

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені А. С. МАКАРЕНКА
НАВЧАЛЬНО–НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії

Заговайло Ольга Олександрівна

**ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ
З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ
ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АРТ–ТЕХНОЛОГІЙ**

Спеціальність: 227 Фізична терапія, ерготерапія

Галузь знань: Охорона здоров'я

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеню магістр

Науковий керівник:

_____ В.А. Литвиненко

к. пед. н., доцент

кафедри здоров'я, фізичної терапії,
реабілітації та ерготерапії

«__» _____ 2020 року

Виконавець:

_____ О.О.Заговайло

Суми – 2020

Зміст

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО–ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ	9
1.1. Сутність поняття посттравматичний стресовий розлад.....	9
1.2. Діагностика посттравматичного стресового розладу.....	13
1.3. Фізична терапія учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом	15
1.4. Арт–технології в системі фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом.....	24
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	30
2.1. Методи дослідження.....	30
2.2. Організація дослідження	32
Висновки до розділу 2	33
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	35
3.1. Структура та зміст програми фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт–технологій	35
3.2. Результати дослідження та їх обговорення.....	37
Висновки до розділу 3	46
ВИСНОВКИ.....	47
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	50
ДОДАТКИ.....	54

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АМН – академія медичних наук

АТО – антитерористична операція

АТ – артеріальний тиск

В. п. – вихідне положення

ЗРВ – загально–розвиваючі вправи

КМУ – Кабінет Міністрів України

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ФТ – фізична терапія

PHQ–9 – Patient Health Questionnaire

ВСТУП

Актуальність теми. Сьогодні актуальним і проблемним питанням у нашій країні є надання реабілітаційної, соціальної, професійної та психологічної підтримки військовослужбовцям, членам їх сімей та вимушеним переселенцям із зони проведення антитерористичної операції (далі АТО). Тому питання збереження і відновлення фізичного і психічного здоров'я учасників АТО, а також попередження розвитку патологій психогенного походження в сучасних умовах стає все більш актуальним. Отже, назріла гостра необхідність пошуку ефективних способів застосування фізичної терапії для військовослужбовців після їх перебування в зонах військових конфліктів, у тому числі в зоні АТО [1, 12, 16].

Як зазначає А.А. Воронков, значна поширеність посттравматичного стресового розладу (далі ПТСР) в результаті екстремальних переживань воєнного часу робить цю проблему актуальною для вчених і практиків в різних областях. На думку Е. М. Коробко, інтерес практичної медицини до науково обґрунтованого використання різних засобів фізичної терапії та позалікарняної терапії для корекції порушеного фізичного і психічного здоров'я цілком зрозумілий [2, 4, 20].

Варто зазначити, що несприятливі соціально–психологічні чинники призвели до значного переважання переважно невротичних розладів в учасників АТО. З допомогою апробації та аналізу літератури педагогічного–психологічного характеру було встановлено, що бійці протягом військової служби та перебування в гарячих точках отримують стрес, який викликає виникнення різних психологічних деструктивних проявів: психологічні травми, посттравматичний стресовий розлад, психічне–нервові напруження, бойову втому, військові неврози, кожна форма прояву має наслідки та симптоми. На особливому місці за труднощами стоїть посттравматичний стресовий розлад, викликаний тривалою загрозою життя в бойовій обстановці. Представлені наукові підходи до обґрунтувань факторів, які чинниками різного роду проблеми у військових за умов перебування в

конфліктних військових ситуаціях і спокійного, повсякденного життя. Були проаналізовані різні типології військовослужбовців, які зазнали стресу в ході бойових дій, за різними критеріями—тяжкості травми, реакції на стресові фактори, деструктивних постстресових змін. Встановлено, що військовослужбовці, які є учасниками військових конфліктів, яким необхідна комплексна фізична терапія, соц. допомога, здатні корегувати свій психоемоційний стан і без допомоги виходити з постстресових випадків. При тому, питання поведінки бійців в місцях антитерористичної операції з психічними розладами практично не вивчені [8, 11].

Отже, поширеність постстресового розладу виявляється у 70% учасників бойових дій. Слід підкреслити, що хронічний характер такого розладу спостерігається у 50% військовослужбовців, звільнених в запас. Але окремі прояви спостерігаються у 45% військовослужбовців, гострі – у 18% військовослужбовців запасу [1, 4, 5, 9].

Таким чином, підсумовуючи все вище сказане, можна відзначити, що основними завданнями реабілітації учасників АТО є: відновлення фізичної і психічної працездатності, емоційно–вольової стійкості; повернення до військово–професійної діяльності, відновлення здоров'я, закріплення позитивного ставлення до продовження службової діяльності; проведення профілактичних заходів з попередження рецидивів психічних розладів, збереження і зміцнення фізичного та психічного здоров'я [16, 18, 19].

Ці дані свідчать про необхідність розробки, наукового обґрунтування та реалізації, впровадження комплексної програми фізичної терапії для учасників АТО з посттравматичним стресовим розладом з використанням арт–технологій.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та розробити комплексну програму фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт–технологій, експериментально перевірити її ефективність.

Завдання дослідження:

1. Систематизувати та узагальнити науково–методичну та спеціальну літературу з обраної теми дослідження.

2. Науково обґрунтувати та розробити комплексну програму фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт–технологій.

3. Перевірити ефективність розробленої комплексної програми фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт–технологій.

Об’єкт дослідження: фізична терапія учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом.

Предмет дослідження: фізична терапія учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт–технологій.

Гіпотеза щодо отриманих результатів: Якщо впровадити комплексну фізичну терапію для лікування посттравмативного стресового розладу в учасників АТО з застосування арт-технологій, то підвищиться адаптація організму до навколишнього середовища, підвищиться опірність нервової системи до стрес-факторів, відбудеться формування протягом усіх етапів реабілітації, стабільного психо-емоційного стану, зменшаться специфічні прояви симптомів посттравмативного стресового розладу.

Методи дослідження:

- вивчення та аналіз науково–методичної літератури;
- вивчення, узагальнення, порівняння та систематизація основних положень щодо фізичної терапії учасників АТО;
- констатувальний та формувальний методи;
- діагностичні методи застосування арт–терапевтичної діяльності з учасниками АТО;
- математична та статистична обробка даних дослідження.

Наукова новизна та теоретична значущість дослідження.

- Науково обґрунтовано та розроблено комплексну програму фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом з використанням арт–технологій;
- уточнено та доповнено специфіку застосування музикотерапії, пісочної терапії, образотворчого мистецтва в реабілітаційній роботі з учасниками АТО з посттравматичним стресовим розладом;
- визначено організаційно–методичні умови застосування арт–технологій для лікування посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом.

Теоретичне значення дослідження полягає теоретичному обґрунтуванні арт–терапії та застосування арт–технологій в системі комплексної програми фізичної терапії для учасників АТО в умовах навчально–наукової лабораторії ІКРАТЕ, яка включала заняття з музикотерапії, пісочної терапії, терапії образотворчим мистецтвом.

Практична значущість роботи полягає у можливості застосування розробленої комплексної програми фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт–технологій – фізичними терапевтами, ерготерапевтами, інструкторами ЛФК, психологами.

Апробація результатів роботи. Основні положення й результати дослідження представлено на ІХ Всеукраїнській заочній науково–практичній конференції з міжнародною участю «Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії (м. Суми, 2020 р.).

Публікації. Результати дослідження висвітлено у статтях: Заговайло О.О., Литвиненко В.А. Арт–технології в системі фізичної терапії учасників АТО / Заговайло О.О., Литвиненко В.А. // Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії: матеріали V Всеукраїнській заочній науково–практичній інтернет–конференції. – Суми 2020 – С. 68–69 ; Заговайло О.О., Литвиненко В.А. Фізична терапія бійців АТО з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт–технологій / Заговайло О.О., Литвиненко В.А. //

VI Всеукраїнській заочній науково–практичній інтернет–конференції «Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії» – Суми 2020 – С.105 .

Організація дослідження. Дослідження проблеми здійснювалося впродовж 2019–2020 н. р. в центрі первинної медико-санітарної допомоги, місто Краматорськ, центр реабілітації бійців АТО, місто Суми та в умовах навчально–наукової лабораторії інноваційних корекційно–розвивальних, арт–технологій та ерготерапії (ІКРАТЕ).

Структура та обсяг магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, додатків, списку використаної літератури. Загальний обсяг роботи становить 54 сторінок. У тексті вміщено 4 рисунка, таблиць 7. Додатки викладено на 16 сторінках. У списку використаної літератури 54 найменування, з них іноземною мовою – 1.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО–ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

1.1. Сутність поняття посттравматичний стресовий розлад

Синдром, уподібнений, що ми зараз називаємо посттравматичним стресовим розладом, спостерігався у солдатів під час війни 1861–1865 рр. у США. Назву мав «серце солдата» через наявність вегетативних симптомів з боку серця. Під час Першої світової війни цей синдром мав назву «шрапнельний шок», або «бойова втома» і передбачалося, що він спостерігався в результаті травм, викликаних розривами снарядів. Потім повідомлялося про посттравматичний стрес у фашиських таборах і у тих, хто вижив після атомного напалу на Японію [21].

Патологічні симптоми були виявлені у цих ситуаціях та корелювалися з тяжкістю стресу – найважчі стреси (наприклад, в концтаборі) викликали появу синдрому більш ніж у 75% постраждалих. Професор Кардинер саме у 1941 році провів одне з перших систематичних досліджень феномена, який отримав назву «хронічний військовий невроз» [21; 47].

Вперше було дано вичерпний опис симптомів: 1) збудливості і дратівливості; 2) неприборканого типу реакції на раптові подразники; 3) фіксації на обставинах травмуючої події; 4) відходу від реальності; 5) схильності до некерованих агресивних реакцій [21; 47].

На кінець 70–х років вже було зібрано велику частку, що свідчить про те, що жертви, не дивлячись на різний характер подій, що викликали психічну травму, мали ряд загальних і повторюваних симптомів психічних розладів. Оскільки ці розлади не відповідали жодній з нозологічних форм в цілому, у 1980 році саме термін «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) був запропонований для позначення відстрочених або тривалих негативних наслідків стресових ситуацій. Сучасне розуміння посттравматичного стресового розладу (ПТСР) остаточно сформоване в 1980–х роках.

Аналіз науково–методичної літератури з обраних питань показав, що поняття «стрес» можна трактувати як стан організму, обумовлений неспецифічною дією будь–яких виражених або тривалих фізичних або психічних стрес–факторів. Отже, стрес передбачає втрату оптимального контролю в системах організму і, як правило, проявляється в різноманітних вегетативних, рухових і психічних функціональних відхиленнях від норми [5, 17].

Стрес, який був набутий під час професійної діяльності, згодом стане фундаментом для формування посттравматичного стресового розладу – «тривожного розладу, що виникає після психологічного стресу, травматичних подій, таких як стихійне лихо, нещасний випадок, війна, насильство, тощо» [4]. Феномен ПТСР іноді трактується як «посттравматичний невроз», або «військовий невроз», та « хронічний військовий невроз»,» Військова втома», «бойове виснаження», тощо. У кожної людини прояви різні, такі як, повторювані переживання уві сні, підвищена пильність і перебільшена реакція переляку, постійно нав'язливі думки і образи, що послаблюють почуття приналежності до навколишнього світу [29].

Слід зазначити, що статистичні дані, вказують на те, що ПТСР розвивається у 25–80% осіб, що постраждали в результаті тих або інших подій.

Дослідники вважають, що механізм створення ПТСР заснований не тільки на фізіологічних, а й на психологічних особливостях постраждалих. Є дані, що такий розлад зустрічається протягом життя у 1–3% всього населення земної кулі, а у 15% можуть виникати деякі його симптоми [22; 28; 58].

Якщо говорити про тривалість проявів ПТСР, то його ознаки можуть спостерігатися від декількох тижнів до 30 років і більше [2, 16].

Стресові синдроми проходять три стадії розвитку: тривожність, опір і виснаження. У розвитку загального адаптаційного синдрому виділяють чотири основних етапи: терміновий (екстрений), перехід термінової адаптації в довготривалу, тривала адаптація і виснаження. Емоційна реакція на стресову ситуацію включає в себе чотири основні фази: фазу впливу, фазу кризи, фазу аналізу і фазу Відродження або реконструкції [10, 19].

Основні форми прояву посттравматичного стресового розладу:

- втрата пам'яті і труднощі з визначенням уваги, постійна підвищена пильність, суїцидальні думки, порушення сну, постійна втома, нездатність зосередитися; по
- неконтрольовані прояви агресії, неадекватна поведінка, розлади ШКТ, головна біль;
- постійне повернення думками в травмуючу подію, сні пов'язані з даною ситуацією;
- цілеспрямоване прагнення до усунення думок про травмуючу ситуацію;
- спостерігається нездатність відтворити в пам'яті події, що супроводжували травматичні ситуації, і втрата інтересу до раніше значущих форм життя (спорт, відпочинок);
- виникає відчуття «укороченого майбутнього» і нездатність співпереживати іншим людям.

При розгляді патогенезу ПТСР особливе значення надається таким сприятливим факторам, як преморбідні риси особистості, її соціальна спрямованість, стать, вік, життєвий досвід, стресостійкість, психічні розлади.

Посилаючись на результати дослідження, проведеного в Інституті неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України, можна виділити наступні основні фактори та умови, що впливають на формування ПТСР. Отже, такі фактори утворюють 7 основних груп:

1. Особливості пережитої екстремальної ситуації: зміст, раптовість, тривалість, інтенсивність, масовий або індивідуальний характер, організація рятувальних робіт, інформованість, наявність «вторинних» психотравмуючих факторів.

2. «Професійні» чинники (для професій підвищеного ризику), а саме:

- ефективність профвідбору;
- рівень професійної підготовки;
- ступінь сформованості готовності до діяльності в екстремальних умовах;

- загальний стаж служби (чим більше стаж, тим вище ймовірність формування ПТСР);
- рівень «стресогенності» професійної діяльності;
- рівень психопрофілактичного забезпечення професійної діяльності (адекватна психопрофілактика є чинником, що знижує ризик ПТСР).

3. Соціально–демографічні фактори: вік, стать, сімейний стан, професійний статус, належність до професій підвищеного ризику.

4. Фактори, пов'язані зі станом здоров'я.

5. Соціальні фактори:

- соціальна підтримка і захист на державному рівні;
- доступність медичної допомоги і реабілітаційних програм;
- соціально–економічний статус постраждалого.

6. Соціально–психологічні фактори: етнокультурні особливості, релігійність, розвиненість і характер мікросоціальних зв'язків, ставлення суспільства до тієї або іншої екстремальної події

7. Індивідуально–психологічні фактори: індивідуальна значущість екстремальної події, емоційні особливості, індивідуально–типологічні особливості, провідні особистісні риси і тенденції, ціннісно–сміслова сфера, стресостійкість, особливості життєвого стилю і стратегії подолання, механізмів психологічного захисту [4].

Вчені схильні вважати, що виникнення ПТСР у кожної окремої людини визначається взаємним впливом перерахованих вище факторів. Фактори 1–2-ї груп мають універсальне позаособистісне значення, а фактори 3–7-ї груп утворюють блок так званої «особистісної уразливості». Розуміння ролі та місця факторів у формуванні та хронізації ПТСР дозволяє зробити лікувально–реабілітаційні програми для постраждалих більш обґрунтованими та ефективними [6; 25; 60].

Якщо охарактеризувати симптоми уникнення, які виражаються в цьому розладі, то його можна інтерпретувати як бажання позбутися від будь–яких думок, переживань і спогадів про травму. Але, як наслідок цього, виникає

почуття віддаленості, відчуженості від інших, що виявляється в прагненні до окремого, ізольованого способу життя [3, 20].

На думку О. С. Чабана, до чинників, які сприяють профілактиці розвитку ПТСР, належать: ранній початок реабілітації; своєчасне і довгострокова соціальна підтримка; відновлення відчуття безпеки у суспільстві; участь у реабілітаційній роботі з особами, які мають подібні травми; відсутність повторної травматизації; уникнення діяльності, яка перериває або порушує хід реабілітації [6, 8, 17].

1.2. Діагностика посттравматичного стресового розладу

Діагноз «посттравматичний стресовий розлад» виставляють на підставі скарг хворого, наявності важкої психологічної травми в недавньому минулому і результатів спеціальних опитувальників.

Діагностичними критеріями ПТСР по МКХ – 10 є загрозна ситуація, здатна викликати жах і відчай у більшості людей; стійкі і яскраві спогади, що виникають як в стані неспанья, так і уві сні і посилюються, якщо пацієнт свідомо або мимоволі пов'язує поточні події з обставинами психологічної травми; спроби уникнути ситуацій, що нагадують про травмуючу подію; підвищена збудливість і часткова втрата спогадів про травмуючу ситуацію.

Тактика одужання визначається індивідуально, з урахуванням особливостей особистості пацієнта, типу ПТСР, рівня соматизації та наявності супутніх розладів (депресія, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, алкоголізм, наркоманія).

При діагностиці ПТСР використовують психодіагностичні шкали і тести: структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю, Місісіпська шкала ПТСР і шкала для самооцінки ПТСР, клінічна діагностична шкала, опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), тест Люшера, тест Бека та інші. Діагностика ПТСР починається зі встановлення анамнезу з фактом стресової ситуації. Надалі проводяться психодіагностичні та клініко-психопатологічні дослідження.

З точки зору Попова В. при проведенні диференціальної діагностики слід пам'ятати, що у хворих поряд з клінічною картиною ПТСР найчастіше проявляються розлади, пов'язані з іншими психічними розладами. У таких випадках можна говорити про супутню (коморбідної) патології [42]. Особливо часто зустрічається поєднання ПТСР з депресією і різними формами хімічної залежності. ПТСР також може бути пов'язано з панікою, obsесивно–компульсивними, тривожно–фобічними розладами, суїцидальною поведінкою та іншими. Ці обставини слід враховувати не тільки при постановці діагнозу і проведенні диференціальної діагностики, але і при призначенні медикаментозного лікування і засобів фізичної реабілітації [51].

У першу чергу диференційна діагностика здійснюється між ПТСР та гострою реакцією на стрес і розладами адаптації. Розмежування між ними проводять на підставі особливостей клінічної картини, а також часу виникнення і тривалості розладів, що спостерігаються [37].

Значні труднощі викликає диференціальна діагностика депресивного розладу і ПТСР. Це пов'язано з тим, що дуже часто депресивні симптоми, поряд з іншими симптомами, складають значну частину клінічної картини останніх. У тих випадках, коли клінічна картина спостережуваних розладів відповідає критеріям діагностики депресивного епізоду (за МКХ–10), тобто є супутня патологія, слід поставити два діагнози.

У випадку, коли в клінічній картині хворих ПТСР провідними є симптоми фобічного уникання, від простих фобій допомагає їх відрізнити характер первинного подразника (екстремальна подія) і наявність інших порушень властивих ПТСР [27].

У тих випадках, коли екстремальна подія є джерелом не тільки психотравми, а й фізичної травми (особливо черепно–мозкової травми), необхідно враховувати аспект коморбідності [10]. Виявлення наступних порушень в клінічній картині: виражена неврологічна симптоматика, головні болі і запаморочення, органічні галюцинації, сенсорні зміни, симптоми емоційної лабільності. Органічні зміни особистості, а також порушення пам'яті

та уваги можуть діагностувати органічну патологію. Якщо перераховані вище розлади поєднуються з симптомами ПТСР, то слід поставити два діагнози [27].

1.3. Фізична терапія учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом

Медико–психологічна допомога передбачає мобілізацію психологічних можливостей учасників АТО у подоланні наслідків травм, каліцтв, інвалідності та знеболюванні [11, 19].

Професійно–психологічна терапія спрямована на швидке відновлення професійно важливих якостей поранених, психотравмованих військовослужбовців та інвалідів бойових дій; їх професійну переорієнтацію і перепідготовку, працевлаштування та професійну адаптацію; зняття втоми і відновлення фізичної працездатності [9, 10].

Так, успішне функціонування системи психосоціальної допомоги передбачає створення не тільки науково обґрунтованої концепції розвитку соціального обслуговування та взаємодії з учасниками АТО, а й здійснення громадського контролю за її реалізацією на основі вимог чинного законодавства [1, 12].

До основних принципів терапії ПТСР для комбатантів відносяться: принцип нормалізації; принцип партнерства і підвищення гідності особистості; індивідуальний підхід.

Як зазначає М. М. Матяш, в сучасній реабілітаційній практиці особлива увага приділяється тому, що нормальна людина стикається з ненормальним випадком. Такий підхід суперечить переконанню, що ПТСР є продуктом особистісної невдачі і патологічних, невротичних механізмів [16, 17].

Крім того, міждисциплінарний підхід до лікування ПТСР залишається важливим. На думку І. Г. Малкіна, всі методи, що застосовуються для корекції ПТСР, умовно діляться на чотири категорії: перша – навчання (освітній процес дозволяє налагодити двосторонній обмін); друга категорія методів пов'язана з цілісним ставленням до здоров'я; третя категорія включає методи, що

підвищують соціальну підтримку і соціальну інтеграцію; остання, четверта, категорія включає власне корекцію психічного стану. Це робота з реакцією втрати, фобічними реакціями, яка включає в себе роботу з супутніми травматичними образами, бесіди про травматичні переживання, рольові ігри та багато інших видів психотерапії [15; 38; 62].

Отже, існує гостра необхідність пошуку ефективних способів фізіотерапевтичної та психологічної допомоги військовослужбовцям після перебування в зонах військових конфліктів, у тому числі в зоні АТО [5, 12].

Психологічна терапія, на думку психологів А. Н. Глушко, Б. В. Овчіннікова, Л. А. Янишева, повинна включати чотири ключові етапи:

1. Діагностичний етап – вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем, ступеня впливу цих проблем на їх психічне здоров'я і життєдіяльність.

2. Психологічний етап – передбачає цілеспрямоване використання конкретних методів впливу на психіку реабілітованих військовослужбовців.

3. Реадаптаційний етап – здійснюється, переважно, при проведенні специфічної реабілітації.

4. Етап супроводу – включає спостереження за учасниками АТО, їх консультування та, в разі потреби, надання їм додаткової психологічної допомоги після етапу психологічної реабілітації [11, 17].

О. І. Малащенко, П. К. Розумний, Г. М. Румянцева наполягають, що відновлення психічного здоров'я військовослужбовців після повернення з АТО, потрібно здійснювати комплексними методами, які включають медикаментозне лікування, засоби фізичної терапії, психологічну допомогу [12, 16, 18].

Засоби фізичної терапії для лікування посттравматичного стресового розладу в реабілітаційних закладах та лікувальних установах включають: лікувальний масаж, лікувальну фізичну культуру тощо. Заспокійливий масаж – це метод профілактики та лікування, що представляє собою сукупність прийомів механічного дозованого впливу на будь-які зони поверхні тіла людини, що виконується руками масажиста. Завданням масажу є

розвантаження нервової системи, покращання настрою і самопочуття хворого, підвищення або зменшення процесів збудження і гальмування в ЦНС [57].

Ароматерапія характеризується високим коефіцієнтом безпеки. Ефірні масла – запашні летючі речовини, що містяться в рослинах (квітах, листі, плодах). Пацієнтам для ліквідації стресових станів рекомендується застосовувати ефірні олії м'яти, лаванди, троянди, мигдалю, меліси, чайного дерева тощо [4].

Кінезіотерапія, використовуючи процес виконання вправ і тренування, сприяє посиленню захисту організму, підвищуючи його опір до несприятливих факторів зовнішнього середовища. Фізичні вправи, які використовуються, мають широкий спектр дії, оскільки вони впливають на всі ланки нервової системи, починаючи від клітин кори головного мозку і закінчуючи периферичним рецептором, а також ендокринними і гуморальними механізмами. Завданням кінезіотерапії є: нормалізація процесів збудження і гальмування в ЦНС та їх динаміки; формування і закріплення психоемоційних реакцій.

Заняття з кінезіотерапії починають із загально розвиваючих (ЗРВ) і дихальних простих вправ, які виконують в повільному темпі, без напруження, з паузами для відпочинку. Тривалість заняття – 10–15 хв. Вона поступово збільшується до 25–30 хв. У подальшому з метою адаптації хворого до фізичного навантаження вводять вправи з дозованим напруженням, невеликими обтяженнями, більш складною координацією [2, 4, 7, 8].

Медико–психологічна реабілітація включає удосконалення психологічних можливостей учасників АТО у подоланні наслідків травм, каліцтв, інвалідності та знеболюванні [38].

Професійно–психологічна реабілітація спрямована на швидке відновлення професійно важливих якостей поранених, психотравмованих військовослужбовців та інвалідів бойових дій; їх професійну переорієнтацію та перепідготовку, працевлаштування та професійну адаптацію; зняття втоми та відновлення фізичної працездатності [22].

Учасникам бойових дій відповідно до статті 12 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» від 22 жовтня 1993 року № 3551–ХІІ (зі змінами та доповненнями) надається понад 20 різних видів пільг, найважливішими з яких є: безкоштовне отримання лікарських засобів за рецептами лікарів, пріоритетне безкоштовне протезування зубів, безкоштовне надання санаторно–курортного лікування; користування при виході на пенсію або зміні місця роботи поліклініками та лікарнями, до яких вони були прикріплені за попереднім місцем роботи; пріоритетна допомога в медичних установах і пріоритетна госпіталізація; виплата допомоги по тимчасовій непрацездатності в розмірі 100% від середньої заробітної плати. [43].

3 листопада 2015 року Верховна Рада України прийняла закон «Про внесення змін до статті 11 Закону України «Про соціально–правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». Згідно з новою редакцією закону, учасники антитерористичної операції, які несли службу і виконували бойові завдання в зоні АТО, повинні пройти медичну та психологічну реабілітацію [38].

Постановою Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 № 221 затверджено порядок використання коштів, передбачених у Державному бюджеті на реалізацію заходів з психологічної реабілітації постраждалих учасників антитерористичної операції. Цим нормативним актом визначено, що кожна реабілітаційна установа надає послуги психологічної реабілітації, які включають, поряд з проведенням індивідуальних і групових зустрічей з досвідченими психологами, спортивно–оздоровчі заходи, зокрема безкоштовне відвідування басейну, спортивного залу, виховні та оздоровчі заходи, в тому числі концерти, вистави і т. д., в залежності від індивідуальних побажань одержувачів послуг, матеріально–технічна база та місце розташування установи, що зумовлено унікальною природною, етнічною та культурною спадщиною певної території [38].

Так, успішне функціонування системи психосоціальної допомоги передбачає створення не тільки науково обґрунтованої концепції розвитку соціального обслуговування та взаємодії з учасниками АТО, а й здійснення громадського контролю за її реалізацією на основі вимог чинного законодавства [54].

Реабілітаційна програма, згідно з дослідженнями М.М. Кабанова, передбачає лікувально–психологічні заходи, спрямовані на попередження розвитку патологічних процесів після ПТСР, що призводять до порушення соціальних зв'язків, професійної та особистісної дезінтеграції, алкоголізму, наркоманії, суїцидам [23; 56]. Повернувшись з війни, солдат опиняється в зовсім іншому світі, де немає вибухів, стрільби, передчасної смерті.

Основні принципи терапії ПТСР для учасників бойових дій включають в себе:

- принцип нормалізації;
- принцип партнерства та підвищення гідності особистості;
- індивідуальний підхід.

Як зазначає М. М. Матяш, в сучасній реабілітаційній практиці особлива увага приділяється тому, що нормальна людина стикається з ненормальним випадком. Такий підхід суперечить старому переконанню, що ПТСР є наслідком особистісної невдачі і розладів нервової системи [34].

Діяльність учасників АТО в бойових умовах характеризується впливом на психіку різних стресових факторів, результатом яких є психологічні травми, психічні розлади і патології, порушення в поведінці і діяльності [6].

Тому питання збереження і відновлення психічного здоров'я військовослужбовців, а також попередження розвитку у них патологій психогенного походження після участі в антитерористичній операції стає все більш актуальним в сучасних умовах і вимагає термінового вирішення. Отже, назріла гостра необхідність пошуку ефективних шляхів психологічної реабілітації військовослужбовців після перебування в зонах військових конфліктів, у тому числі в зоні АТО [7].

Психологічна реабілітація – це спрямовані психологічні дії які допомагають у подоланні негативних наслідків після отриманих психологічних травм бійців, які мобілізують психіку та відновлюють стійке психологічне здоров'я [14].

Відсутність єдиної структури реабілітаційних заходів впливає на долю людей, які зіткнулися з війною. За різними даними, сьогодні в зоні АТО задіяно близько 50 тисяч українських військовослужбовців, а останнім часом зростає кількість бійців які стали інвалідами не тільки фізично, а й психологічно. Держава повинна забезпечити таким людям значне інформаційне поле, соціальну та фінансову підтримку, можливість вибору перепідготовки та професійного навчання з гарантіями зайнятості. Ідеологічна і моральна підтримка бійців, а також етична оцінка їх бойового досвіду в суспільстві дуже важливі [5].

Психологічна допомога учасникам бойових дій включає в себе групові заняття та індивідуальну терапію [20].

Психологічна реабілітація повинна включати 4 ключові етапи:

1. Діагностичний етап – дослідження психологічного характеру проблем, виявленого у бійців та рівень впливу на їх психічне здоров'я та життєдіяльності.

Повноцінна діагностична бесіда також сприяє психологічній підготовці учасників АТО до подальшої участі, при необхідності, в реабілітаційній роботі.

2. Психологічний етап – передбачає цілеспрямоване використання специфічних прийомів впливу на психіку бійців.

3. Стадія реадаптації – здійснюється в основному під час специфічної реабілітації.

4. Етап підтримки – включає в себе спостереження за учасниками АТО, консультування їх і, при необхідності, надання їм додаткової психологічної допомоги після етапу психологічної реабілітації.

Переважаючі принципи психологічної реабілітації є:

1. Ефективність;
2. Послідовність;
3. Можливість варіюватися в залежності від ситуації (гнучкість);
4. Багатокомпонентна робота [33].

При виборі реабілітаційних установ і професійної соціальної допомоги необхідно враховувати ряд факторів, що викликають і стимулюють такі стани. Ці фактори називаються ситуаційними факторами. Вони притаманні

безпосереднім учасникам бойових дій: чітко усвідомлене почуття загрози життю; інтенсивне напруження, пов'язане з умовами бойових дій: стрілянина, вибухи, поранення, загибель товаришів; необхідність вбивати; специфічні фактори бойових обставин: невизначеність, хаос, раптовість.; позбавлення умов життя: поганий сон, харчування, антисанітарія тощо; кліматичні та географічні умови [29].

Поширеність постстресових розладів виявлена у 70% учасників бойових дій. Ці порушення носять хронічний характер у 50% військовослужбовців, звільнених із запасу. Індивідуальні прояви спостерігаються у 45%, гострі – у 18% військовослужбовців запасу [21].

Військово–професійна реабілітація передбачає вживання заходів з відновлення своїх професійних навичок і важливих функцій в більш короткі терміни після травмування психіки військовослужбовців, що забезпечують виконання ними штатних обов'язків [54].

Першочергова реабілітаційна робота повинна проводитися безпосередньо в умовах де знаходиться борець. Військогослужбовці повинні розуміти, що прохання у реабілітації та психологічній допомозі не являються проявом слабкості чи не адекватності особистості, а спроба позбавитися складнощів зі здоров'ям на далі. Їм необхідно подолати комплекс звернення до спеціалізованого фахівця [31].

Також пропонується курс дій для батьків військовослужбовців АТО, треба вселяти бійцям силу і впевненість у своїх діях. Якщо солдат приїжджає додому у відпустку, батьки і друзі повинні звернути увагу бійця на яскраві та позитивні сфери людського життя [36].

Засоби фізичної реабілітації для лікування посттравматичного стресового розладу в реабілітаційних закладах та лікувальних установах включають: масаж (із застосуванням ароматерапії), лікувальну фізичну культуру тощо.

Заспокійливий масаж – це метод профілактики та лікування, що представляє собою сукупність прийомів механічного дозованого впливу на будь–які зони поверхні тіла людини, що виконується руками масажиста. Стан

збудження нервової системи залежно від вихідного функціонального стану, методик масажу, може підвищуватись або знижуватися.

Заспокійливий масаж проводять протягом 15–20 хвилин. Особливістю цього масажу є те, що при виконанні його виключені ударні прийоми.

Завданням масажу є розвантаження нервової системи, покращання настрою і самопочуття хворого, підвищення або зменшення процесів збудження і гальмування в ЦНС.

Ароматерапія характеризується високим коефіцієнтом безпеки. Ефірні масла – запашні летючі речовини, що містяться в рослинах (квітах, листі, плодах). Пацієнтам для ліквідації стресових станів рекомендується застосовувати ефірні олії м'яти, лаванди, троянди, мигдалю, меліси, чайного дерева тощо. Ефірні олії застосовують під час масажу та у вигляді ароматерапевтичних ванн.

Також рекомендують використання наступних аромамасел для приготування ванн:

- Базилік. Усує занепокоєння, депресію. Заспокоїть нерви, зніме м'язову напругу.
 - Бензоїн. Розслабить, заспокоїть.
 - Бергамот. Має седативний ефект. Відмінно зніме нервову напругу. Бергамот антидепресант. Допоможе при хронічних стресах, безсонні.
 - Гвоздика. Ароматерапія із застосуванням ефірного масла гвоздики сприяє розслабленню нервової системи, усуває млявість, апатію, прояснює думки, розслабить м'язи.
 - Герань. Розслабить, заспокоїть, усує тривогу, відновить сили. Вона прибере негативні емоції, подарує почуття впевненості у своїх силах.
 - Грейпфрут. Ефірне масло грейпфрута знімає нервову виснаженість, втому, прибере депресію, поверне радість життя.
 - Жасмин усуває стан пригніченості, знімає психологічні комплекси.
 - Троянда – прекрасний стабілізатор емоцій. Її масло вселяє сили, дарує почуття стабільності, спокою.

- Ромашка прекрасно гасить негативні емоції. Масло рослини зменшує напругу, ромашка допоможе розслабитися. Подарує міцний нічний сон.
- Сандал. Гармонізуючий засіб ароматерапії. Сандалове масло допоможе при стражданнях від емоційної прихильності. Усуне занепокоєння, подарує умиротворення, спокій душі [1].

Науковець Ю. М. Корж наголошує, що всебічний розвиток сучасної медицини знайшов відображення у формуванні кінезіотерапії. Кінезіотерапія покращує процес повного клінічного одужання, проте і функціональній реабілітації хворих, готуючи їх до суспільно корисної діяльності.

Як зазначає О. М. Звіряка, кінезіотерапія використовуючи процес виконання вправ і тренування, сприяє посиленню захисту організму, підвищуючи його опір до несприятливих факторів зовнішнього середовища. Фізичні вправи, які використовуються, мають широкий спектр дії, оскільки вони впливають на всі ланки нервової системи, починаючи від клітин кори головного мозку і закінчуючи периферичним рецептором, а також ендокринними і гуморальними механізмами.

Свідоме виконання хворими фізичних вправ ставить їх в умови активної діяльності. Саме активна участь хворого, єдність прояву його психічних та соматичних функцій є характерною рисою методу кінезіотерапії і відрізняє її від усіх інших методів лікування [41].

Завданням лікувальної гімнастики є: нормалізація процесів збудження і гальмування в ЦНС та їх динаміки; формування і закріплення психоемоційних реакцій.

Заняття з кінезіотерапії починають із загально розвиваючих (ЗРВ) і дихальних простих вправ, які виконують в повільному темпі, без напруження, з паузами для відпочинку. Тривалість заняття – 10–15 хв. Вона поступово збільшується до 25–30 хв. У подальшому з метою адаптації хворого до фізичного навантаження вводять вправи з дозованим напруженням, невеликими обтяженнями, більш складною координацією [41].

Використання вправ у прискореному темпі на початку заняття, що поступово знижуються під кінець заняття, покращують та знімають емоційний тонус. Також для цього використовують вправи на розслаблення і відпочинок з віхідного положення лежачі, сидячі [15].

1.4. Арт–технології в системі фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом

Для учасників АТО з ПТСР є актуальним, саме, комплексне поєднання фізичної терапії та арт–технологій, адже, технології – сукупність методів та інструментів для досягнення бажаного результату; в широкому сенсі застосування наукового знання для вирішення практичних завдань [1, 21].

Арт–технології – способи вирішення завдань або проблем за допомогою мистецтва у фізичній терапії учасників АТО з ПТСР. Через пластичні (малюнок, ліплення, різьблення), динамічні (музика, література) і видовищні (театр, хореографія) види мистецтва, фахівці усувають проблеми і вирішують складні завдання. В основі арт–технологій лежить процес творчості [6, 10, 17].

До арт–технологій відносяться арт–педагогіка (синтез мистецтва і педагогіки: виховання, навчання, розвиток і корекція) і арт–терапія (синтез мистецтва, медицини і психології) [13].

Арт–терапія – це сукупність методів, що використовують прийоми художньої діяльності–малюнок, танець, музику, поезію, театральну гру, читання, риторику–спрямованих на подолання або компенсацію дефекту. Тобто арт–терапія – це спеціалізована форма психотерапії, в основі якої лежить мистецтво, перш за все образотворча і творча діяльність.

Вивчаючи сьогоденні прийоми арт–технологій в об’єднанні колектива військовослужбовців [35], що дана терапія і є пливовий метод у лікувально–корекційній сфері в поєднанні з психотерапією та фізичною реабілітацією.

Ми вважаємо важливим для нашого дослідження той факт, що арт–терапія почала застосовуватися під час Другої світової війни і в

післявоєнний період з військовослужбовцями, які проходили лікування і реабілітацію в США і Великобританії. Вже тоді було помічено, що заняття учасників бойових дій образотворчою діяльністю на базі художніх майстерень (художніх студій) благотворно впливає на їх фізичний та емоційний стан [47].

Слід зазначити, що на сьогоднішній день існує три самостійних напрямки арт-терапії – психотерапевтичне (медичне), педагогічне та соціальне. Всі ці напрямки пов'язані цілеспрямованістю застосування художньої творчості як терапевтичного засобу, відволікаючого людини від негативних, болючих проявів, переживань та стабілізує емоції.

Ми переконані, що використання арт-терапії в процесі реабілітації військовослужбовців, які є учасниками бойових дій, як новітні технології дасть змогу вирішувати ряд проблем, оскільки арт-терапія є багатофункціональною.

Завдання арт-технологій у комплексі фізичної терапії бійців АТО

Діагностична:

- 1) виявлення інформації про бійців, їх психо-емоційний стан, особливості та пріоритети, за допомогою малювання;
- 2) знаходження дефектів та проблем, які підлягають відновленню;
- 3) виявлення психологічного соціально клімату у колективі учасників арт-терапевтичної групи.

Психотерапевтична:

- 1) сформування позитивного мікроклімату групи;
- 2) розвинення емпатичних вмінь;
- 3) організація психологічного, захищеного клімату.

Корекційна:

- 1) редагування станів емоційної деструкції;
- 2) зрощування самооцінки;
- 3) корекція поведінки та її негативних проявів.

Розвивальна:

- 1) розвиненість особистостісних якостей;
- 2) підвищення самооцінки;

3) налагодження комунікації та мінімілізація негативних проявів у спілкуванні.

Відтак, конкретні прийоми терапії захопленістю чи творчістю (арт–технології) виникли з клініко–терапевтичного, лікувально–педагогічного, психоаналітичного вивчення дії творчості та культури на людину і поступово можуть інтегруватися в систему комплексної допомоги учасникам антитерористичної операції з ПТЄР [17].

Слід зазначити, що пісочна терапія є одним з підвидів терапії образотворчим мистецтвом, що здійснює лікувальний вплив на психічний стан людини за допомогою піску, води, дрібних предметів (іграшок) [14].

Можливість поглянути на себе з боку. Власні внутрішні процеси людині важко зрозуміти і усвідомити. Часто ми чуємо: «ви повинні подивитися на себе з боку!»це дійсно корисно. І тут на допомогу приходить пісочниця з мініатюрними фігурками. У контексті пісочної терапії з'являється можливість поглянути на себе, на свій внутрішній світ, з боку, тому що пісочні картини–це відображення нашого внутрішнього стану.

Можливість творчої зміни подій і відносин. Перетворюючи ситуацію в пісочницю, людина отримує досвід самостійного вирішення труднощів як внутрішнього, так і зовнішнього плану. Накопичений досвід самостійних конструктивних змін людина переносить в реальність.

Показ творчих можливостей. В результаті «діалогу» рук з піском і водою відбувається творче самовираження людини, завдяки якому на несвідомо–символічному рівні стає можливим» реагувати « на внутрішнє напруження і шукати шляхи розвитку.

Застосування пісочної терапії у реабілітаційній роботі з учасниками АТО розглядається як невербальний вид терапії, оскільки багаторазове руйнування і відтворення світу пісочної композиції, що лежить в її основі позитивно впливає на створення відчуття безпеки та довіри, сприяє зниженню рівня тривожності тощо. В більшості випадків пісочна терапія викликає в учасників АТО

позитивні емоції, допомагає перебороти депресивні стани, апатію і безініціативність, сформувати більш активну життєву позицію.

Як уже частково зазначалося, музикотерапія як різновид арт–технологій є психологічним методом впливу на почуття, настрої, «провокація» певних емоцій, навіювання певного настрою абстрагує особистість від її переживань, допомагає усунути розлади психіки через лікувальний вплив музики. Звук має величезний вплив на емоційний фон людини [11, 12].

Музичне лікування коригує широкий спектр психічних станів, але при серйозних розладах воно стає допоміжною функцією. На певних етапах терапія взагалі не рекомендується. Пацієнти, які переживають гострі психотичні стани, можуть тільки ускладнити своє становище. Причина: музика змусить їх зануритися в свої образи, фантазії, що погіршить ситуацію. Перш ніж вийти з гострої фази, головна мета пацієнта–встановити зв'язок з реальністю. Коли стабільний стан зафіксовано, то можна приступати до опрацювання емоційної складової.

Сьогодні види музичної терапії діляться на дві школи: Шведську і американську.

Шведська школа музичної терапії підкреслює, що музика впливає на фізичному рівні і здатна досягти навіть найглибших шарів особистості. Терапія застосовується для встановлення контакту, коли людина демонструє близькість чи немає можливості працювати в системі діалогового спілкування. У цьому випадку ви можете працювати з емоціями, які викликає музика. Музика ділиться на заспокійливу і активізуючу [55].

Американська школа фокусується на вивченні того, як певна композиція впливає на психіку людини. В результаті були розроблені каталоги робіт, які допомагають при певних розладах. Теоретична база заснована на теорії психоаналізу. Головна мета музики–відкрити канали для вивільнення накопичених емоцій. Це допомагає в ситуаціях, коли виникають страхи, тривожні думки та інші механізми, що блокують природний хід емоційних

переживань. Згідно з американським підходом, кожен вид захворювання вимагає певного складу, попередньо випробуваного фахівцями [33].

Музика може стати причиною глибоких зрушень в настрої людини, поглядів на світ, відносини, визивати радість та духовний підйом, активізує функції нервової системи, регулює виділення гормонів, що знижує стрес, впливає на серцевий ритм, знижує м'язову напругу.

Для того, щоб музикотерапія була ефективною, її необхідно застосовувати, керуючись певними правилами, що базуються як на психофізіологічних, так і на естетичних та художніх принципах [10, 14].

Терапія образотворчим мистецтвом (заснована, в першу чергу, на застосуванні малювання) – один з найбільш поширених видів арт–технологій, що застосовується при наявності психосоматичних розладів і особистісних порушень: переживання, почуття самотності, підвищеної тривожності, страхів, низької дисгармонічної самооцінки, наявності конфліктних міжособистісних стосунків. Образотворче мистецтво сприяє: а) залучення до зразків високої духовної культури минулого та сучасності; б) моральному розвитку; в) стимулюванню та розвитку творчих здібностей та можливостей пацієнтів. Терапія образотворчим мистецтвом розглядається як проекція особистості людини, як символічне вираження його відношення до світу. Зображувальний простір, матеріал, образ на малюнку є для учасників АТО своєрідним засобом психологічного захисту, який допомагає при складних психотравмуючих ситуаціях.

Застосування терапії образотворчим мистецтвом з учасниками АТО в багатьох випадках виконує психотерапевтичну функцію, допомагає їм впоратися зі своїми психологічними проблемами, відновити емоційну рівновагу або подолати порушення поведінки, які вони можуть мати.

Найважливіший принцип терапії образотворчим мистецтвом – схвалення і прийняття всіх продуктів образотворчої діяльності пацієнта, незалежно від їх змісту, форми і якості [1, 6, 14].

Висновки до розділу 1

Аналіз та систематизація літературних джерел за напрямком дослідження дозволили дійти таких висновків, що посттравматичні стресові розлади займають одне із центральних міст в числі нових прикордонних психічних розладів, спеціально виділених в останнє десятиліття.

Перед соціумом постали питання які пов'язані з поверненням солдат із АТО. Перше питання, повернення в суспільство емоційно, морально, психічно здорового індивіда, без страху за неконтрольовану агресію. Друге питання, як з нестабільною психікою соціалізувати бійців в мирне життя без травмуючого ефекту. Третім є питання в тому, як забезпечити віру бійців в те що, Україна буду взмозі піклуватися про них. Ці питання, а саме на них відповіді пов'язані з завданням психологічної реабілітації бійців АТО.

Таким чином, формування комплексної системи фізичної терапії та реабілітації бійців, які перебувають та перебували в зоні АТО, є невід'ємною. Впровадження системи реабілітації сприятиме відновленню психічного та фізичного здоров'я, здійснювати профілактику постстресових станів і реакцій.

Автори пропонують комплексну реабілітацію для лікування ПТСР. На початку реабілітаційного процесу усі вони спрямовані на відновлення психічного стану, зняття симптомів захворювання, покращення загально самопочуття, після – на профілактику та адаптацію до стресових чинників. Рекомендовані наступні засоби фізичної реабілітації: масаж із застосуванням ароматерапії, а також кінезіотерапія.

Дотримання основних принципів реабілітації учасників АТО, а також ранній початок реабілітації та індивідуально підібрана програма відновлення поступово і послідовно наближають постраждалих до нормального життя.

Отже, питання, що до повернення психічного здоров'я учасників АТО необхідно дослідити на різних рівнях структур: державному, місцевому та на рівні особистісної свідомості, застосовуючи в системі комплексної реабілітації різноманітні засоби арт-терапії, а саме пісочну терапію, музикотерапію, терапію образотворчим мистецтвом.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Нами було застосовано наступні методи дослідження:

- аналіз та узагальнення науково–методичної та спеціальної літератури вітчизняних і закордонних авторів з проблеми відновлення рухливості гомілковостопного суглоба у спортсменів після розтягнення зв'язкового апарату засобами фізичної реабілітації;
- соціальні методи;
- психологічні методи;
- медико–біологічні методи: вимірювання артеріального тиску (АТ), частоти серцевих скорочень (ЧСС)
- математична та статистична обробка даних дослідження для опрацювання отриманих результатів і встановлення якісно–кількісних залежностей між явищами і процесами.

Аналіз науково–методичної літератури. Завданням аналізу було визначення актуальності теми дослідження, порівняння поглядів авторів на основні питання магістерської роботи, визначення основних завдань та напрямків подальшої роботи, зокрема пошук шляхів їх вирішення. Це дало нам змогу ознайомитись з засобами фізичної реабілітації, які доцільно застосовувати при ПТСР та обрати найбільш доступні і ефективні.

Соціологічні методи включали традиційний збір анамнезу хвороби і життя, об'єктивну оцінку загального стану, допоміжні і спеціальні прийоми обстеження досліджуваних. Експеримент був направлений на визначення ефективності комплексної програми, яка включала фізичну терапію та арт–технології, що сприяє відновленню психо–фізичного стану бійців АТО з ПТСР.

Перед проведенням фізичної терапії з кожним учасником АТО в обох групах було проведено бесіду, що дозволило виявити необхідність

комплексного поєднання фізичної терапії та окремих арт–технологій, з'ясувати орієнтовний ступінь наміру пацієнта позбутися даного захворювання. Тестування та анкетування передбачало, що усім пацієнтам основної та групи порівняння було запропоновано заповнити анкети (опитувальник) про стан здоров'я, а також пройти психологічні тести, які проводилися на початку та в кінці експерименту.

Для визначення наявності ПТСР ми керувалися опитувальником для виявлення посттравматичного стресового розладу (див. додаток В) та Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) (див. додаток З).

Також учасники АТО проходили анкетування про стан здоров'я PHQ–9 (Patient Health Questionnaire) – додаток Г; тестування по госпітальній шкалі тривоги і депресії (HADS) (див. додаток Д).

Також проаналізували самопочуття чоловіків, їх настроїв та активність за допомогою тесту диференціальної самооцінки функціонального стану (див. додаток Є). Опитувальник «самопочуття, активність, настроїв» (САН) дозволяє швидко діагностувати загальний функціональний стан, прогнозувати його вплив на який–небудь вид діяльності пацієнта, наприклад, проходження комплексного тестування.

Медико–біологічні методи дослідження передбачали, що для оцінки функціонального стану серцево–судинної системи перед кожним заняттям та по закінченню всім пацієнтам проводилось вимірювання артеріального тиску, ЧСС, загальний огляд та опитування для виявлення клінічних симптомів. Всі дані заносилися в індивідуальний щоденник спостереження, потім оброблялися та систематизувалися.

Артеріальний тиск (далі АТ), є важливим об'єктивним показником функції серцево–судинної системи. Вимірювання артеріального тиску служить незамінним діагностичним методом під час обстеження пацієнтів, дозволяє виявити зрушення, які добре відображають адаптованість організму до фізичних навантажень. При оцінці зрушень АТ враховують зміни

максимального (ступінь збільшення), мінімального (спрямованість) і пульсового тиску. По змінах максимального АТ судять про величину навантаження і реакції на неї серцево–судинної системи. Ці дані особливо важливі в динамічних спостереженнях.

Обробка всіх одержаних даних проводилась за допомогою математичної та статистичної обробки даних дослідження. При обробці отриманих даних, було використано пакети прикладних програм «Microsoft Excel».

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводилося на базі служби охорони здоров'я (медичного пункту невідкладної, амбулаторної, реабілітаційної та психологічної допомоги) Державної прикордонної служби України м. Краматорськ та навчально–наукової лабораторії інноваційних корекційно–розвивальних, арт–технологій та ерготерапії (ІКРАТЕ) кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії ННІФК СумДПУ імені А.С. Макаренка.

На першому етапі (вересень–жовтень 2019 рр.) було проведено аналіз літературних джерел за напрямом досліджень з достатнім рівнем доказовості, що дозволило визначити актуальність теми, завдання та загальну мету дослідження.

На другому етапі (листопад – грудень 2019–2020 рр.) було розроблено та обґрунтовано комплексну програму фізичної терапії із застосуванням арт–технологій для учасників АТО з посттравматичним стресовим розладом; проведено основні дослідження та отримано результати. Серед засобів фізичної терапії ми застосовували наступні: лікувальний масаж, кінезіотерапія; арт–технології (пісочна терапію, музикотерапію, терапію образотворчим мистецтвом).

Третій етап (грудень–лютий 2020 рр.) передбачав визначення ефективності комплексної програми фізичної терапії учасників АТО з ПТСР із застосуванням арт–технологій, аналіз та узагальнення отриманих результатів, оформлення роботи відповідно до встановлених вимог. Було обрано дві

однорідні за клінічними ознаками групи: основна (12 чоловік) та група порівняння (12 чоловік). З ними було проведено бесіду та зібрано анамнез захворювання для з'ясування стадії перебігу та ступеня важкості хвороби.

Експеримент тривав майже 6 місяці (22 тижнів). У дослідженні брали участь 24 чоловіки, які мали ознаки захворювання посттравматичного стресового розладу. Досліджувані групи порівняння на базі служби охорони здоров'я (медичного пункту невідкладної, амбулаторної, реабілітаційної та психологічної допомоги) Державної прикордонної служби України м. Краматорськ проходили медикаментозне лікування та психотерапію.

Чоловіки основної групи на базі навчально–наукової лабораторії інноваційних корекційно–розвивальних, арт–технологій та ерготерапії (ІКРАТЕ) кафедри здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії займалися за розробленою комплексною програмою, що включала фізичну терапію (лікувальний масаж, лікувальну фізичну культуру) та арт–технології (пісочну терапію, терапію образотворчим мистецтвом, музикотерапію). Слід зазначити, що деякі арт–технології ми поєднували із ароматерапією.

Висновки до розділу 2

Для експериментального дослідження було обрано наступні методи: аналіз науково–методичної літератури, соціальні методи, тестування та анкетування тощо. Завданням аналізу було визначення актуальності теми дослідження, порівняння поглядів авторів на основні питання магістерської роботи, визначення основних завдань та напрямків подальшої роботи, зокрема пошук шляхів їх вирішення.

Соціальні прийоми вміщували в себе анамнез захворювання і життя, загальну оцінку стану здоров'я, спеціальні способи та допоміжні обстеження бійців. Важливим було з'ясування особливостей до антитерористичної операції, наявності в анамнезі психічних захворювань, нервових розладів, стресових ситуацій. Спостереження за пацієнтами в ході проведення експерименту дало змогу поточно оцінювати результативність нашої програми, слідкувати за

самопочуттям та загальним станом чоловіків, а також визначити ефективність занять з кінезіотерапії.

Перед проведенням реабілітаційної програми з кожним учасником АТО обох груп було проведено бесіду, що дозволило виявити потребу в реабілітації, та наміри у бійців, щодо позбавитись цього захворювання. Бесіда – метод збору потрібної інформації через вербальне спілкування. Було доведено до відома чоловіків суть і деталі запропонованих засобів реабілітації.

Тестування та анкетування передбачало, що усім учасникам основної та порівняльної групи було запропоновано заповнити анкети (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я, а також пройти психологічні тести, які проводилися на початку експерименту та в кінці експерименту.

Для визначення наявності ПТСР керувалися опитувальником для скринінгу посттравматичного стресового розладу.

РОЗДІЛ 3

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Структура та зміст програми фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт–технологій

З метою забезпечення ефективності реабілітаційного процесу з учасниками АТО необхідно використовувати ті засоби, які характеризувалися б одночасним впливом на фізичний та психічний стан організму, сприяли б підвищенню тонуусу і тренуваності всього організму. Застосування засобів фізичної терапії ґрунтується на урахуванні особливостей перебігу захворювання, протипоказань, рівня фізичного розвитку та наявності супутніх захворювань.

Структура програми фізичної терапії учасників АТО з ПТСР з застосуванням арт–технологій представлена на рис. 3.1.

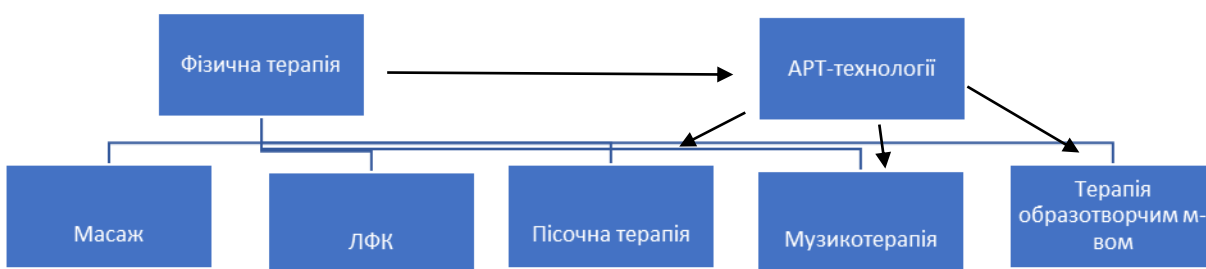


Рис. 3.1. Комплексна програма фізичної терапії учасників АТО з ПТСР

Спеціально розроблений комплекс лікувальної фізичної культури сприяє полегшенню стану при ПТСР, що сприяє подоланню даної хвороби в цілому. Вправи дозволяють усунути спазм і нормалізувати кровопостачання всіх тканин, по–друге, відволікають від переживань і допомагають розслабитися. Адже, при фізичних навантаженнях в організм надходить значно більше кисню,

що є прекрасним заспокійливим для організму пацієнта. Крім того, деякі прийоми кінезіотерапії спрямовані на зміни у роботі мозку, тобто, можуть призводити до появи лише позитивних емоцій.

Заняття з кінезіотерапії у щадному режимі проводилося індивідуальним та малогруповим методом. Тривалість заняття складало 20–30 хв. Ми використовували вправи переважно помірної інтенсивності, з неповною амплітудою рухів. При достатньому покращенні фізичного стану пацієнтів, що займалися на щадному режимі, ми їх переводили на щадно–тренуючий.

Щадно–тренуючий режим передбачав використання вправ помірної та великої інтенсивності. Тривалість занять з кінезіотерапії становила 30–45 хв, щільність заняття 70–75%. При достатній адаптації організму до фізичних навантажень на цьому режимі, через 5–7 днів пацієнтів переводили на тренуючий режим.

У тренуючому режимі ми збільшували тривалість занять з кінезіотерапії у всіх її формах до 50 хв.; підвищували інтенсивність вправ. Комплекс вправ кінезіотерапії в тренуючому режимі при ПТСР (див. дод. Б).

Тривалість загального масажу складала 15–25 хвилин. Зокрема на масаж окремих частин тіла відводилося: шия, спина – 5–8 хв, нижні кінцівки – 4–7 хв, грудна клітка – 3–4 хв, верхні кінцівки – 2–4 хв. Погладжування займало 52% загального часу, поверхневе розтирання – 20%, поверхневе розминання – 25%, вібрація – 3%. Ударні прийоми нами не використовувалися. Погладжуванням починалося і закінчувалося масажування кожної ділянки. Загальний масаж виконували щотижня. Один курс становив 10 сеансів. Завданнями масажу було: посилення крово– і лімфообігу, нормалізація психоемоційного стану, підготовка організму до виконання майбутньої діяльності. При проведенні перших сеансів, прийоми масажу виконувалися менш інтенсивно.

Ароматерапію ми використовували в комплексі з арт–технологіями. Для досягнення седативного ефекту, ми застосовували ефірні олії лимону, троянди, лаванди; проводили пробу на алергічну реакцію.

Музикотерапію ми проводили за методикою, сеанси якої склалися із трьох різних музичних творів. Перший твір співзвучний сумутному настрою, інший – навпаки, протилежний за настроєм і ніби нейтралізував його, і нарешті третій, останній твір мав найбільшу силу емоційного впливу та дозволяв створювати необхідний настрій. Музична програма для лікування ПТСР: фрагмент концерту №2 С. Рахманінова (1 частина) – 10 хв.; арія із сюїти №3 Й. Баха – 10 хв.; фрагмент першої частини концерту №1 П. Чайковського – 10 хв.

Також ми використовували різні музичні форми; пацієнти прослуховували музику, різноманітну за стилями, жанрами, динамічними характеристиками і емоційною насиченістю.

Серед форм проведення терапії образотворчим мистецтвом ми проводили з учасниками АТО нетрадиційні методики малювання, аплікації (оригамі, робота з природнім матеріалом), ліплення, різні види дизайну: аплікаційно-графічний, предметно-декоративний, декоративно-просторовий (див. дод. А).

Терапію образотворчим мистецтвом ми поєднували з пісочною терапією або з музикотерапією та найчастіше проводили індивідуальним або малогруповим методом. Тривалість становила 30 хвилин (див. дод. Ж).

3.2. Результати дослідження та їх обговорення

Перед початком експерименту було проведено анкетування та психологічне тестування учасників антитерористичної операції, зібраний анамнез життя та захворювання, пройдено тест для визначення самопочуття, активності та настрою, оцінено функціональний стан серцево-судинної системи. Результати дослідження вказували на те, що чоловіки основної та груп порівняння, знаходились на момент початку експерименту приблизно в однаковій стадії важкості захворювання.

Під час збору анамнезу з'ясовано, що пацієнти з ПТСР мають нав'язливе відтворення психотравмуючої події в образах та уяві, що повторюється, ефекти раптового пробудження психотравми у просонному стані, труднощі з засинанням, поганий сон чи раннє пробудження, уникнення розмов та дій, що

визивають стимуляцію психотравми, зловживання алкоголем, уникнення соціальних контактів, підвищена дратівливість та агресія, немотивовані спалахи гніву. Соматичні скарги: головний біль, м'язове напруження, стомлюваність, розлади шлунково–кишкового тракту, запаморочення, біль у серці, підвищення артеріального тиску.

Діяльність серцево–судинної системи оцінювали за вимірами ЧСС та артеріального тиску. Показники ЧСС реєстрували у положенні сидячи безпосередньо перед заняттям у залі кінезіотерапії. З таблиці 3.1. бачимо як поступово зменшується ЧСС у спокої основної групи, а у групі порівняння ефект видно лише з 6 тижня заняття. Можна зробити висновок, що пацієнти, які отримували фізичне навантаження, зміцнюють діяльність серцево–судинної системи. Її функціонування можна привести до стану здорової людини. Так, у пацієнтів основної групи протягом реабілітаційного процесу спостерігалось плавне зниження ЧСС від 98 уд./хв. до 74,3 уд./хв., що вказує на ефективний вплив запропонованих комплексів кінезіотерапії. Тоді, як у пацієнтів групи порівняння тривалий час спостерігалася тахікардія, і не вдалося досягнути суттєвої нормалізації ЧСС.

Таблиця 3.1.

Показники ЧСС на різних етапах дослідження

Етап дослідження	Основна група	Порівняльна група	Різниця, %
Вихідний рівень, уд/хв	98±6,0	94,3±5,7	0,14
2 тиждень, уд/хв	94,7±4,8	93±5,5	0,36
4 тиждень, уд/хв	84,4±3,4	90,3±4,6	0,57
6 тиждень, уд/хв	74,3±3,6	89,4±5,2	0,76

На діаграмі (рис. 3.2.) бачимо, що у пацієнтів основної групи ЧСС помітно знижується, тоді як у пацієнтів групи порівняння крива залишається майже не змінною. ЧСС у основній групі зменшилось на 23,7 уд. /хв., а у групи порівняння – лише на 4,9 уд./хв.

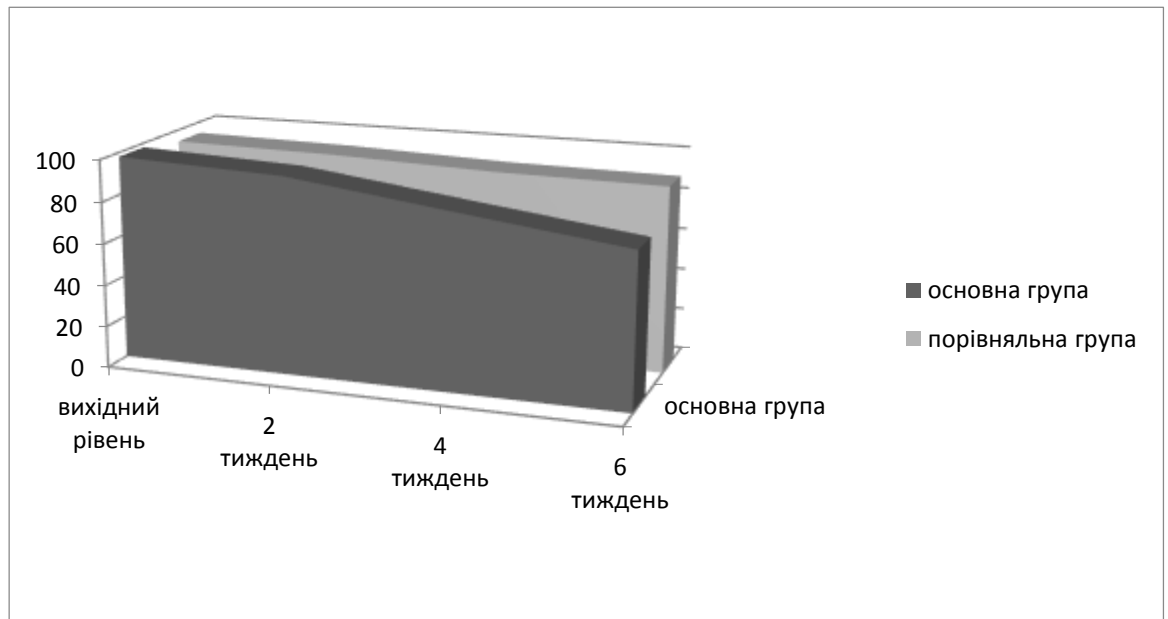


Рис. 3.2. Порівняння результатів ЧСС

Динаміка зміни параметрів артеріального тиску показала, що статистично достовірне розходження між обстежуваними хворими основної та групи порівняння встановлено тільки на 2 та 6 тижні впровадженної комплексної програми фізичної терапії. Відзначено, що після м'язової роботи систолічний тиск підвищується, а діастолічний зменшується або також підвищується.

У пацієнтів, які займалися кінезіотерапією спостерігалось підвищення систолічного тиску після виконання роботи різної потужності, причому, чим більша потужність навантаження, тим вище рівень систолічного тиску. Однак, у стані спокою АТ у пацієнтів основної групи був нижчий ніж у групі порівняння.

Таблиця 3.2.

Показники АТ у стані спокою у пацієнтів з ПТСР

Етап реабілітації	АТ	Групи		Різниця, %
		Основна	Порівняльна	
Вихідний рівень мм.рт.ст.	Max	145,42±7,22	144,58±6,31	0,45
	Min	95±10,83	94,17±8,33	1,25
2 тиждень, мм.рт.ст.	Max	138,75±7,5	142,5±6,25	0,625
	Min	85±7,5	92,08±6,94	0,28
4 тиждень, мм.рт.ст.	Max	127,9±7,43	140±4,16	1,63
	Min	72,08±8,26	87,92±4,79	1,74
6 тиждень, мм.рт.ст.	Max	120,8±3,75	137,08±5,07	0,66
	Min	66,25±4,37	82,08±5,42	0,52

З таблиці видно, що в основній групі показники артеріального тиску поступово починають нормалізуватися від самого початку впровадження комплексної програми фізичної терапії, і по закінченню експерименту становили 120/66 мм.рт.ст., що є нормою для пацієнтів. У групі порівняння систолічний артеріальний тиск на кінець експерименту знизився лише на 7 мм.рт.ст., а діастолічний – на 12 мм.рт.ст., і на 6 тижні становив 137/82 мм.рт.ст., що є нормою, але наближений до гіпертонії.

На діаграмі (рис. 3.3.) спостерігаємо порівняння зниження систолічного та діастолічного артеріального тиску в обох групах. В основній групі яскраво виражено зниження АТ, а у групі порівняння є практично не змінним. Нормалізація або наближення до величини показників норми свідчать про ефективність запропонованої нами комплексної програми.

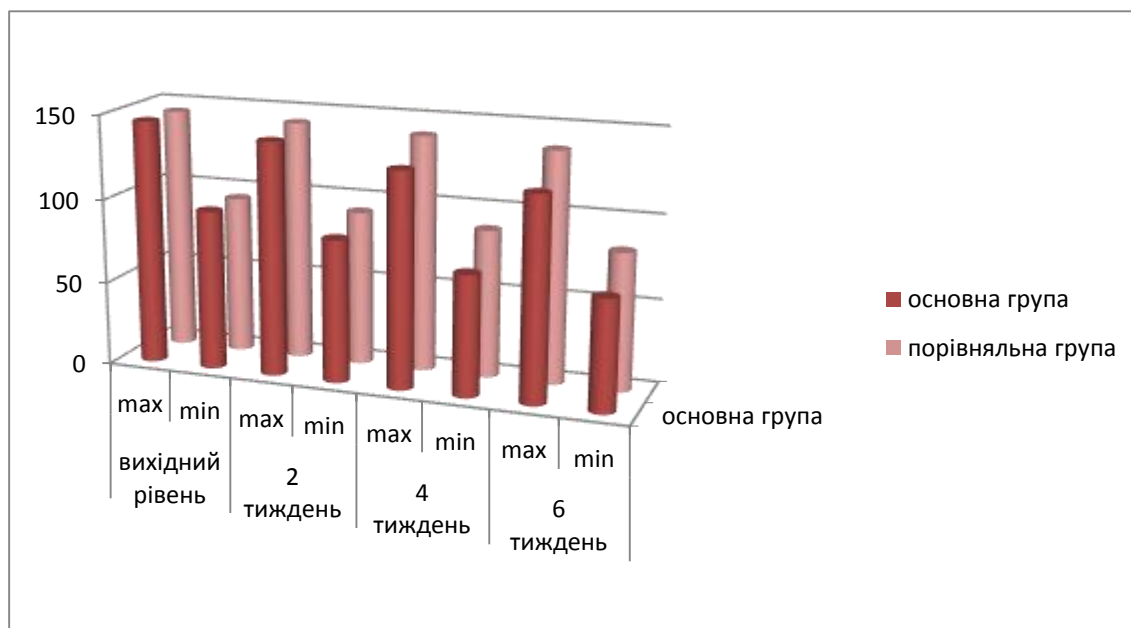


Рис. 3.3. Показники АТ на різних етапах експерименту

При проведенні тесту диференціальної самооцінки функціонального стану у пацієнтів обох груп було відмічено низький рівень показника настрою, у основній групі він становив – 18,48 балів, у групі порівняння – 19,92 бали. Показники самопочуття та активності були дещо вищі, так у групі порівняння показник самопочуття складав 20,52 балів, у основній – 20,16 балів, а показник активності у групі порівняння становив 20,88 бали, в основній групі відповідав 20,64 балам. Відстеження динаміки показників представленого опитувальника дозволив з'ясувати, яким чином стресовий розлад впливає на психічний, фізичний та соціальний статус обстежених, і з урахуванням цих індивідуальних особливостей, ми визначилися з кількістю творчих занять з учасниками АТО. Показники психоемоційного стану військових за опитувальником САН, представлено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Показники психоемоційного стану учасників АТО за опитувальником САН

	На початку дослідження			По закінченню дослідження		
	Основна Група	Порівняльна група	Різниця, %	Основна група	Порівняльна група	Різниця, %
Самопочуття	20,16	20,52	0,015	74,64	58,32	0,68
Активність	20,64	20,88	0,01	81,72	59,64	0,92
Настрій	18,48	19,92	0,06	83,76	60,12	0,98

У процесі дослідження відмічали поліпшення настрою, активності та самопочуття до високих показників, що бачимо на діаграмі (рис. 3.4.), це свідчить про ефективність підбраного комплексу засобів фізичної терапії та арт-технологій. У пацієнтів групи порівняння, також спостерігається поліпшення самопочуття, активності та настрою, проте ці показники є не надто високими.

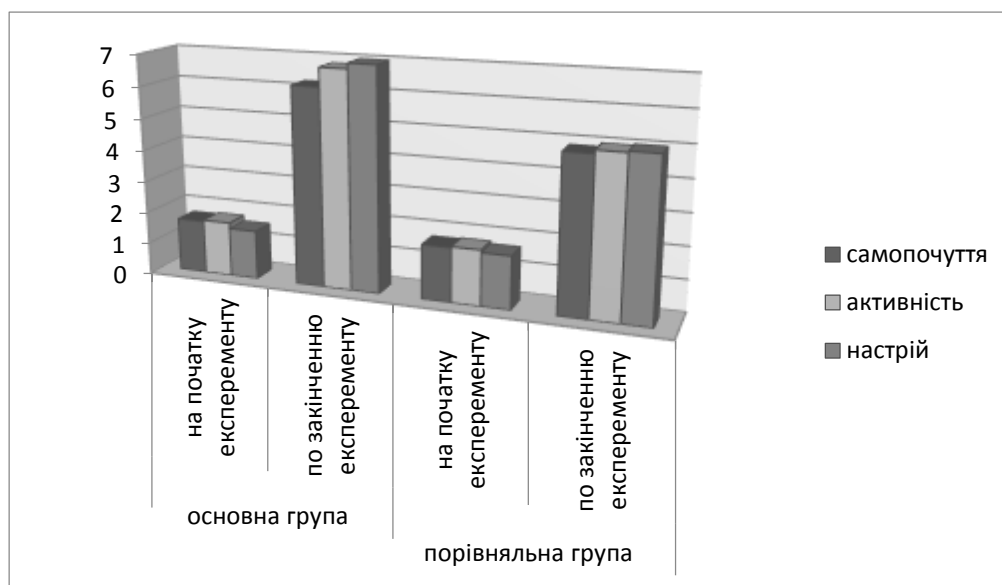


Рис. 3.4. Результати тесту САН

Перед початком дослідження пацієнти обох груп проходили тест-опитувальник для визначення ПТСР, кожен з них мав позитивний

результат. Після проходження комплексної програми фізичної терапії у пацієнтів основної групи наявні залишки ПТСР спостерігалися лише в одного пацієнта, а у групи порівняння наявність ПТСР була у 5 пацієнтів (див. табл. 3.4.).

Таблиця 3.4.

Результати опитувальника для визначення ПТСР

Наявність ПТСР	Основна група		Порівняльна група	
	На початку дослідження	По закінченню дослідження	На початку дослідження	По закінченню дослідження
Наявний	12	1	12	7
Відсутній	–	11	–	5

На початку дослідження з метою визначення ступеня депресії було застосовано опитувальник пацієнта про стан здоров'я PHQ-9. До початку експерименту під час проходження тесту PHQ-9, у пацієнта основної групи спостерігались прояви тяжкої депресії, у 9 пацієнтів, середньої та помірної тяжкості у 3 пацієнтів (див. табл. 3.5.)

По закінченню дослідження 11 пацієнтів позбулися проявів депресії, а у 1 пацієнта тяжка депресія перейшла в легку.

У групі порівняння прояви тяжкої депресії були у 8 пацієнтів, середньої та помірної тяжкості у 4 пацієнтів. Після проходження комплексної програми фізичної терапії із застосуванням арт-технологій відсутність депресії спостерігалася лише у 3 пацієнтів, що вказує на необхідність подовження курсу лікування посттравматичного стресового розладу у таких пацієнтів.

Таблиця 3.5.

**Результати опитувальника пацієнта про стан здоров'я
PHQ-9 (Patient Health Questionnaire)**

Групи	Основна		Порівняльна	
	До дослідження	Після дослідження	До дослідження	Після дослідження
Тяжкість депресії				
Депресія відсутня	–	11	–	3
Легка (субклінічна) депресія	–	1	–	4
Помірної тяжкості депресія	1	–	2	4
Середньої тяжкості депресія	2	–	2	1
Тяжка депресія	9	–	8	–

Для оцінки ступеня тривоги та депресії в учасників АТО використовували госпітальну шкалу HADS. До початку дослідження в обох групах спостерігалися в більшості клінічно виражена депресія та тривога, в декількох чоловіків – субклінічно виражена депресія та тривога.

Проведення повторних тестувань по госпітальній шкалі HADS показало, що в основній групі, пацієнти якої займалися за комплексною програмою фізичної терапії із застосуванням арт-технологій, вдалося досягти позитивного результату, порівняно з іншою групою, які проходили медикаментозне лікування та психотерапію. У пацієнтів основної групи нормальний стан спостерігався у 10 пацієнтів, субклінічно вираженої тривоги та відсутня депресія в 1 пацієнта, та навпаки субклінічно виражена депресія та відсутня тривога також в 1 пацієнта.

У пацієнтів групи порівняння відсутність депресії та тривоги бачимо лише в 5 пацієнтів. Субклінічно виражена тривога та депресія в 5 пацієнтів, в 1

пацієнта відсутність тривоги, але субклінічно виражена депресія, клінічно виражені тривога та депресія – 1 пацієнт. Результати тестування наведені в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6.

**Результати тестування по госпітальній шкалі тривоги і депресії
(HADS)**

Групи	Основна		Порівняння	
	До	Після	До	Після
Показники	До	Після	До	Після
Норма	–	10	–	5
Субклінічно виражена тривога	3	1	2	5
Субклінічно виражена депресія	5	1	6	6
Клінічно виражена тривога	9	–	10	2
Клінічно виражена депресія	7	–	6	1

Для виявлення та діагностики наявності посттравматичного стресового розладу учасникам обох груп було запропоновано пройти психологічний тест за Міссісіпською шкалою (військовий варіант). У таб. 3.7. наведені результати тестування.

Таблиця 3.7.

Результати оцінювання за Міссісіпською шкалою

Групи	Наявність ПТСР		Різниця, %
	До дослідження	Після дослідження	
Основна	119,6±15,1	65,4±9,6	27,1
Порівняльна	109±15,2	78,7±8,91	15,1

Спостерігаємо, що до початку дослідження ПТСР наявний в обох групах. По закінченню дослідження в основній групі ПТСР відсутній (65,4 бали), а у групі порівняння – спостерігаються залишкові явища ПТСР (78,7 балів). Можна зробити висновок, що впровадження комплексної програми, яка включає фізичну терапію та арт–технології сприяє швидкому відновленню психічної діяльності пацієнтів після перенесеного стресового розладу.

Висновки до розділу 3

Для забезпечення успіху процесу реабілітації учасників антитерористичної операції з ПТСР в основній групі було використано наступні засоби фізичної реабілітації: масаж із ароматерапією, кінезіотерапії та арт–терапію (музикотерапію, пісочну терапію, терапію образотворчим мистецтвом). На початку та по закінченню проведення дослідження пацієнти проходили психологічні тести за результатами яких проводили оцінку рівня депресії, тривоги, самопочуття, настрою, активності та наявності посттравматичного стресового розладу. Згідно з результатами тестування пацієнти, що проходили комплексну програму реабілітації із застосуванням арт–терапії згасли наявні раніше у них симптоми ПТСР, а пацієнти, що проходили медикаментозне лікування, масаж та кінезіотерапії, лише частково позбулися симптомів ПТСР.

Розроблена комплексна програма реабілітації позитивно вплинула на ефективність відновлення психічного та фізичного здоров'я учасників АТО, про що свідчать отримані результати методів експерименту. Результати вимірюваних

показників у основній групі переважають над результатами отриманими в групі порівняння.

Бали за опитувальником САН бали були достовірно вищі, ніж порівняльній групі. Так, різниця між показниками двох груп склала: «самопочуття» – 0,68%, «активність» – 0,92%, «настрій» – 0,98%.

Виявлено суттєву різницю за показниками проходження тесту PHQ-9. В основній групі після отриманого лікування 11 чоловіків позбулися депресії, а у 1 чоловіка тяжка депресія перейшла в легку. У групі порівняння відсутність депресії спостерігалася лише у 3 чоловіків, що вказує на тривалість подовження курсу лікування для решти хворих на ПТСР.

Така ж позитивна динаміка спостерігається за психологічною Міссісіпською шкалою (військовий варіант). В основній групі ПТСР відсутній (65,4 бали), а у групі порівняння – спостерігаються залишкові явища ПТСР (78,7).

Таким чином, комплексна програма реабілітації учасників АТО із застосуванням арт-терапії сприяла покращенню стану хворих з ПТСР, а також зменшенню ризику ускладнень психічних захворювань. У військовослужбовців основної групи покращився сон, апетит, зникла агресія, спалахи гніву, вони стали стриманими. Відновилася діяльність серцево-судинної системи, нормалізувалися показники пульсу та артеріального тиску.

Отже, можна сказати, що комплексна програма реабілітації із застосуванням арт-терапії сприяє зменшенню терміну лікування посттравматичного стресового розладу, та краще впливає на психоемоційний стан пацієнтів, її можна призначати з відновлювальною та реабілітаційною метою.

ВИСНОВКИ

У сучасній медицині проблемі психічної травми та розладів, спричинених нею, приділяється достатня увага, що пов'язано на самперед із подіями в нашій країні. При розвитку ПТСР мають місце чисельні фізіологічні та психологічні реакції. Знання стадійності та фазності допомагає у проведенні діагностичних заходів та визначенні тактики допомоги особам, що пережили стресовий вплив.

Розроблена комплексна програма фізичної терапії учасників АТО, яка включала лікувальний масаж, кінезіотерапія та арт-технології в поєднанні з ароматерапією сприяла відновленню їх психічного та фізичного здоров'я.

Результати нашого дослідження дозволяють вважати виділені симптоми найбільш суттєвими у психологічній діагностиці посттравматичних стресових розладів для даного контингенту обстежених, що вказує на ефективність комплексної програми фізичної терапії учасників АТО з ПТСР із застосуванням арт-технологій. Так, в основній групі показники проходження психологічних тестів вказують на те, що симптоми наявні для посттравматичного стресового розладу відсутні, на відміну від групи порівняння, у яких спостерігалися дані симптоми ПТСР.

Розроблена комплексна програма фізичної терапії учасників АТО із застосуванням арт-технологій позитивно вплинула на процес подолання посттравматичного стресового розладу, про що свідчать отримані результати експерименту. Результати вимірюваних показників у основній групі переважають над результатами отриманими в групі порівняння.

Бали за опитувальником САН бали були достовірно вищі, ніж в групі порівняння. Так, різниця між показниками двох груп склала: «самопочуття» – 0,68%, «активність» – 0,92%, «настрій» – 0,98%.

Виявлено суттєву різницю за показниками проходження тесту PHQ-9. В основній групі після впровадження комплексної програми фізичної терапії із застосуванням арт-технологій 9 чоловіків позбулися депресії, а у 1 чоловіка тяжка депресія перейшла в легку. У групі порівняння відсутність депресії

спостерігалася лише у 3 чоловіків, що вказує на тривалість подовження курсу лікування для таких хворих на ПТСР.

Така ж позитивна динаміка спостерігається за психологічною Міссісіпською шкалою (військовий варіант). В основній групі ПТСР відсутній (65,4 бали), а у групі порівняння – спостерігаються залишкові явища ПТСР (78,7). Комплексна програма фізичної терапії із застосуванням арт–технологій сприяла покращенню стану пацієнтів з ПТСР, а також зменшенню ризику ускладнень психічних захворювань.

Таким чином, результати дослідження підтвердили ефективність розробленої комплексної програми фізичної терапії учасників антитерористичної операції з посттравматичним стресовим розладом із застосуванням арт–технологій та доцільність щодо її подальшого застосування в системі комплексної реабілітації таких пацієнтів.

Перспективу подальшого дослідження вбачаємо в пошуку та розробці нових арт–терапевтичних підходів щодо комплексної реабілітації учасників антитерористичної операції з ПТСР.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Буряк О.О. Соціальна адаптація військовослужбовців. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. Харків : ХУПС ім. Івана Кожедуба, 2014. 168 с.
2. Волошин П. В. Посттравматичні стресові розлади: проблеми лікування і профілактика // Міжнародний медичний журнал. 2004. № 1 (10). С. 33–37.
3. Волошин В. М. Типология хронического ПТСР // Журнал неврологии и психиатрии. 2004. № 1 (104). С. 17–25.
4. Воронков А. А. Нелекарственная реабилитация посттравматических стрессовых расстройств // Вестник новых медицинских технологий. 2007. № 2 (14). С. 177–179.
5. Гичун В. С. Аутоагресивна поведінка у військовослужбовців строкової служби з невротичними розладами // Український вісник психоневрології. 2002. № 1 (30). С. 240–241.
6. Глинкин А. А. Психоделическая терапия в системе реабилитации больных с посттравматическими стрессовыми расстройствами // Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении. 2002. № 6. С. 24–27.
7. Гринвальд И. М. Реабилитация больных и инвалидов на промышленных предприятиях. М.: Медицина, 1996. 144 с.
8. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців. – Режим доступу : http://lib.iitta.gov.ua/107163/1/Посібник20НПС_16.pdf.
9. Иванов О.Л. Психологічний супровід медико–соціальної реабілітації інвалідів, які отримали важкі поранення і каліцтва: Матеріали V Всеукраїнській науково–практичній конференції з психотерапії та клінічної психології «Душевне здоров'я людини – духовне здоров'я нації» 24–30 червня 2002. М.: Інст. Психотерапії, 2002. 318 с.
10. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: Науч.–исслед. психоневрол., 1998. 255 с.

11. Кирієнко Л. А. Психологічне забезпечення працівників ОВС та військовослужбовців Національної гвардії – учасників антитерористичної операції. К.: ДНДІ МВС України, 2015. 123 с.

12. Костенко М. А. Психосоціальна робота з учасниками локальних бойових дій: метод. посібн. Харків: Либідь, 2013. 104 с.

13. Литвиненко В. А. Основи артпедагогіки: навчально–методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Суми: СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2015. 146 с.

14. Литвиненко В. А. Основи арт–терапії: навчально–методичний посібник для студентів вищих навчальних закладів. 2–ге видання, перероблене і доповнене. Суми: Сум ДПУ імені А.С.Макаренка, 2016. 140 с

15. Малкина–Пых И. Г. Экстремальные ситуации. М.: Изд–во Эксмо, 2006. 960 с.

16. Матяш М. М. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції // Український медичний часопис. 2014. № 6. С. 124–127.

17. Михайлов Б. В. Психотерапия. Харьков: ОКО, 2002. 767 с.

18. Наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003 «Про затвердження та впровадження медико–технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії».

19. Напрєєнко О. К. Алгоритми психолого–психіатричної допомоги постраждалим при мирних протестах та під час збройних конфліктів: Інформаційний лист в сфері охорони здоров'я. К.: МОЗ, 2014. 9 с.

20. Посттравматичний стресовий розлад. – Режим доступу : http://reff.net.ua/46376–Posttravmaticheskoe_stressovoe_rasstroiystvo.html.

21. Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий (На материале землетрясения в Ленинкане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане) : Автореф. дисс. канд. псих. наук : 19.00.05 / Владимир Евгеньевич Попов. М., 1992. 27 с.

22. Постанова Верховної Ради України Про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про військово–медичну доктрину України» від від 25 листопада 2015 року 827–VIII [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/827-19>

23. Постанова Кабінету Міністрів України 1317 від 3 грудня 2009 р.

24. «Питання медико–соціальної експертизи» [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>

25. Постанова Кабінету Міністрів України 416 від 10 вересня 2014 р. «Деякі питання Державної служби України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції» [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/416-2014-%D0%BF>

26. Потапчук Є. М. Психопрофілактика міжособистісних конфліктів у сім'ях військовослужбовців прикордонних військ: дис. ... канд. психол. наук : 20.02.02 / Потапчук Євген Михайлович. Хмельницький, 1998. 172 с.

27. Правові та соціальні проблеми військовослужбовців і вимушених переселенців [Електронний ресурс] / Міжнародний фонд Відродження.

28. Режим доступу : http://www.if.ua/allevnts/news/pravovi_problemy_vijskovykh/

29. Проблемы военной психологии. Хрестоматия. Минск, 2003. 198 с.

30. Проблемы социальной реабилитации участников войны в Афганистане (1979–1989 гг.): Сб. Рос. акад. наук. М. : Институт социологии, 1995. 139 с.

31. Профілактика відхильної поведінки у військовослужбовців : навч.метод. посіб. / А. М. Романишин, Т. М. Мацевко, О. С. Капінус «та ін.». Львів: НАСВ, 2017. 159 с.

32. Пряжников Н. С. Методы активизации профессионального и личностного самоопределения : учебно–методическое пособие. Москва : МПСИ ; Воронеж : МОДЭК, 2003. 400 с.

33. Психологическая подготовка личного состава подразделений Сухопутных войск к бою. М. : ЦВСППИ, 1993. 189 с.

34. Психологический словарь / авт.–сост. : В. Н. Коропулина,

35. М. Н. Смирнова, Н. О. Гордеева. Ростов н/Д : Феникс, 2004. 640 с.
36. Психологический словарь / В. В. Давыдов и др. М. : Педагогика, 1996. 440 с.
37. Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общ. ред. А. А. Бодалева. М. : Изд-во «Когито-Центр», 2011. 600 с.
38. Психология экстремальных ситуаций. Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. 2-е изд. М.: Психологический ин-т РАО, 2008. 304 с.
39. Психология. Словарь / Под общ. ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М. : Политиздат, 1990. 494 с.
40. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник / О. М.Кокур, Н. А.Агаєв, І.О.Пішко, Н.С.Лозінська, В.В.Остапчук. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
41. Психологічне забезпечення у збройних силах зарубіжних країн : навч. посіб. / кол. авт. К. : НУОУ ім. Івана Черняхівського, 2017. 132 с.
42. В. В. Синявський, О. П. Сергєєнкова / За ред. Н. А. Побірченко. Режим доступу: http://elibrary.kubg.edu.ua/5980/3/O_Serhieienkova_IL.pdf
43. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб, 2001. 752 с.
44. Психотерапия – что это? Современные представления / Под ред. Дж. К. Зейга и В. М. Мьюниона / Пер. с англ. Л. С. Каганова. М. : Независимая фирма Класс, 2000. 432 с.
45. Психотерапия детей и подростков / Под ред. Х. Ремшмидта : Пер. с нем. М. : Мир, 2000. 656 с.
46. Пузииков В. Г. Технология ведения тренинга / В. Г. Пузииков. СПб. : Речь, 2007. 224 с.
47. Пушкарев А. Л. Посттравматическое стрессовое расстройство : диагностика, психофармакотерапия, психотерапия / А. Л. Пушкарев, В. А. Доморацкий, Е. Г. Гордеева. М. : Изд-во Института психотерапии, 2000. 128 с.

48. Радиш Я. Ф., Соколова О. М. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико–методологічні засади (за матеріалами літературних джерел). Економіка та держава. 2012. 3. С. 103–106.

49. Разумцев О. Соціальні аспекти реформування армії: духовний стан українських офіцерів. Національна безпека і оборона. 2000. 2. С. 40

50. Резолюция Российской арт–терапевтической ассоциации (16 мая 2009 г.) // Исцеляющее искусство : Международный журнал арттерапии. 2009. Т. 12. 1. С. 9–11.

51. Робак В. До питання про організацію та проведення експериментального педагогічного дослідження. Гуманітарний вісник: зб. наук. праць. Львів: Льв. держ. фін.–економ. інститут, 2003. С. 85–91.

52. Розвиток стресостійкості як профілактика «професійного згоряння» на державній службі : методичний посібник / Укладачі: С. П. Мальована, І. Г. Родченко. Донецьк : Центр перепідготовки та підвищення кваліфікації працівників органів державної влади, органів місцевого самоврядування, керівників державних підприємств, установ та організацій Донецької обласної державної адміністрації, 2004. 25 с.

54. Joseph S., Linley P.A. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. Journal of Traumatic Stress, 2004. Vol. 17, No. 1, February 2004, pp. 11–21.

ДОДАТКИ

Додаток А

Заняття з терапії образотворчим мистецтвом з учасниками АТО

Завдання: формування психологічної адаптації; усунення, попередження негативних якостей характеру (агресивність, замкненість, впертість); формування почуття ритму; розвиток здібностей до концентрації, уваги.

Хід заняття

1. *«Що я відчуваю»*. Учасники брали інструментарій для образотворчої діяльності (фарби, олівці, фломастери) та малювали на аркуші свій настрій. Для цього використовували будь-який вид зображення (пейзаж, абстракціонізм, погоду). Найчастіше це був пейзаж. Потім уважно розглядали малюнок і намагалися визначити, які емоції він виражає: смуток, радість, спогади, очікування (обговорювали свої внутрішні відчуття). Якщо емоції були, переважно, негативні, то проводили трансформацію малюнка, щоб перетворити його в потрібний настрій. Для цього його можна домалювати, дофарбовувати, прибирати лінії або навіть частини аркуша, обрізати або доповнювати новими елементами.

2. *«Негативчики»*. Для того щоб позбутися внутрішніх переживань (конфліктів, комплексів, страхів і агресії), їх матеріалізували і знищували. Наприклад, ми давали завдання виліпили фігурку з обраного матеріалу та думати про найбільшу проблему, уявляти її образ і переносити його на матеріал. Коли фігурка була готова, висловили їй «в обличчя» все, що накопало всередині. Після такого «душевного» розмови нейтралізували її, переробивши в щось більш позитивне.

3. *«Голчасті фантазії»*. Завдання, в ході якого ми пропонували намалювати кактус на аркуші паперу за допомогою простого олівця. Оцінка малюнка проводилася за наступними параметрами. Положення на аркуші: в центрі – адекватна самооцінка, зосередженість на сьогоденні; внизу – низька самооцінка; вгорі – завищена самооцінка; зліва – зосередженість на минулому,

Продовження додатку А

праворуч – на майбутньому. Розмір: менше 1/3 листа – занижена самооцінка, 2/3 і більше – завищена. Лінії: чіткість – впевненість, штрихування – ознака тривоги, уривчастість – імпульсивність, сильний натиск – напруга, слабкий – пасивність, зневіра. Голки: чим їх більше, тим більше рівень агресивності.

4. «Креативні плями». Учасники брали рідко розведену гуаш і капали нею посередині аркуша. Потім склали папір навпіл і складені частини притискали один до одного, акуратно їх розгладжуючи. Розгорнувши аркуш паперу, учасники бачили симпатичний і симетричний абстрактний малюнок. Потім учасники намагалися описати свої творіння, давши кожному малюнку назву і невелику характеристику.

Додаток Б

Комплекс вправ ЛФК для учасників АТО

Вступна частина.

1. Ходьба звичайна, на носках, з високим підніманням колін. 2–3 хв.
2. В. п. ноги на ширині плечей. 1 – підіймаємо руки вгору, 2 – робимо невеликий нахил вперед, 3 – потім назад напружуючи м'язи. 4 – початкове положення, розслабимо тіло. Дихання спокійне. Повторити 3–4 рази.
3. В.п. основна стійка. Нахил тулуба вперед з напругою преса. Початкове положення, розслабилися. Повторити 4–6 разів.
4. В.п. теж саме. Робимо помаху руками в різні боки, подумки відганяючи всі негативні думки і емоції. Повторити по 30 с. вперед, потім назад.

Основна частина

В.п. сидячи на підлозі:

1. Ноги рівно, руки на колінах, глибокий вдих, затримка дихання, видих, розслабилися. 30 сек. спокійно подихаємо. Вправу повторити 4 рази. При затримці дихання слід напружити м'язи грудної клітки, а потім розслабити їх.
2. Ступні ніг поставимо на підлогу, максимально відірвати п'яти від підлоги, затримаємо на кілька секунд, вихідне положення. Повторити 4–6 разів.
3. Таку ж вправу з пальцями ніг. Повторити 4–6 разів.
4. Ноги витягнути вперед, максимально напружити, потім розслабити. Повторити 4–6 разів.
5. Спину прогніться назад, одночасно зведемо лопатки разом, м'язи напружити. Повторити 5–6 разів.
6. Ступні ніг ставимо на підлогу, вдавлюємо п'яти і напружуємо м'язи стегон, розслабилися. Повторити 3–4 рази.
7. Руки стиснемо в кулаки, потримаємо в напрузі приблизно півхвилини, розслабилися. Повторити 4–6 разів.

продовження додатку Б

8. Пальці рук широко розведемо і потримаємо в напрузі 15 секунд, розслабимо. Повторити 3–4 рази.

9. Плечі підіймаємо максимально вгору, напружуємо і тримаємо по можливості довго, розслабилися. Повторити 4–6 разів.

10. Руки витягнемо попереду себе, напружимо, розслабимо, опустимо. Повторити 4–6 разів.

В.п. лежачи на спині:

11. Руки вздовж тулуба. По черзі з силою вдавлюємо їх в підлогу, потім цю ж процедуру обома руками. Повторити 4–6 разів.

12. Руки вгору, напружили, розслабили, опустили, трохи зігнули в ліктьових суглобах. Повторити 4–6 разів.

13. Ноги максимально витягли вперед. По черзі з силою натиснули на підлогу, потім двома ногами одночасно, розслабилися, дихаємо спокійно одну хвилину.

14. Ноги під прямим кутом підіймаємо вгору, напружуємо, поступово опускаємо, розслабилися. Потім це ж процедуру спочатку лівою ногою, потім правою ногою, потім знову обидві ноги.

15. Руки за голову, підняли тулуб, напружилися, повільно опускаємося назад на спину і розслабляємося. Повторити 4–6 разів.

Заключна частина

Вправи під час ходьби

1. Спокійна ходьба, зупинитися, стати на шкарпетки, напружити стопи, опустили на п'яти, розслабитися, спокійна ходьба. 1 хв.

2. Спокійна ходьби, руки в сторони, напружити, розслабити, опустити. 30 с.

3. В.п. – основна стійка. Почергове потряхування ногами з розслабленням м'язів. Повторити 6–8 разів.

4. В.п. – основна стійка. Руки в сторони – вдих, вихідне положення – видих. Повторити 4–6 разів.

продовження додатку Б

5. В.п. – стоячи. Почергове розслаблення м'язів рук і ніг. Повторити 3–4 рази.

Додаток В

Опитувальник для учасників АТО щодо виявлення посттравматичного стресового розладу

№	Запитання	Варіанти відповіді	
		Так	Ні
1.	Ви уникаєте нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?	Так	Ні
2.	Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	Так	Ні
3.	Ви стали почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?	Так	Ні
4.	Ви втратили здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	Так	Ні
5.	Ви стали думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	Так	Ні
6.	У вас виникли проблеми з засинанням або сном?	Так	Ні
7.	Ви стали більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	Так	Ні

Дата _____

Оцінювання: чотири і більше позитивних відповідей – вказують на ймовірність ПТСР.

Додаток Г

Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

ІІІІ _____		Дата _____			
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (відповідь позначте «\»)	Не турбували	взагалі	декількох днів	половини дня	кожного дня
	Не	Протягом	Більше	Майже	
1. Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3	
2. Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3	
3. Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3	
4. Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3	
5. Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3	
6. Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3	
7. Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3	
8. Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3	
9. Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3	
Сума	загальний бал = _____				

У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов’язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми?	Зовсім не ускладнили
	Дещо ускладнили
	Дуже ускладнили
	Надзвичайно ускладнили

Критерії оцінки результатів PHQ-9 *

Загальний бал	Тяжкість депресії
0–4	Депресія відсутня
5–9	Легка («субклінічна») депресія
10–14	Помірної тяжкості депресія
15–19	Середньої тяжкості депресія
20–27	Тяжка депресія

* Бал ≥ 10 є інформативним в значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83%

Додаток Д

Госпітальна шкала тривоги і депресії

Т Я відчуваю напруженість, мені не по собі

3 О Увесь час

2 О Часто

1 О Час від часу, іноді

0 О Зовсім не відчуваю

Д Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає в мене таке ж відчуття

0 О Це так

1 О Напевно, це так

2 О В дуже малій мірі це так

3 О Це зовсім не так

Т Я відчуваю страх, здається, що ось–ось щось жахливе може статись

3 О Це так, та страх дуже сильний

2 О Да, це так, але страх не дуже сильний

1 О Іноді, але це мене не турбує

0 О Зовсім не відчуваю

Д Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне

0 О Це так

1 О Напевно, це так

2 О В дуже малій мірі це так

3 О Це зовсім не так

Т Метушливі думки крутяться у мене в голові

3 О Постійно

2 О Більшу частину часу

1 О Час від часу і це не так часто

0 О Тільки іноді

Д Я відчуваю бадьорість

3 О Зовсім не відчуваю

2 О Дуже рідко

1 О Іноді

0 О Практично весь час

Т Я можу легко сісти та розслабитись

0 О Це так

1 О Напевно, це так

2 О Зрідка це так

3 О Зовсім не можу

Д Мені здається, що я став робити все дуже повільно

3 О Практично весь час

2 О Часто

1 О Іноді

0 О Зовсім ні

Т Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння

0 О Зовсім не відчуваю

1 О Іноді

2 О Часто

3 О Дуже часто

Д Я не слідкую за своєю зовнішністю

3 О Це так

продовження додатку Д

2 О Я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1 О Мені здається, я став менше приділяти цьому уваги

0 О Я слідкую за собою так, як і раніше

Т Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись

3 О Це так

2 О Напевно, це так

1 О В деякій мірі це так

0 О Зовсім не відчуваю

Д Я вважаю, що мої справи (заняття, хоббі) можуть принести мені відчуття задоволення

0 О Точно так, як і звичайно

1 О Так, але не в тій мірі, як раніше

2 О Значно менше, ніж звичайно

3 О Зовсім так не вважаю

Т У мене буває раптове відчуття паніки

3 О Дуже часто

2 О Досить часто

1 О Не так і часто

0 О Зовсім не буває

Д Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо– чи телепрограми

0 О Часто

1 О Іноді

продовження додатку Д

2 О Зрідка

3 О Дуже рідко

Бали підраховуються окремо по шкалі тривоги (Т) і депресії (Д).
Критеріями оцінки даних за HADS є: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Додаток Є

Тест САН

(Самопочуття. Активність. Настрій)

Дана методика призначена для самоконтролю і самооцінки самопочуття, активності та настрою.

Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлюваність (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу.

Інструкція. Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру, що найбільш точно позначає Ваш стан на даний момент.

Обробка та інтерпретація. При обробці ці цифри перекодовуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід урахувати те, – що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Зразок перекодування наведений у таблиці.

Перекодування	Повний надій	7	6	5	4	3	2	1	Розчарований
Текст САН	Повний надій	3	2	1	0	1	2	3	Розчарований

Ключ.

Питання на самопочуття: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання на активність: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання на настрій: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Додаток Ж

Список репродукцій, що рекомендуються застосовувати для терапії образотворчим мистецтвом з учасниками АТО

Пейзажі

Айвазовський І. («Хвиля», «Чорне море», «Веселка»);

Бакшеєв В. («Блакитна весна»);

Бродський І. («Осіньні листя»);

Васильєв Ф. («Сільський пейзаж», «Перед дощем»);

Куїнджі А.І. («Зима», «На півночі дикій»);

Левітан І. («Весна. Велика вода», «Золота осінь», «Березень»);

Саврасов В. («Граки прилетіли», «Осінь»);

Шишкін І. («Березовий гай», «Зимовий ліс», «Жито»);

Щербаков Б. («Тиша. Озеро Неро»).

Портрети

Маковський К. («Діти, що біжать від грози»);

Матейко Я. («Портрет дітей художника»);

Ракша Ю. («Діти на огорожі»);

Серебрякова З. («За обідом»);

Ткачови С. і А. («Дітвора»).

Казковий і побутовий жанр

Васнецов В. («Оленка», «Іван–царевич на сірому вовку», «Снігурка»);

Врубель М. («Царівна–лебідь»);

Корзухін О. («Дівич–вечір»);

Сидоров В. («Гойдалка»).

Додаток 3

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5». Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці».

продовження додатку 3

1. У минулому в мене було більше близьких друзів, ніж тепер				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	Іноді правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
2. У мене немає почуття провини за все те, що я робив у минулому				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	іноді правильно	частков о правильно	правильно	цілком правильно
3. Якщо хтось виведе мене із терпіння, то, найімовірніше, я не стримаюся (застосую фізичну силу)				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неймовірно	малоймовірн о	частково ймовірно	ймовірн о	крайне ймовірно
4. Якщо стається щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і спричиняє біль				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
5. Люди, які дуже добре мене знають, бояться мене				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжди
6. Я здатний вступати в емоційно близькі відносини з іншими людьми				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжди
7. Мені сняться вночі страхіття про те, що було зі мною реально в минулому				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжди
8. Коли я думаю про деякі речі, що я робив у минулому, мені просто не хочеться жити				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
9. Зовні я виглядаю нечуттєвим				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу покінчити із собою				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
зовсім неправильно	зрідка правильно	частково правильно	правильно	цілком правильно
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся лише тоді, коли треба вставати				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжд и
12. Я постійно задаю собі запитання: чому я ще живий у той час, як інші вже померли				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	мало	іноді	часто	завжд и
13. У деяких ситуаціях я почуваю себе так, ніби повернувся в минуле				
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
ніколи	рідко	іноді	часто	завжд и

продовження додатку 3

Обробка результатів

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Відповідь. Номера тверджень Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35 Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР. За даними В.Ю. Шаніна: ч – добре адаптовані – 76 ± 18 ; – психічні розлади – 86 ± 26 ; – ПТСР – 130 ± 18 .