у відносинах з людьми, ініціативний ентузіаст у досягненні цілей групи, прагне допомагати, відчувати себе в центрі уваги, заслужити визнання і любов, товариський, проявляє теплоту і дружелюбність у відносинах.

VIII. Альтруїстичний

9-16 — гіперответственный, завжди приносить у жертву свої інтереси, прагне допомогти і співчувати всім, нав'язливий у своїй допомозі і занадто активний по відношенню до оточуючих, неадекватно приймає на себе відповідальність за інших (може бути тільки зовнішня «маска», що приховує особистість протилежного типу).

0-8 — відповідальний по відношенню до людей, делікатний, м'який, добрий, емоційне ставлення до людей проявляє у співчутті, симпатії, турботі, ніжності, вміє підбадьорити і заспокоїти оточуючих, безкорисливий і чуйний.

ТЕКСТ ОПИТУВАЛЬНИКА

Поставте знак «+»проти тих визначень, які відповідають Вашому уявленню про себе(якщо немає повної впевненості, знак «+» не ставте).

1. Інші думають про нього прихильно

2. Справляє враження на оточуючих

3. Уміє розпоряджатися, наказувати

4. Уміє наполягти на своєму

5. Володіє почуттям власної гідності

6. Незалежний

I

7. Здатний сам подбати про себе

8. Може проявити байдужість

9. Здатний бути суворим

10. Строгий, але справедливий

II

11. Може бути щирим

12. Критичний до інших

13. Любить поплакатися

14. Часто сумний

V

15. Здатний проявити недовіру

16. Часто розчаровується

17. Здатний бути критичним до себе

18. Здатний визнати свою неправоту

19. Охоче підкоряється

20. Поступливий

21. Благородний

22. Захоплюється і схильний до наслідування

I

23. Поважний

24. Шукає схвалення

25. Здатний до співпраці

26. Прагне ужитися з іншими

II

27. Приязний, доброзичливий

28. Уважний і ласкавий

29. Делікатний

30. Схвалює

III

31. Чуйний до закликів про допомогу

32. Безкорисливий

33. Здатний викликати захоплення

34. Користується повагою у інших

35. Володіє талантом керівника

36. Любить відповідальність

37. Впевнений в собі

38. Самовпевнений і напористий

I

39. Діловитість і практичний

40. Любить змагатися

41. Строгий і крутий, де треба

42. Невблаганний, але неупереджений

II

43. Дратівливий

44. Відкритий і прямолінійний

45. Не терпить, щоб їм командували

46. Скептичний

V

47. На нього важко справити враження

48. Образливий, делікатне

49. Легко бентежить

50. Невпевнений у собі

51. Поступливий

52. Скромний

53. Часто вдається до допомоги інших

- I
54. Дуже шанує авторитети
-
55. Охоче приймає поради
-
56. Довірливий і прагне радувати інших
-
57. Завжди люб'язний в обходженні
-
58. Дорожить думкою оточуючих
-
- II
59. Товариський і уживчивий
-
60. Добросердечний
-
61. Добрий, вселяє впевненість
-
62. Ніжний і м'якосердий
-
- III
63. Любить піклуватися про інших
-
64. Безкорисливий і щедрий
-
65. Любить давати поради
-
66. Справляє враження значущості
-
67. Начальственно-наказовий
-
68. Владний
-
69. Хвалькуватий
-
- I
70. Гордовитий і самовдоволений
-
71. Думає тільки про себе
-

72. Хитрий і розважливий

73. Нетерпимий до помилок інших

74. Своєкористен

II

75. Відвертий

76. Часто недружній

77. Озлоблений

78. Скаржник

V

79. Ревнивий

80. Довго пам'ятає образи

81. Схильний до самобичування

82. Сором'язливий

83. Безініціативний

84. Лагідний

85. Заздрісний, несамотійний

86. Любить підкорятися

I

87. Надає іншим приймати рішення

88. Легко потрапляє в халепу

89. Легко потрапляє під вплив друзів

- II
90. Готовий будь довіритися
-
91. Схильний призначати до всіх без розбору
-
92. Всім симпатизує
-
93. Прощає всі
-
94. Переповнений надмірним співчуттям
- III
95. Великодушний і терпимий
-
96. Прагне протегувати
-
97. Прагне до успіху
-
98. Чекає захоплення від кожного
-
99. Розпоряджається іншими
-
100. Деспотичний
-
101. Сноб (судить про людей за рангом і достатку, а не за особистими якостями)
-
102. Марнославний
- I
103. Егоїстичний
-
104. Холодний, черствий
-
105. Уїдлиий, глузливий
-
- II
106. Злобний, жорстокий
-
107. Часто гнівливий
-

108. Байдужий, байдужий

109. Злопам'ятний

110. Проїнятий духом протиріччя

V

111. Впертий

112. Недовірливий, підозрілий

113. Боязкий

114. Сором'язливий

115. Відрізняється надмірною готовністю підкорятися

116. М'якотілий

117. Майже ніколи нікому не заперечує

118. Ненав'язливий

I

119. Любить, щоб його опікали

120. Надмірно довірливий

121. Прагне здобути прихильність кожного

122. З усіма погоджується

II

123. Завжди доброзичливий

124. Усіх любить

125. Дуже поблажливий до оточуючих

III 126. Намагається утішити кожного

127. Піклується про інших на шкоду собі

128. Псує людей надмірною добротою



ДОДАТОК Б

Опитувальник Басса-Дарки виявлення агресії

Опитувальник Басса - Дарки складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає "так" або "ні". Відповідно до інструкції він ставить знак "плюс", якщо згоден з твердженням, і знак "мінус", якщо не згоден.

Питання опитувальника

1. Часом я не можу впоратися з бажанням заподіяти шкоду іншим.
2. Іноді пліткують про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююсь.
4. Якщо мене не попросять по - хорошому, я не виконаю.
5. Я не завжди отримую те, що мені належить.
6. Я не знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною.
7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчутти.
8. Коли мені траплялося обдурити кого - небудь, я відчував болісні докори сумління.
9. Мені здається, що я не здатний вдарити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами.
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.
14. Я тримаюся насторожено з людьми, які ставляться до мене кілька більш дружньо, ніж я очікував.
15. Я часто буваю не згоден з людьми.
16. Іноді мені на розум приходять думки, яких я соромлюся.
17. Якщо хто - небудь першим вдарить мене, я не відповім йому.
18. Коли я дратуюся, я лясаю дверима.
19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається.
20. Якщо хто - то уявляє себе начальником, я завжди роблю йому наперекір.

21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я думаю, що багато людей не люблять мене.
23. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Люди, ухиляючись від роботи, повинні відчувати почуття провини.
25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, запрошується на бійку.
26. Я не здатний на грубі жарти.
27. Мене охоплює лютя, коли з мене насміхаються.
28. Коли люди корчаться з себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.
29. Майже щотижня я бачу кого - небудь, хто мені не подобається.
30. Досить багато людей заздрять мені.
31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.
32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно переводять вас, варті того, щоб їх "клацнули по носі".
34. Я ніколи не буваю похмури від злості.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хто - то виводить мене з себе, я не звертаю уваги.
37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість.
38. Іноді мені здається, що наді мною сміються.
39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до "сильним" виразам.
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були прощені.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хтось - небудь ударить мене.
42. Коли виходить не по - моєму, я іноді ображаюся.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по - справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: "Ніколи не довіряти чужинцям".
46. Якщо хто - небудь дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю.

47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую.
48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити кого - небудь.
49. З дитинства я ніколи не виявляв спалахів гніву.
50. Я часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко працювати.
52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити що - небудь приємне для мене.
53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Я б'юся не рідше ніж і не частіше, ніж інші.
56. Я можу згадати випадки, коли я був настільки злий, що хапав ліпшу мені під руку річ і ламав її.
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку.
58. Іноді я відчуваю, що життя надходить зі мною несправедливо.
59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю.
60. Я лаюся тільки зі злості.
61. Коли я роблю неправильно, мене мучить совість.
62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.
63. Іноді я висловлюю свій гнів тим, що стукаю кулаком по столу.
64. Я буваю грубуватий по відношенню до людей, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити.
66. Я не вмю поставити людину на місце, навіть якщо він того заслуговує.
67. Я часто думаю, що жив неправильно.
68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.
69. Я не засмучуюсь - за дрібниць.

70. Мені рідко приходиться в голову, що люди намагаються розлютити або образити мене.

71. Я часто тільки загрожую людям, хоча і не збираюся приводити погрози у виконання.

72. Останнім часом я став занудою.

73. У суперечці я часто підвищую голос.

74. Я намагаюся приховувати своє погане ставлення до людей.

75. Я краще погоджусь з чим - або, ніж стану сперечатися.

ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ

При складанні опитувальника автори користувалися наступними принципами:

- 1) питання може відноситися тільки до однієї форми агресії;
- 2) питання формулюються таким чином, щоб найбільшою мірою послабити вплив суспільного схвалення відповіді на питання.

Відповіді оцінюються по восьми шкалах у такий спосіб:

1. Фізична агресія:

- так = 1, немає = 0: 1, 25, 31, 41, 48, 55, 62, 68;
- немає = 1, да = 0: 9 і 7.

2. Непряма агресія:

- так = 1, немає = 0: 2, 10, 18, 34, 42, 56, 63;
- немає = 1, да = 0: 26, 49.

3. Роздратування:

- так = 1, немає = 0: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72;
- немає = 1, да = 0: 11, 35, 69.

4. Негативізм:

- так = 1, немає = 0: 4, 12, 20, 28;
- немає = 1, да = 0: 36.

5. Образа: так = 1, немає = 0: 5, 13, 21, 29, 37, 44, 51, 58.

6. Підозрілість:

- так = 1, немає = 0: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59;

- так = 0, немає = 1: 33, 66, 74, 75.

7. Вербальна агресія:

- так = 1, немає = 0: 7, 15, 23, 31, 46, 53, 60, 71, 73;

- так = 0, немає = 1: 33, 66, 74, 75.

8. Почуття провини: так = 1, немає = 0: 5, 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67.

Індекс ворожості включає в себе 5 і 6 шкали, а індекс агресивності (прямий або мотиваційної) включає в себе шкали 1, 3, 7.

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює 21 ± 4 . Норма ворожості дорівнює 6, $5-7 \pm 3$. При цьому звертається увага на можливість досягнення певної величини, що показує ступінь прояву агресивності.

ДОДАТОК В

«Готовність до ризику» Шуберт (PSK)

Інструкція. оцініть ступінь своєї готовності до дій при відповіді на кожен з 25 питань. Поставте відповідний бал за кожну відповідь за такою схемою:

"Повністю згоден", "повне так" - 2 бали;

"Більше так, ніж ні" - 1 бал;

"Ні так, ні ні", "щось середнє" - 0 балів;

"Більше ні, ніж так" - 1 бал;

"Повне немає" - 2 бали.

Текст опитувальника:

1. Перевищили б Ви встановлену швидкість, щоб швидше надати необхідну медичну допомогу тяжкохворого людини?
2. погодилися б Ви заради гарного заробітку брати участь у небезпечній і довготривалій експедиції?
3. Стали б Ви на шляху тікає небезпечного зломщика?
4. Могли б Ви їхати підніжці товарного вагона при швидкості більше 100 км / год?
5. Чи можете Ви на інший день після безсонної ночі нормально працювати?
6. Стали б Ви першим переходити дуже холодну річку?
7. Позичили б Ви другу велику суму грошей, будучи не зовсім упевненим, що він зможе Вам повернути ці гроші?
8. Увійшли б Ви разом з приборкувачем в клітку з левами при його посвідченні, що це безпечно?
9. Могли б Ви під керівництвом ззовні залізи на високу фабричну трубу?
10. Могли б Ви без тренування керувати парусним човном?
11. Ризикнули б Ви схопити за вуздечку біжучий коня?
12. Могли б Ви після 10 склянок пива їхати на велосипеді?
13. Могли б Ви зробити стрибок з парашутом?

14. Могли б Ви при необхідності проїхати без квитка від Пскова до Москви?
15. Могли б Ви зробити автотурне, якби за кермом сидів Ваш знайомий, який зовсім недавно був у важкому дорожній пригоді?
16. Могли б Ви з 10-метрової висоти стрибнути на тент пожежної команди?
17. Могли б Ви, щоб позбутися від затяжної хвороби з постільним режимом, піти на небезпечну для життя операцію?
18. Могли б Ви зістрибнути з підніжки товарного вагона, що рухається зі швидкістю 50 км / год?
19. Могли б Ви, як виняток, разом з сімома іншими людьми піднятися в ліфті, розрахованому лише на 6 осіб?
20. Могли б Ви за велику грошову винагороду перейти з зав'язаними очима жвавий вуличний перехрестя?
21. Взятися б Ви за небезпечну для життя роботу, якби за неї добре платили?
22. Могли б Ви після 10 чарок горілки обчислювати відсотки?
23. Могли б Ви за вказівкою Вашого начальника взятися за високовольтний провід, якщо б він запевнив Вас, що провід знеструмлений?
24. Могли б Ви після деяких попередніх пояснень управляти вертольотом?
25. Могли б Ви, маючи квитки, але без грошей і продуктів, доїхати з Києва?

Обробка даних тесту

Підрахуйте суму набраних Вами балів відповідно до інструкції і оцініть свій результат. Загальна оцінка тесту дається по безперервної шкалою як відхилення від середнього значення. Позитивні відповіді свідчать про схильність до ризику. Значення тесту: від -50 до +50 балів. менше -30 балів. Ви занадто обережні. -10 - +10 балів. Середні значення. понад +20 балів. Ви схильні до ризику.

Висока готовність до ризику супроводжується низькою мотивацією до уникнення невдач (захист). Готовність до ризику пов'язана прямо пропорційно з числом допущених помилок.



ДОДАТОК Г

АУТОГЕННОГО ТРЕНУВАННЯ

Аутогенне тренування (АТ) – активний метод психотерапії, психопрофілактики і психогігієни, спрямований на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини. Основними елементами методики є тренування м'язової релаксації, самонавіювання і самовиховання (аутодидактика). АТ найбільш ефективно при лікуванні невротичних і соматоформних розладів, порушень адаптації і психосоматичних захворювань. Метод показаний, перш за все, при неврастенії. Найбільший ефект спостерігається при психогенних сексуальних розладах і розладах сну. Відмічений добрий результат застосування аутогенного тренування при бронхіальній астмі, в ініціальному періоді гіпертонічної хвороби і облітеруючому ендартеріїті, при диспное, езофагоспазмі, стенокардії, при спастичних болях шлунково-кишкового тракту.

АТ складається з двох етапів. Завданням першого етапу є здатність контролювати соматичні функції. Другий етап спрямований на оволодіння здатністю контролювати психічні функції. Проте цей етап методично дуже складний, трудомісткий, показання до його застосування дуже обмежені і нечіткі. У зв'язку з цим у дитячому і підлітковому віці він практично не застосовується. Одночасно із засвоєнням формул першого і другого етапу реабілітант викликає у себе відчуття повного спокою.

Перший етап:

Я абсолютно спокійний

1. Моя права (ліва) рука важка.
2. Моя права (ліва) рука тепла.
3. Серце б'ється спокійно і сильно.
4. Я дихаю абсолютно спокійно.
5. Сонячне сплетення випромінює тепло.
6. Мій лоб приємно прохолодний.

Другий етап:

Я абсолютно спокійний

1. Уявити конкретний колір.
2. Уявити певний об'єкт.
3. Внутрішньо показати абстрактні явища (щастя, краса тощо).
4. Внутрішньо переживати бажане відчуття.
5. Викликати образ іншої людини.

На засвоєння кожної формули першого етапу, згідно Шульцу, потрібно 2 тижні. У більшості сучасних модифікацій цей час скорочується до 7-8 днів. Заняття проходять 2-3 рази на день. Не засвоївши однієї формули, не можна переходити до іншої. Засвоєння проходить послідовно від першої до шостої формули. Заняття АТ проводяться лежачи, напівлежачи і в позі кучера.

Поза лежачи: особа лежить на спині, руки витягнуті паралельно тулубу і трохи зігнуті у ліктях, долоні обернені вниз; коліна і носки стоп розсунені назовні; очі закриті; м'язи розслаблені.

Поза напівлежачи: особа напівлежить у кріслі з підлокітниками, м'язи тіла розслаблені так, як це буває при засинанні.

Поза кучера (поза сидячи): особа сидить, не торкаючись спинки стільця, ноги розведені під прямим кутом. Очі закриті, голова вільно впала на груди. Знаходячись у такій позі, людина схожа на кучера, що задрімав на козлах.

Для більш специфічних терапевтичних завдань може використовуватися модифікація аутогенного тренування К.І. Міровського і А.Н. Шогама – «психотонічне тренування». Реабілітанти тренуються в «астено-гіпотонічній групі». М'язова релаксація виключається, оскільки зниження артеріального тиску протипоказане. У формули вводяться слова, що імітують виражені симпатоміметичні зрушення (озноб, «гусяча шкіра», холод). Тренування закінчується інтенсивною мускульною самообілізацією.

Текст тренування: «Я абсолютно спокійний. Все моє тіло розслаблене і спокійне. Ніщо не відволікає. Мені все байдуже. Я відчуваю внутрішнє заспокоєння. Плечі і спину обдає легкий озноб. Ніби приємний, освіжаючий

душ. Всі м'язи стають пружними. По тілу пробігають «мурашки». Я – як стисла пружина. Все готове до кидка. Весь напружений. Увага! Встати! Поштовх!».

Модифікація Б.В. Михайлова: Всі формули за Шульцем відпрацьовуються в такт диханню, а саме відчуття релаксації і тепла проговорюються на видиху, а формули мобілізації на вдиху.

Варіант Г. Клейнзорге та Г. Клюмбіеса Модифікація є «органотренуванням». Самі автори вказували, що їх метод не є модифікацією, а є новим напрямом у подальшому розвитку методу, і є третім класом АТ.

Вся система розділена на три класи: перший – навчання позам і вступна бесіда про суть методу, другий клас – підготовчі заняття у загальній групі, де опрацьовують вправи першого ступеню класичної методики АТ у розширеному змісті. Третій клас: безпосередньо і є органотренуванням. Реабілітантів розподіляють на окремі групи залежно від діагнозу. Створюють групи: «спокою», «голова», «серце», «легені», «живіт».

Прогресуюча м'язова релаксація Джейкобсона. У ході виконання прогресуючої м'язової релаксації за допомогою концентрації уваги спочатку формується здатність уловлювати напругу у м'язах і відчуття м'язового розслаблення, потім відпрацьовуються навички оволодіння довільним розслабленням напружених м'язових груп. Всі м'язи тіла діляться на шістнадцять груп. Послідовність вправ така: від м'язів верхніх кінцівок (від кисті до плеча, починаючи з домінантної руки) до м'язів обличчя (лоб, очі, рот), шиї, грудної клітки, живота і далі до м'язів нижніх кінцівок (від стегна до стопи, починаючи з домінантної ноги). Вправи починаються з короткочасної, 5-7-секундної, напруги першої групи м'язів, які потім повністю розслабляються; увага зосереджується на відчутті релаксації в цій області тіла. Вправа в одній групі м'язів повторюється до тих пір, поки пацієнт не відчує повного м'язового розслаблення; тільки після цього переходять до наступної групи. У міру набуття навичок у розслабленні м'язові групи укрупнюються, сила напруги в м'язах зменшується і поступова увага все більш акцентується на спогаді. На заключному етапі пацієнт після повсякденного аналізу локальної напруги

м'язів, що виникає при тривозі, страху і хвилюванні, самостійно досягає м'язового розслаблення і таким чином долає емоційну напругу. Комплексний курс АТ При лікуванні невротичних і психотичних розладів, у ряді випадків недостатньо вправ першого ступеня, і виникає необхідність подальшого тренування. Комплексний курс виходить за рамки АТ, оскільки включає прийоми інших психотерапевтичних і лікувальних методик. АТ в цьому курсі об'єднує такі прийоми в єдину систему вправ.

Вправи комплексного курсу індивідуальні і назначаються відповідно до конкретного змісту захворювання. Проте вони містять ряд обов'язкових умов:

1. Дихальна гімнастика в різному ритмі здійснює масаж черевних органів, усуває явища гіпоксії, дисциплінує морально-вольову сферу і увагу. Вона показана при емоційній напрузі, порушеннях серцевого ритму, системних неврозах шлунково-кишкового тракту, психогенних порушеннях дихання і при порушенні засинання.

2. Вправи на уявлення тепла є розширеними стандартними вправами, вживаними індивідуально, відповідно до конкретного синдрому. Окрім дилатації коронарних судин, ця група вправ спрямована на представлення відчуття локального тепла безпосередньо в органі, який турбує. Вправи цієї групи показані при розладах сну і у тих випадках, коли потрібно досягти розширення периферичних кровоносних судин; загального – при порушеннях артеріального тиску, місцевого – при невrogenних розладах периферичного кровообігу.

3. Вправи на уявлення прохолоди показані при деяких формах судинного головного болю, а також при хворобливих станах, обумовлених зниженим артеріальним тиском.

4. Послідовне м'язове розслаблення (релаксація за Джейкобсоном) ефективна при розладах сну і емоційній напрузі. Диференційована релаксація ефективна при неврозах, що супроводжуються спазмом м'язів. Її краще поєднувати з вправами на уявлення тепла, а також зі спеціально підібраними дихальними і гімнастичними вправами. Найкращі результати

диференційованого розслаблення спостерігаються при порушеннях серцевого ритму, нейроциркуляторних розладах, відносно добрий ефект спостерігається при писальному спазмі, вагінізмі, і при астазії-абазії (як підготовчий лікувальний прийом).

5. Сюжетна уява пропонується рекабілітантам з домінуванням образного мислення, які страждають невротами страху, очікування і деякими видами фобій; після загальних вправ АТ хворий візуально уявляє собі ключову ситуацію наступної доби такою, якою він хотів би її бачити, і себе в цій ситуації з висоти спостерігача. Сюжетна уява є як би репетицією у сприятливих умовах того, що зазвичай лякає, або не вдається.

6. Самоствердження – варіант «сюжетного уявлення», який пропонується особам з переважанням розсудливого мислення. Самоствердження схоже на раціональну психотерапію, що проводиться самим рекабілітантом за завданням лікаря. Хворому дається теза, визначена тема для роздуму, завдання він може виконати усно (бесіда з лікарем, інтерв'ю, повідомлення в групі) або письмово у вигляді реферату, листа. Завдання слід складати з таким розрахунком, щоб рекабілітант не повертався до пережитих невдач.

Самоствердження, що правильно проводиться, допомагає здолати конфлікт з довкіллям, дієвий цей прийом і при деяких фобіях, при системних невротозах він застосовується рідше, хоча при невротичних сексуальних розладах у чоловіків він у ряді випадків виявився ефективним. Патогенетично обґрунтовані «сюжетна уява» і самоствердження ґрунтуються на ретельному аналізі психогенії, що нерідко відводить від зовнішнього прояву невротозу. Часто доводиться уникати «лобової атаки» на синдром, знаходячи обхідні шляхи, щоб не викликати ятрогенної фіксації небажаних уявлень. З цією метою слід стверджувати здоров'я, а не заперечувати хворобу («Я здоровий» замість «Я не хворий»). Сюжетна уява і самоствердження повинні обов'язково підкріплюватися вправами функціонального тренування.

7. Виховання звичок дозволяє витіснити хворобливу нав'язливість нешкідливим ритуалом, що не обтяжує хворого, оскільки він виразно

усвідомлює своє авторство і розуміє, що може управляти новою звичкою. Рекомендуючи, наприклад, в непарні дні починати все з лівого боку, в парні – з правого (одягатися, голитися в певному порядку і тому подібне), ми допомагаємо особі створити індиферентну звичку, що заміщає хворобливу тему. Лікування завершується функціональним тренуванням, що переконує реабілітанта у тому, що він може здолати хворобу.

8. Спеціальні гімнастичні вправи є оздоровчою і тонізуючою гімнастикою (не стільки для скелетної мускулатури, скільки для органів), яка, покращуючи самопочуття і розширюючи фізичні можливості реабілітанта, сприяє його реабілітації. Ці вправи, що виконуються не автоматично (на відміну від спортивної практики), а виразно, переживаючи кожен рух, тренуючи волю, пам'ять, здатність управляти своїм тілом, дисциплінують емоційну сферу. Вправи можуть запозичуватися з різних гімнастичних систем, відповідно до соматичного стану, віку і фізичних можливостей.

У диспансерній практиці комплекс таких вправ складається лікарем для кожного реабілітанта індивідуально. У стаціонарі заняття проводить методист з лікувальної фізкультура. У деяких групах можуть бути рекомендовані нешкідливі, але хворобливі або незручні положення. Виконуючи їх, хворий навчиться «йти» від неприємних відчуттів. Спеціальна гімнастика у комплексі з іншими заходами дає найкращі результати при астеноіпохондричних і системних неврозах (головним чином, серцевої і шлунково-кишкової груп). 31

9. Вправи з уявними предметами також варіюють у широких межах. Кидаючи уявний м'яч, розтягуючи уявний еспандер, піднімаючи уявний вантаж, або закладаючи за спину уявну палицю. Треба ретельно стежити, щоб напружилися усі м'язи, які працювали б з реальним предметом, – відчувати м'яч, опір пружини еспандера або вантажу, що піднімається, палицю, що лежить на лопатках. Цей прийом підвищує самоконтроль, тренує волю, активує увагу і застосовується при лікуванні деяких форм неврозів нав'язливих станів.

ДОДАТОК Д
МЕТОДИКА ГІПНОТЕРАПІЇ (в модифікації А.Д. Філатова-Б.В.
Михайлова)

Методика передбачає 16 послідовних етапів занурення в стан гіпнотичного сну, лікувального навіювання і дегіпнотизації:

1. Установка на зручну позу: «Лягаєте (сідаєте)... Прийміть зручну позу... Отже, прийняте положення тіла зручне. Закрийте очі. Заспокойтеся. Знаходьтеся в стані спокою і відпочинку».

2. Адресування навіювань до кінестетичного аналізатора: «М'язи рук, ніг, тулубу розслаблені... У них немає ані найменшої напруги... Все тіло приємно обважніло... Вам не хочеться ні рухатися, ні ворухитися... Поступово тяжчають Ваші повіки. Повіки тяжчають все більше і більше... Вони обважніли і щільно-щільно злиплися... Починають розслаблятися м'язи Вашого тіла. Розслабляється лоб. Розслабляються щоки. Відчуваєте м'язи нижньої щелепи. Повністю розслабилися м'язи лица. Ваше лице розслабилося. 36 Розслаблення переходить на м'язи ший. Розслабляються м'язи грудей. Розслабляються м'язи живота. Розслабляються м'язи спини. Розслабилися м'язи тулуба. Починають розслаблятися руки. Розслабилися плечі. Розслабилися передпліччя. Розслабилися кисті рук. Починають розслаблятися ноги. Розслабилися стегна. Розслабилися гомілки. Розслабилися стопи. Повністю розслабилися м'язи Вашого тіла».

3. Інтероцептивне розслаблення: «Починають розслаблятися внутрішні органи. Ви відчуваєте розслаблення усередині голови, усередині грудей, усередині живота. Розслабляється кожен нерв. Розслабляється кожна нервова клітина. Все розслабилося у Вашій голові. Немає ніякої напруги».

3.1. Адресування навіювань до дихального апарату: «Дихання Ваше стало рівним, спокійним, ритмічним».

3.2. Адресування навіювань до серцево-судинної системи: «З кожним вдихом Ваше серце б'ється все спокійніше, ритмічніше... Приємна теплота розливається по всьому Вашому тілу».

4. Відключення від того, що оточує: «Навколишні звуки, шуми, шорохи, розмови віддаляються від Вас... віддаляються все далі і далі... Ви майже не сприймаєте сторонні подразники... Вони перестають доходити до Вашої свідомості... Відключаєтесь від того, що відбувається навколо. Ви відключилися від того, що оточує. Навколишні звуки, шорохи, розмови ніби віддалилися від Вас. Вони пішли від Вас далеко-далеко. Ви не сприймаєте сторонні подразники. Вони не доходять до Вашої свідомості».

5. Заспокоєння і відключення від особистих переживань і відчуттів: «Ви поступово заспокоюєтеся... заспокоюєтеся... переходите у стан відпочинку і спокою... Заспокоюється кожна клітинка Вашого організму... Заспокоюється кожна частинка Вашого організму... Заспокоюється вся Ваша нервова система... У міру заспокоєння нервової системи заспокоюються всі внутрішні органи... Всі тривоги, турботи, хвилювання розсіюються... йдуть».

6. Адресування навіювань до другої сигнальної системи: «Перебіг думок в голові пасивно слідує навіюванням. Ні на чому сторонньому не фіксується... Вас покинули всі тривоги, засмучення, турботи... Все, що раніше хвилювало і пригнічувало Вас, пішло і зараз не має жодного значення... Вам спокійно, добре...».

7. Фіксація спокою: «Ви вже заспокоїлися... Ви абсолютно спокійні... Відпочиваєте... Відпочиває нервова система, відпочивають всі внутрішні органи... Ніщо вас не хвилює, не порушує Вашого зосередження і спокою... ні душевного, ні тілесного... Все, що раніше турбувало Вас, пішло, розсіялося, забулося... Ви переживаєте зараз почуття внутрішнього спокою і повного заспокоєння. Відчуття спокою наростає. Заспокоюється кожен нерв. Заспокоюється кожна нервова клітина. Заспокоюється нервова система. Всі Ваші хвилювання розсіюються. Спокій все більше і більше виражений. Ви відчуваєте, як Ваше тіло наповнюється приємним спокоєм. Ніщо не хвилює Вас. Ніщо не порушує Вашого спокою, ані тілесного, ані душевного...».

8. Перехід спокою в дрімоту: «М'язи тулуба, рук, ніг розслаблені. У них немає ані найменшої напруги. Вам не хочеться ні рухатися, ні ворухитися. Ви

спокійні. Ваш спокій поєднується з відчуттям сонливості, дрімоти. Цей стан Вам приємний... Поступово Ви занурюєтеся в дрімотний стан... Приємна дрімота оволодіває всім Вашим тілом... Ніякі сторонні звуки не доходять до Вашої свідомості. Ніякі відчуття з боку внутрішніх органів більше не сприймаються. Ви приємно і спокійно відпочиваєте... Ні про що не думаєте... Сонливість посилюється з кожним моїм словом... Відпочиваєте... Ви чуєте тільки мій голос. Дрімотний стан все більше виражений. Ваше дихання стало спокійним, глибоким, ритмічним. Вам дихається легко. Ваше серце скорочується спокійно, ритмічно, автоматично. Ви не відчуваєте свого серця, як не відчуває серця кожна здорова людина.

9. Формування рапорту: «Навколишні звуки, шуми відійшли далеко... Ви вже не сприймаєте їх... Нічого не чуєте, окрім голосу лікаря... Він діє на Вас заспокійливо... На Вас діє тільки мій голос. Мої навіювання діють на Вас заспокійливо. Ви відключилися від того, що оточує і сприймаєте тільки мій голос».

10. Перехід дрімоти в гіпнотичний стан: «Ви все глибше занурюєтеся в дрімоту. Дрімати треба, це корисний для Вас стан. Це особливий стан нервової системи. Ви чуєте те, що я говорю. Все пам'ятатимете. Проте це не звичайна бесіда. Ви знаходитеся в гіпнотичному стані. Це корисний для Вас стан».

11. Потенціювання гіпнотичного стану: «Глибина гіпнотичного стану зростає. Гіпноз – це особливий стан нервової системи. Під час гіпнозу відновлюється нормальна діяльність кожної клітини Вашого тіла, кожного органу, кожної системи. Зараз організм приходить в оптимальний для нього стан (нервова система, серцево-судинна, дихальна, травна і інші системи). З гіпнотичного стану Ви виходите іншими. Ви відчуватимете себе такими, що відпочили, здоровими, оновленими. Гіпноз – це не бесіда і не сон. Гіпноз – це особливий стан організму, при якому слова лікаря набувають виключно сильної лікувальної дії. Зараз Ви відчуєте, як під впливом моїх навіювань у Вас з'являться мимовільні рухи, що виконуються без Вашої участі» (вселяються рухи, які виконувалися при проведенні проб на навіюваність).

12. Навіювання загальноотерапевтичної дії: «Під час гіпнозу настає внутрішнє розслаблення. Розслаблюються всі м'язи внутрішніх органів. Ви відчуваєте приємне розслаблення в голові, приємне розслаблення в грудях, приємне розслаблення в черевній порожнині. Це розслаблення виражене все більше і більше. Все більше розслаблюються гладкі м'язи внутрішніх стінок судин. Розслаблюються повністю всі кровоносні судини. Проходять спазми кровоносних судин. Кровоносні судини всього тіла розширюються. Ваше тіло від цього починає тяжчати. Тяжчають руки. Тяжчають ноги. Відчуваєте, як ваше тіло стає важким. З'являється відчуття, що Ваше тіло важке і масивне. Це корисна зміна. З'являється приємна важкість в голові. Це також корисне відчуття. Розширюються кровоносні судини голови. Розширюються кровоносні судини головного мозку. Від розширення кровоносних судин знижується підвищений артеріальний тиск. Артеріальний тиск знижується до нормального для Вашого організму рівня. Тяжкість у всьому організмі зростає. Голова все глибше йде в подушку. Ноги важкі, стопудові. Серце працює спокійно, ритмічно. Ви відчуваєте себе спокійно. Ви входите в глибший гіпнотичний стан. Ви починаєте відчувати приємне тепло в області серця. Ви відчуваєте, як серце прогрівається теплом. Розширюються кровоносні судини серцевого м'яза. Поліпшується кровопостачання серцевого м'яза. Зміцнюється серцевий м'яз. Серце працює спокійно. Кожне м'язове волокно серця отримує все більше і більше кисню і поживних речовин. Тепло в області серця, розширення коронарних судин має виключно сприятливу дію. Це підвищує силу, витривалість, працездатність серця, надає хорошу профілактичну дію. Ви починаєте відчувати, як у всьому тілі, разом з важкістю, з'являється відчуття тепла. Руки теплі і важкі, ноги теплі і важкі. Все ваше тіло тепле і важке. Зараз кожна клітинка Вашого тіла стає здоровішою. Кожна клітинка Вашого тіла накопичує зараз запас енергії. Поліпшення стану кожної клітинки призводить ніби до оновлення Вашого організму...».

13. Сугестія відчуття комфорту: «Зараз Ви відчуваєте себе добре. Ви спокійні. Ваше дихання вільне, спокійне, автоматичне. Ритмічність Вашого

дихання зараз здійснюється автоматично. Під впливом гіпнозу автоматична регуляція дихання стає досконалішою. Ваше серце також працює спокійно, ритмічно, автоматично. Під впливом гіпнозу досконалішою стає автоматична регуляція артеріального тиску. З кожним сеансом гіпнозу автоматична регуляція артеріального тиску у Вашому організмі стає більш досконалою. Так само поліпшується автоматична регуляція діяльності інших систем: травної, сечовидільної, ендокринної. Від цього у Вас виникає відчуття комфорту у всьому тілі. Це відчуття комфорту збережеться у Вас після виходу з сеансу. З кожним сеансом відчуття комфорту в тілі відчуватиметься Вами все більш явно. Це відчуття комфорту викликане тим, що під впливом гіпнозу всі системи Вашого організму, всі органи і навіть кожна клітинка функціонують оптимально. Саморегуляція діяльності Вашого організму стає досконалою. Всі реакції приходять в норму».

14. Закріплення спокою: «Ви відчуваєте себе зараз абсолютно спокійно. Заспокоїлася нервова система, серцево-судинна, дихальна, травна і інші системи. Цей спокій закріплюється у Вашому організмі. З кожним сеансом спокій буде все більш і більш вираженим. Спокій закріплюється у Вашому організмі. З кожним сеансом спокій буде все більш і більш вираженим. Спокій закріплюється у Вашій нервовій системі. Ви спокійніше реагуєте на те, що раніше Вас хвилювало. Спокій стає непохитним. Спокій стає основною рисою Вашої вдачі. Всі навчання закріплюються у Вашій нервовій системі».

15. Лікувальні навчання. Вони будуються з урахуванням особливостей особистості реабілітанта, специфіки симптоматики, характеру перебігу захворювання. Формули сугестій повинні бути короткими, конкретними.

16. Пролонгація лікувальної дії гіпнозу: «Під впливом моїх навчань у Вашому організмі відбулися цілющі зміни. З кожним сеансом лікувальний результат гіпнозу зростає. Лікувальний результат гіпнозу наростатиме...». Дегіпнотизація: «Ви добре відпочили... Оздоровився весь Ваш організм... Ви відчуваєте повне внутрішнє заспокоєння... Вам легко і приємно... Коли Ви прийдете на наступне заняття, і я запропоную вам закрити очі, Ви відразу ж

відчуєте важкість повік... Ваші м'язи розслабляться, сторонні звуки зникнуть. Ви чутиме тільки мій голос... З кожним заняттям стан відпочинку, спокою і лікувального сну поглиблюватиметься. З кожним днем Ваше самопочуття поліпшуватиметься все більше і більше. Зараз Ви починаєте виходити з гіпнотичного стану. Проходить важкість у Вашому тілі. З'являється приємна легкість, бадьорість. Голова стає свіжішою і легшою. Руки стали легкими. Ноги легкі. Все Ваше тіло легке. Спокій залишається. Залишається відчуття приємного тепла в області серця. У всьому тілі відчуття комфорту. Ви виходите з гіпнозу, відчуваєте себе такими, що відпочили, спокійними, здоровими. У Вас гарний настрій. Вам приємно. Виходите з гіпнозу. Я починаю рахувати. З рахунком «три» Ви вільно, спокійно розплющите очі і почуватиметесь добре. Сьогодні увечері Ви швидко заснете, і вночі спатимете міцним і глибоким сном. Рахую: «один» – Ви виходите з гіпнозу. Ви спокійні. «Два» – Ви добре відпочили. «Три» – Ваші очі вільно розплющуються. Вам приємно, добре. Голова свіжа, легка. Відчуття таке, ніби Ви декілька годин знаходилися в стані глибокого міцного сну».

ДОДАТОК Е

Вправи на релаксацію та самоусвідомлення

Вправа «Гра з піском». Учасники уявляють, що вони набирають у руки пісок (вдихають повітря). Міцно стискають пальці в кулак і утримують пісок руками (затримують дихання). Висипають пісок, повільно розтискуючи пальці (видихають повітря).

Вправа «Море». Учасники сидять в колі. Звучить спокійна музика. Ведучий: «Зараз ми поїдемо відпочивати на море. Сядьте зручніше і заплющити очі. Ви знаходитися на пляжі. Яскраве сонечко своїм лагідним промінням торкається ваших ніг, нижньої частини тулуба, грудей, спини, плеч, шиї, обличчя, голови. Вам приємно слухати шум моря. Ваше тіло наповнюється силою і ви хочете продовжити працювати в групі. Посміхніться і відкрийте очі».

Вправа «Повітряна кулька». Уявіть собі, що у ваших грудях знаходиться повітряна кулька. Вдихніть через ніс і повністю заповніть легені повітрям. Видихніть його ротом і відчуйте, як воно виходить з легень. Повторюйте, не поспішаючи. Дихайте та уявляйте, як кулька наповнюється повітрям і стає все більшою та більшою. Повільно видихніть ротом, ніби повітря тихенько виходить з кульки. Зробіть паузу і порахуйте до десяти. Знову вдихніть і наповніть легені повітрям. Затримайте його, порахуйте до 3-х, уявляйте при цьому, що кожна легень — це надута кулька. Видихніть. Відчуйте, як тепле повітря проходить через легені, горло, рот. Повторіть 3 рази, вдихаючи та видихаючи повітря. Зупиніться та відчуйте, що ви сповнені енергії, а все напруження зникло.

Вправа «Веселка». Зручно сядьте, заплющте очі протягом 1-2 хвилини уявляйте легку, чарівну веселку, прекрасну гору барв і себе —у спокійному, приємному, розслабленому стані. Ви відпочиваєте. Вас поступово заповнює почуття спокою, розслаблення... Роздивіться уважно всі кольори веселки. Які кольори ви бачите? Зафіксуйте кожний колір. Відчуйте, як зміна кольорів (червоний, жовтогарячий, жовтий, зелений, голубий синій, фіолетовий) дає

можливість радіти вашим душі та тілу. Відчувши повний спокій і задоволення, зафіксуйте цей стан. Рухаючись у зворотному напрямку, на слові «один» розплющте очі (п'ять – чотири – три – два - один).

