

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ ЛІНГВІСТИКИ ТА СОЦІАЛЬНИХ КОМУНІКАЦІЙ  
КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ  
Завідувач випускової кафедри  
\_\_\_\_\_ Ельвіра ЛУЗІК  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023р.

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

ЗДОБУВАЧА ОСВІТНЬОГО СТУПЕНЯ «БАКАЛАВР»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

**Тема: «Особливості застосування арттерапії для профілактики ПТСР  
у жінок-переселенців»**

Виконавець: студентка ПП 501-Бз групи Черногод Рада Сергіївна

Керівник: старший викладач Дацун Олена Вікторівна

Нормоконтролер: \_\_\_\_\_ Тамара МИХЕСВА

КИЇВ 2023

НАЦІОНАЛЬНИЙ АВІАЦІЙНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Факультет лінгвістики та соціальних комунікацій  
Кафедра педагогіки та психології професійної освіти  
Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки  
Спеціальність 053 «Психологія»  
ОПП «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ Ельвіра ЛУЗІК  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2023р.

**ЗАВДАННЯ**  
**на виконання кваліфікаційної роботи**

Черногод Ради Сергіївни

1. Тема кваліфікаційної роботи «Особливості застосування арттерапії для профілактики ПТСР у жінок переселенців» затверджена наказом ректора від №2297/ст від 06.12.2022.
2. Термін виконання роботи: з 03 січня 2023 року по 28 лютого 2023 року.
3. Вихідні дані до роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до першого та другого розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків загальним обсягом 63 сторінки, з них обсяг основного тексту 60 сторінки, список використаних джерел нараховує 32 позиції.
4. Зміст пояснювальної записки: Вступ, Розділ 1. Теоретичний аналіз посттравматичного стресового розладу та емоційного стану жінок-переселенок в психологічній науковій літературі; Висновки до першого розділу; Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей переживання ПТСР у жінок переселенок; Висновки до другого розділу; Висновки; Список використаних джерел; Додатки.
5. Перелік обов'язкового графічного (ілюстративного матеріалу): 2 таблиці, 7 малюнків.

## 6. Календарний план-графік

№ з/п	Завдання	Термін виконання	Відмітка про виконання
1.	Опрацювання та реферування літератури з теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження	05.01.2023	
2.	Формулювання теми, мети, завдання дослідження. Написання вступу. Складання попереднього плану роботи. Узгодження з керівником	12.01.2023	
3.	Написання першого розділу. Подання керівникові на перевірку	16.01.2023	
4.	Написання другого розділу. Подання керівникові на перевірку	27.01.2023	
5.	Оформлення роботи. Подання керівникові на перевірку	05.02.2023	
6.	Попередній захист кваліфікаційної роботи	09.02.2023	
7.	Опрацювання зауважень і виправлення недоліків	10-12.02.2023	
8.	Подання остаточного варіанта на кафедру для перевірки на академічну доброчесність	13.02.2023	
9.	Подання кваліфікаційної роботи на рецензування	20.02.2023	
10.	Захист роботи	27-28.02.2023	

7. Дата видачі завдання: «03» січня 2023 р.

Керівник кваліфікаційної роботи \_\_\_\_\_ Олена ДАЦУН

(підпис керівника)

Завдання прийняла до виконання \_\_\_\_\_ Рада ЧЕРНОГОД

(підпис випускника)

## РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка до кваліфікаційної роботи «Особливості застосування арттерапії для профілактики ПТСР у жінок переселенців»: 63 сторінки, 32 використаних джерел та літератури, 2 додатки.

**Об'єктом дослідження** є емоційний стан жінок-переселенців.

**Предмет дослідження:** особливості застосування малюнкових методів арттерапії для профілактики ПТСР у жінок-переселенців.

**Мета** дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та проведенні емпіричного вивчення переживання стресу жінок-переселенців та апробація рекомендацій з профілактики у них розвитку ПСТР методами арт-терапії.

У кваліфікаційній роботі розкрито механізми виникнення ПТСР, емоційних станів та настроїв, та зокрема: особливості перебігу цих процесів у жінок-переселенців. З'ясовано, що одним з найефективнішим засобів у профілактики ПТСР у жінок-переселенців є арттерапія, та складено програму корекції засобами арт-терапії.

Практичне значення даного емпіричного дослідження полягає в тому, що його матеріали можуть бути використані при викладанні навчальних курсів у закладах вищої освіти, таких як: «Арттерапія», «Психологія особистості», «Основи психокорекції», «Соціальна психологія», а також спецкурсів та спецсемінарів. Результати емпіричного дослідження можуть бути застосовані в діяльності практичних психологів, в корекційно-розвивальній діяльності, у роботі з ПТСР з категорією жінок-переселенок. Застосування на практиці запропонованих рекомендацій сприятиме профілактиці розвитку ПТСР зазначеної категорії жінок. ЖІНКИ - ВИМУШЕНІ ПЕРЕСЕЛЕНЦІ, ПСИХОТРАВМУЮЧІ ПОДІЇ, ДЕЗАДАПТАЦІЯ, ДЕЗІНТЕГРАЦІЯ, ПТСР, ТРИВОЖНІСТЬ, ПРОФІЛАКТИКА, КОРЕКЦІЯ, АРТТЕРАПІЯ, МЕТОД МАНДАЛИ.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК- ПЕРЕСЕЛЕНОК В ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ .....	9
1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу в психологічних дослідженнях зарубіжних та вітчизняних дослідників .....	9
1.2. Особливості емоційного стану жінок-переселенців .....	16
1.3. Особливості застосування методів арттерапії при роботі з ПТСР .....	19
Висновки до першого розділу .....	23
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПТСР У ЖІНОК-ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ.....	25
2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик .....	25
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження особливостей переживання стресу серед жінок-переселенців.....	32
2.3. Практичні рекомендації щодо застосування арт-терапії як профілактичного виду терапії розвитку ПТСР у жінок-переселенців.....	46
Висновки до другого розділу .....	54
ВИСНОВКИ .....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ .....	57
ДОДАТКИ .....	60

## ВСТУП

Міністерство освіти і науки України відмічає, що посттравматичний стресовий розлад є таким розладом психічного здоров'я, який має здатність розвиватися після пережитої чи побаченої травматичної події.

Поглиблений теоретичний аналіз наукових праць з вивчення посттравматичного стресового розладу дає змогу стверджувати, що досить великий проміжок часу увага у психологічній науці акцентувалася саме на патологічних змінах особистості, які з нею відбувається (М.Є. Зеленова, О.О. Лазебна, D. King).

Більшістю українських дослідників з 2014 року проводиться вивчення особливостей перебігу ПТСР (Н.А. Агаєв, В.І. Алещенко, В.А. Кожевнікова, М.С. Корольчук, О.М. Кокун, С.Д. Максименко, В.І. Осьодло, І.І. Приходько, В.В. Стасюк, Т.М. Титаренко, Л.Ф. Шестопалова, О. Друзь, Б. Жупан, О. Лашин, В. Савицький, І. Черненко, А. Казмірчук та ін.).

В ході дослідження стресу вченими встановлено, що воєнні посттравматичні стресові розлади мають більшу різноманітність та є більш тривалими за посттравматичні стресові розлади мирного часу через кумульовані (накопичені) в душі, в пам'яті, багаторазово пережиті жахи війни, фізичне і психічне перенапруження, горе втрат, співпереживання з пораненими (В.Г. Василевський, А.Б. Довгополук, Г.О. Растовцев, Т.Б. Дмитрієва, С.В. Литвинцев, Є.В. Снедков, Г.М. Тимченко, О.М. Харитонов).

Відмітимо, що під час стресу відбувається активація амігдали як структури лімбічної системи мозку, яка сигналізує про потенційну загрозу. Так, відмічається, що поєднання екстремальної загрози та безпомічності може сприяти ввімкненню однієї із стрес-реакцій «завмри». На жаль, не завжди ця реакція може бути моментальною та тимчасовою. Подекуди вона затягується на декілька днів, а то й тижнів, так як це залежить від загального психічного стану та сили травматичної події.

В своєму дослідженні ми спиралися на результати закордонних науковців, які стверджують, що психічне реагування під час війни може коливатися від

помірного та тимчасового стресу до важких психічних травм, які негативно впливають не лише на психічне, але й на фізичне здоров'я особистості (Arieh Y. Shalev, Martin Gevonden, Andrew Ratanatharathorn, Eugene Laska, Willem F. van der Mei, Wei Qi, Sarah Lowe, Betty S. Lai, Richard A. Bryant, Douglas Delahanty, Yutaka J. Matsuoka, Miranda Olf, Ulrich Schnyder, Soraya Seedat, Terri A. deRoon-Cassini, Ronald C. Kessler, Koenig L., King D., Laroson V.).

Тож, зазначимо, що актуальність проблематики розвитку ПТСР серед жінок-переселенок є досить нагальною. Так як з початком розгортання повномасштабної війни РФ на території України, масовою вимушеною еміграцією та внутрішнім переміщенням осіб з однієї точки держави в іншу особливої актуальності набуває питання психоемоційного стану саме жінок-переселенок. Актуальність обраної теми також обумовлена тим, що більшість жінок з дітьми виїхали за межі України та перебувають один на один не лише з війною в країні та її наслідками, а й зі своєю власною війною, яка йде всередині. Так, знайти помешкання, роботу, знайти кошти на утримання дітей, перейматися станом родичів, які залишилися в Україні, переживати синдром відкладеного життя, провину вижившої та інші складні стани, відходити від гострої стресової реакції надзвичайно важко, перебуваючи в країні, де відчуваєш себе самотньо і впливає мовний бар'єр на й без того складну адаптацію.

У зв'язку з окресленою проблемою, вивчення особливостей профілактики розвитку ПТСР у жінок-переселенок за допомогою арт-терапії в умовах воєнного часу та викладення структурованого матеріалу за темою вважаємо надзвичайно важливим завданням.

**Об'єктом дослідження** є емоційний стан жінок-переселенок.

**Предмет дослідження:** особливості застосування малюнкових методів арттерапії для профілактики ПТСР у жінок переселенок.

**Мета** дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та проведенні емпіричного вивчення переживання стресу жінок-переселенок та апробація рекомендацій з профілактики у них розвитку ПСТР методами арт-терапії.

Відповідно до поставленої мети нами були сформульовані **завдання:**

1. Здійснити теоретичний аналіз проблематики «посттравматичний стресовий розлад» особистості.

2. Сформувати релевантний темі дослідження психодіагностичний інструментарій для проведення емпіричного дослідження особливостей переживання стресу жінками-переселенками.

3. Провести аналіз та інтерпретацію результатів дослідження.

4. Розробити практичні профілактичні рекомендації щодо запобігання розвитку ПТСР у жінок зазначеної категорії.

У рамках нашого дослідження було застосовано такі **методи дослідження**:

Теоретичні: аналіз та систематизація, класифікація та конкретизація літератури; узагальнення та порівняння теоретичних та експериментальних даних; формування висновків.

Емпіричні: спостереження, експеримент.

Математичні методи: первинна описова статистика (дескриптивна статистика).

**Практичне значення** даного емпіричного дослідження полягає в тому, що його матеріали можуть бути використані при викладанні навчальних курсів у закладах вищої освіти, таких як: «Арттерапія», «Психологія особистості», «Основи психокорекції», «Соціальна психологія», а також спецкурсів та спецсемінарів. Результати емпіричного дослідження можуть бути застосовані в діяльності практичних психологів, в корекційно-розвивальній діяльності, у роботі з ПТСР з категорією жінок-переселенок. Застосування на практиці запропонованих рекомендацій сприятиме профілактиці розвитку ПТСР зазначеної категорії жінок.

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи:** робота складається із вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, та додатків що налічує 26 найменувань, 1 додаток. Основний зміст роботи викладений на 48 сторінках і містить 9 рисунків на 9 сторінках. Загальний обсяг роботи – 53 сторінки.



## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ЖІНОК-ПЕРЕСЕЛЕНОК В ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

### 1.1. Поняття посттравматичного стресового розладу в психологічних дослідженнях зарубіжних та вітчизняних дослідників

Протиріччя між людьми, групами людей та країнами не лише зберігаються десятиліттями, а й погіршуються з кожним роком. Наш час характеризується значним збільшенням катастроф антропогенного характеру та виникненням «гарячих точок» в різних регіонах планети, а, отже, й над екстремальним впливом на психіку особистості, викликаючи у неї травматичний стрес, психологічні наслідки якого проявляються в посттравматичному стресовому розладі. Адже, наслідки масштабних катастроф та переживання екстремальних і кризових умов накладають свій відбиток на особистість і мало хто здатен повернутися до звичного життя без постстресових переживань, які являються не просто спогадами.

Вивченням посттравматичного стресового розладу займалися як зарубіжні, так й українські вчені: С. Васильєв, Д. Зубовський, Д. Романовська, О. Ілащук, О. Корольчук, В. Алещенко, О. Хміляр, О. Буряк, М. Гіневський, П.В. Волошин, Л.О. Кітаєв-Смик, Ю.А. Александровський, В.П. Коханов, В.М. Краснов, В.О. Моляко, О.М. Черепанова, Р. Лазарус – досліджували механізми розвитку, симптоматику, фази та причини розвитку посттравматичного стресового; І.О. Котеньов, О.В. Морозов, В.Ю. Омелянович, Н.В. Тарабріна, О.В. Тімченко, С.І. Яковенко – займалися впровадженням в психологічну практику технології діагностики та подолання стресових розладів, та посттравматичних стресових розладів; І.Г. Малкіна-Пих в своїх працях висвітлювала методи, прийоми та способи психологічної допомоги в кризових ситуаціях; В.А. Доморацький працював над розробкою програми корекції посттравматичного стресового розладу в учасників військових дій; Г. Сельє, чия фундаментальна робота заклала

теоретичні основи поняття про посттравматичний стресовий розлад і загальний адаптаційний синдром; Ф. Шапіро, який займався вивченням психотерапії емоційних травм.

Аналіз історичного розвитку та впровадження поняття «посттравматичний стресовий розлад» дозволяє говорити про те, що лише у 80-х роках М. Горовіц запропонував виділити розлади психіки, пов'язані з війною та іншими ситуаціями, близькими за тяжкістю психогенного впливу, в окремий самостійний синдром, який отримав назву «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР (post-traumatic stress disorder PTSD)) [28].

Е. Крепелін, характеризуючи травматичний невроз, вперше вказав на те, що після тяжких психічних травм залишаються постійні розлади, що посилюються з його плином.

Х. Опенгеймом було введено одну з найбільш відомих назв посттравматичного стресового розладу – травматичний невроз, під яким він розумів причини психічних розладів, які були викликані, як він вважав, органічними порушеннями мозку [30].

Посттравматичний стресовий розлад є психологічним станом, який виникає в наслідок психотравмуючих ситуацій, що виходять за межі звичайного людського сприйняття й фізичної цілісності суб'єкта або інших людей. Вирізняється пролонгованим впливом, має латентний період, і виявляється впродовж терміну від шести місяців до десяти років після перенесення одноразової або повторюваної психологічної травми, спричиненої воєнними діями, важкою фізичною травмою, сексуальним насильством або загрозою смерті [2].

Епідеміологічна оцінка поширення ПТСР, що ґрунтується на результатах психіатричних обстежень потерпілих внаслідок масштабних екстремальних ситуацій (катастроф, війн тощо), засвідчує, що це захворювання може охоплювати від 15 % до 40 % потерпілих [13].

На думку психологів, особи, що страждають на ПТСР стають особливо відкритими і вразливими. Водночас у них спостерігаються зміни в когнітивній сфері – посилення жорстокості, безкомпромісності, ригідності до моральних

орієнтирів суспільства, зниження порогів чутливості до соціальних впливів тощо. Нерідко з'являються й інші клінічні ознаки: нав'язливі спогади (про пережиті події) які виникають без зовнішнього подразника і сприймаються реально; розлади сну; зниження пам'яті та уваги; депресія; неможливість перебувати в соціумі та сім'ї внаслідок нападів агресії; зловживання алкоголем та наркотиками; неспецифічні соматичні скарги (головний біль), суїцидальні думки. У осіб з ПТСР часто виявляються соматичні та психосоматичні розлади, які виявляються у хронічному м'язовому напруженні, підвищеній втомлюваності, виразці шлунку, коліті, болю в ділянці серця, респіраторному синдромі [13].

Посттравматичні стресові розлади за своєю клінічною суттю є реакцією на перенесену надзвичайну ситуацію, яка може викликати стрес у будь-якої людини (наприклад, ситуації представляють безпосередню загрозу для життя, фізичної повноцінності людини або осіб з його оточення, залучення людини або його близьких в катастрофічні ситуації глобального або приватного характеру, такі як, наприклад, війни або дорожні аварії) [25].

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад є психогенним за походженням захворюванням. Ці розлади, що в основному викликаються зовнішніми обставинами, часто спостерігаються в учасників бойових подій: так, вони можуть розвинути у службовця, який вперше був залучений до військових подій, у жертв нападу або звалтування, у тих, хто пережив стихійне лихо (наприклад, пожежа або повінь) [27].

За Міжнародною класифікацією хвороб 10-перегляду, посттравматичний стресовий розлад (F43.1) – розлад, що виникає як відстрочена і/або затяжна реакція на екстремальну (травматичну) подію або ситуацію (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже в будь-якої людини.

Під травматичною ситуацією слід розуміти екстремальні кризові ситуації, що здійснюють негативний вплив та мають такого ж характеру наслідки для людини, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких [23].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це інтенсивна, пролонгована реакція на сильний травматичний стресор, такий, як природні катаклізми (землетруси, повені, пожежі), лиха, викликані людьми (переслідування, терористичні акти, воєнні дії), насильство (розбійний напад, зґвалтування, тортури) [19].

Проте, в науковій психологічній літературі наголошується на тому, що поняттям посттравматичного стресового розладу не можна описувати «хворобу» лише військових, чи тих осіб, що пережили певні бойові дії, теракти або глобальні катастрофи, так як воно значно ширше і включає в себе набагато більше можливих провокуючих ситуацій [21].

Тож, посттравматичний стресовий розлад виникає після проходження латентного періоду тривалістю від декількох тижнів до декількох (зазвичай не більше 6) місяців.

В основі етіології зазначеного розладу лежить важка «екстраординарна» психічна травма, поряд з якою істотне значення в етіопатогенезі посттравматичного стресового розладу відіграють особливості характеру, біологічна схильність, а також вік постраждалих (діти і люди похилого віку мають більш ригідні механізми боротьби з психічною травмою). Однак єдиного погляду на патогенетичні механізми посттравматичного стресового розладу не існує.

Перелік травматичних подій, а також причин, що викликають посттравматичний стресовий розлад не статичний, він постійно розширюється. Тому наразі до основних чинників, що викликають даний розлад відносять: участь в бойових діях, події, що супроводжуються серйозною загрозою життю або фізичною інтеграцією (бандитський напад, зґвалтування, напад терористів, загроза життю близьких), природні чи пов'язані з діяльністю людини катастрофи (землетруси, повені, смерчі, урагани, сходження лавин, пожежі, транспортні аварії) [24; 26].

Клієнт з ПТСР багато разів «знову проживає» психотравмуючу ситуацію, до нього знову і знову повертаються всі ті ж важкі, болісні переживання (так звані «ремінісценції»); часто виникають нав'язливі мимовільні спогади – надзвичайно

яскраві і живі, зокрема ейдетичного характеру (наплив яриких, жахливих сцен того, що відбувалося). Більшість вчених до основних симптомів посттравматичного стресового розладу відносять повторні кошмарні сновидіння чи нав'язливі спогади про пережиті психотравмуючі події у поєднанні з прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилося. При цьому їм властива наявність підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої злості, депресії, емоційних розладів із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом, дратівливості, безсоння, труднощів концентрації уваги, а також неспроможність згадати травмуючі події за своїм бажанням. Зазначена симптоматика доволі часто проявляється в поєднанні з сексуальними розладами, суїцидальними думками, зловживанням алкоголем або наркотиками [17].

Стосовно видів посттравматичного стресового розладу підкреслимо, що їх виділяють три: гострий, симптоми якого виникають протягом 6 місяців після травми, хоча їх тривалість менше цього терміну; хронічний (з тривалістю симптомів понад 6 місяців); відстрочений, коли симптоми виникають через більш 6 місяців після травми.

Систематику основних психопатологічних феноменів можливо побудувати таким чином. Відносно симптоматики даного розладу зазначимо, що вперше її описав А.Е. Кардинер. До основних симптомів він відносив: 1) збудливість і дратівливість; 2) нестримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах травмуючої події, 4) відхід від реальності; 5) схильність до некерованих агресивних реакцій [29].

Хворий знов і знов переживає психотравмуючі обставини у вигляді: – нав'язливих спогадів (наприклад, короткочасне і яскраве повторне переживання перенесеного «flashback», нічні кошмари – «*ravor nocturna*»); – обтяжливих сновидінь; – відчуттів і вчинків, які як би вказують, що психотравмуюча ситуація поновлювалася; – вираженого психологічного дистресу в ситуаціях, які нагадують або асоціюються із психотравмуючою подією; – перезбудження; – емоційного збіднення.

Р.Р. Грінкером та Дж.П. Шпігелем було перераховано симптоми, сукупність яких вони називали поняттям «військовий невроз», від яких страждали так звані «поверненці» – солдати, що побували в полоні. До цих симптомів належали: підвищена стомлюваність, агресія, депресія, ослабленість [27].

До інших проявів цього розладу відносять наполегливе уникнення подразників, які можуть асоціюватися із психотравмуючою ситуацією, і ознаки постійної готовності до надмірного реагування. Ці явища за об'єктивним анамнезом не властиві хворому до перенесеної психічної травми [16; 25].

Залежно від перебігу розладу і вираженості проявів симптоматики розладу виділяються такі стадії:

1. Гостра стадія, яка розвивається в період від 24 годин до 28 днів після інциденту. Часто попередником-передвісником гострого посттравматичного розладу буває гострий стресовий розлад, що переходить безпосередньо в посттравматичний по закінченню місяця. Для такого виду розладу характерна фіксація на пережитому стресі, вегетативні і когнітивні порушення. Симптоматика розладу тут виражена найяскравіше.

2. Хронічна стадія. Симптоматика зберігається, але вираженість того чи іншого симптому знижується. Характерні симптоми хронічного посттравматичного стресового розладу – це несподівані напади спогадів і образів відносно травмуючої ситуації, кошмари або безсоння, порушення уваги, пам'яті (на події, що стосуються обставин, що травмують), зміни емоційної сфери в бік аутизації й агресивних, або самозневажливих (почуття провини, сором ) тенденцій [32].

Поряд зі стадіями-формами посттравматичних стресових розладів існує також класифікація їх типів:

- Тривожний тип, що характеризується підвищеною тривожністю, яка нерідко призводить до виникнення нервово перенапруження та пригніченості. Такому типу властиві кошмари або безсоння, несподівані та невмотивовані напади паніки, задухи і досить часті епізоди флешбеків аж до щоденних, з яскравими і реалістичними образами. Особистостям з даним типом розладу буває вкрай

складно соціально адаптуватися, а також контролювати власні думки, які носять нав'язливий і компульсивний характер і пов'язані з психотравмируючими подіями, що призводить до посилення внутрішньої напруги і тривоги;

- Дисфоричний тип, який характеризується зниженим настроєм, перманентним переживанням невдоволення і досить агресивними тенденціями в емоційній сфері. Люди з таким типом розладу зазвичай виявляють себе як гнівливі, запальні, дратівливі і нестримані. Контактів не шукають – навпаки, їм властиве їх уникнення, замкнутість, прагнення ізоляції;

- Апатичний тип. Його можна охарактеризувати депресивною астеною, виснаженням і підвищеною стомлюваністю. Поряд із загальною млявістю може також спостерігатися зниження когнітивних здібностей, труднощі концентрації уваги, зниження мотивації до діяльності. Настрій знижений, відзначаються песимістичні тенденції, пасивність поведінки і втрата інтересу до життя;

- Соматоформний тип характерний для відстроченого посттравматичного розладу. Його відрізняє, в першу чергу, вираженість соматичних проявів, які найчастіше зосереджені в нервовій, серцево-судинній або травній системі. Почуття тривоги або уникнення всього, що викликає асоціації з травмуючою ситуацією, дратівливість, почуття провини або нав'язливі думки про помсту тут не виражені або зовсім майже повністю відсутні [17].

Тож, підсумовуючи вищевикладене зазначимо, що під посттравматичним стресовим розладом розуміють пролонговану реакцію на вплив травмуючої ситуації, яка мала місце в минулому. До травмуючих ситуацій відносять участь в бойових діях, катастрофи природного, техногенного характеру, чи антропогенного. Основні ж симптоми посттравматичного стресового розладу полягають в нав'язливих переживаннях травмуючої події (ілюзії, марення, нічні кошмари); прагненні уникнути будь-яких подій і переживань, які асоціюються з травмуючими подіями, розвиток відстороненості, відчуженості від реального життя, а також високий і зростаючий рівень емоційного збудження, що виявляється в комплексі гіпертрофованих психофізіологічних реакцій.

## 1.2. Особливості емоційного стану жінок-переселенок

Емоційний стан особистості є темою не новою в науковій психології та виступає предметом вивчення як зарубіжних, так і вітчизняних вчених. Так, відмічається, що емоційні стани – це тривалі переживання, ефект від сильної емоційної реакції. До них відносять збудження, пригнічення (депресія), страх, тривогу. Емоційний стан є мінливим психічним явищем [5].

Доцільно зазначити, що в психології такі поняття як «емоція», «почуття», «афект», «настрій», «переживання» розмежовуються та мають свої особливості [3]. Емоція трактується в якості стану індивіда, що виникає щодо навколишньої ситуації в цілому; афект – емоційна реакція, що сприймається особою як її внутрішній стан щодо навколишньої обстановки (її властивостями є інтенсивність, короткочасність тощо); настрої – зовнішній, загальний емоційний прояв людини, що характеризується інтенсивністю, тривалістю, невизначеністю, неясністю, життєвою тональністю. Під почуттям в науковій літературі розглядається амбівалентне ставлення людини до чогось, когось у конкретний проміжок часу. Переживання ж варто розглядати у якості суб'єктивно-психічної сторони емоційних процесів людини, яка не включає фізіологічні складові. Емоційний стан, що їх дислокує, в такому випадку визначається в якості підґрунтя зазначених проявів особистості [4]. На відміну від емоційних процесів, які важко у психіці диференціювати за часом, емоційні стани це більш стійкі явища [18].

Психологічні особливості вимушеного переселення як кризової життєвої ситуації, коли перед людиною постає завдання подолання надскладних обставин. Вивченням цього суспільного феномену займалися такі вчені, як В.І. Кайгер, Берри Дж., М.А. Южанін, Н.М. Стукаленко, Н.А. Ручкова, Н.М. Лебедева, Г.У. Солдатова, Ф.Б. Березін, В.В. Гриценко та інші [9].

Безумовно, емоційний стан вимушених переселенців обтяжується ще й наявністю внутрішнього конфлікту між відсутністю позитивної мотивації до переїзду і фізичною неможливістю подальшого перебування на історичній батьківщині, труднощі адаптації на новому місці визначають формування вельми



специфічного досвіду вимушених переселенців, який виходить за рамки звичайного і повсякденного.

До того ж накладається ще й зміна соціального оточення, тобто втрата підтримки друзів та знайомих, з якими вони проживали раніше, що призводить до появи почуття самотності. За спостереженнями Г.У. Солдатової, порушення в емоційній сфері вимушених мігрантів різноманітні – від байдужості, пригніченості, втрати інтересу до життя, загальмованості, що переходить в апатію і депресію, до дратівливості, агресивності, неконтрольованих спалахів гніву. Посилюється тривожність, підвищується збудливість, виникають різкі перепади настрою, фобічні реакції [9].

У переважної більшості переселенців зустрічаються серйозні розлади сну: безсоння, труднощі з засинанням, нічні кошмари. Зарубіжні клінічні дані свідчать, що найбільш частою причиною того, що вимушені мігранти стають пацієнтами психіатричних клінік, є депресія. Депресія, в свою чергу, призводить до того, що ця категорія людей виявляється в зоні підвищеного суїцидального ризику.

В праці І.М. Трубавіної відмічається, що жінкам-переселенкам притаманним є відчуття невизначеності – майбутнього і теперішнього стану, психологічні травми внаслідок того, що люди стали свідками руйнувань та насильства, війни, почуття провини, наявність страху втрати своєї ідентичності, почуття жертвовності та віктимності внаслідок компактного проживання, відчуття – ми – біженці, від нас нічого не залежить, безпорадність, низька самооцінка або агресія, тривога за майбутнє, невиплакані горе і біль, очікування поганого, страх перед змінами, відчуття безпорадності і незахищеності або гнів, агресія: «ми все втратили, нам потрібно допомагати», психологічні труднощі проживання в місцях компактного перебування переселенців, розлучення з домашніми тваринами при поселенні, новий досвід проживання в місцях компактного перебування внутрішньо переміщених осіб. Втрата контролю над своїм психологічним станом, виявом емоцій, емоційним насильством чи замкнутість, глибокі переживання [22].

Варто відмітити, що в праці Л.А. Мельник відмічається наступне: внаслідок травматичного досвіду людина переживає стани, які спричиняють нестабільність і

втрату контролю над ситуацією, власним життям: втрата автономності («Я не керую процесом. Мене кудись несе»); утрата суб'єктивності («Це не я приймаю рішення у своєму житті. Хтось зверху вирішує»); порушення ідентичності; розгубленість (на рівні думок не можуть зосередитися і виконувати розумові завдання, до яких звикли); регрес; побоювання відторгнення (що їх будуть ідентифікувати з ворогами); відчуття незахищеності; стан жертви; злість та пошук «зовнішнього ворога» (хтось має за це заплатити); відсутність можливостей прогнозувати майбутнє; сором, низька самооцінка, почуття провини; функціональні симптоми, психосоматичні розлади, зловживання психоактивними речовинами (ПАВ) [20].

О. Семікіна в своєму дослідженні встановила, що незважаючи на заперечення особами, переважна більшість опитуваних характеризується наявністю негативного афекту (43%), а також тривожністю, роздратованістю, неспокоєм, що свідчить про наявність в них нестабільного емоційного стану [31].

В праці В.В. Кердивара ми можемо бачити наступну характеристику емоційних станів жінок-біженок: відмічається прояв емоційної втоми та тривожності, страху та відчуття безвиході [11].

В наукових психологічних дослідженнях дана думка знаходить підтвердження, так як відмічається, що тривога супроводжує переселенця з початку переміщення та навіть після нього, має тривалий характер в його житті. Її підґрунтям є невизначеність та невідомість навколишнього нового середовища, в якому опинились мігранти. Безумовно, вказані переживання значно послаблюють адаптаційні можливості психіки жінок-переселенок, сприяють викривленню сприйняття оточуючої дійсності, які пов'язані з песимістичним забарвленням життєвих подій та подальших перспектив, відчуттям власної неповноцінності, очікуванням неприйняття з боку оточення, підвищеною емоційною вразливістю.

Окрім того доцільним буде відмітити той факт, що ці стани значно ускладнюють засвоєння жінками-переселенками нових норм соціальної взаємодії та гальмують пошук підтримки та допомоги в оточуючих.

Жіночими ж переживаннями також є страхи, викликані пережитими подіями, тривога за невизначене власне майбутнє та майбутнє дітей, вказані переживання компенсуються підвищеним проявом турботи про дітей та членів родини на новому місці проживання; тривожність викликана підвищенням почуття відповідальності за щастя сім'ї, почуттям самотності [22].

Наведемо деякі цитати із інтерв'ю жінок-переселенок, які є у вільному доступі в мережі Інтернет: «Нас ніби вирвали з корінням...», «Неймовірно болить, почуття розпачу та провини не покидає мене вже декілька місяців.», «Коли тільки приїхала, емоційний стан був дуже важким, – розповідає Ірина Терехова. - Не знала, як себе відволікти»; «Розмови, ще раз розмови, особисті драми, трагедії, що заводять в безвихідь ситуації. Майже щодня я слухаю все це, іноді мовчки. І майже завжди – зі сльозами. Чи не атрофувалося нічого за весь час, не відключилася функція співпереживання, не відмерло співчуття. Болить разом із усіма».

Ці репліки підтверджують наявність в українських жінок-біженок важких психоемоційних станів, які вони проживають, вимушено покинувши свої домівки.

### **1.3. Особливості застосування методів арт-терапії при роботі з ПТСР**

ПТСР є крайньою реакцією на сильний стресор, що несе загрозу життю людини та розвивається по проходженню 6-ти місячного терміну після травмуючої події. До того ж, в науковій літературі відмічається, що стресор, який має потужну тривалу дію в часі (перебування в окупації, постійні ситуації обстрілів чи повітряних тривог), сприяє більш швидкому розвитку ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад призводить до суттєвих змін у п'яти сферах життєдіяльності: виробничій, соціальній, особистісній сфері, сферах сім'ї та здоров'я.

До того ж, доцільно відмітити, що основними ознаками, які визначають наявність ПТСР є: флешбеки стосовно небезпечних для життя ситуацій, учасником яких була особистість, трамуючі сновидіння з кошмарами, прагнення уникнути

емоційного навантаження, надмірна втома та дратівливість, а також ряд інших показників.

Як ми бачимо, симптоми досить важкі та потребують комплексного підходу і методів, які будуть допомагати постраждалим розкриватися та відновлюватися.

Ключову роль при психокорекції ПТСР відіграє арт-терапія. Арт-терапія – це метод допомоги, що базується на застосуванні художньої творчості, яка уможливорює встановлення з особистістю більш тісного контакту та отримання доступу до її переживань, окрім того з'являється можливість сублімувати почуття особистості, надати вихід деструктивним тенденціям. Це відбувається завдяки відволіканню від паталогічної інтроспекції і створенню позитивного настрою.

На думку Л. Міллера, арт-терапія є напрямком психотерапії, психокорекції та реабілітації, заснованому на занятті клієнтів (пацієнтів) образотворчим мистецтвом [15].

О. Вознесенська притримується визначення арт-терапії через поняття «зцілення», а саме як засобу зцілення за допомогою творчого самовираження [7].

Варто відмітити основні переваги методу арт-терапії при роботі з ПТСР: уможливлюють забезпечення особистості додатковими ресурсами для подолання наслідків пережитого; уможливлюється дослідження власних несвідомих станів, бажань, мотивів, бажаних соціальних ролей та форм поведінки; є засобом невербального спілкування; через малюнок чи інший продукт творчості в арттерапевтичному процесі уможливлюється погляд на ситуацію під іншим кутом зору, а також з'являється шлях до її вирішення [6].

На думку О. Дацун «Сучасна психотерапевтична парадигма вимагає від фахівця–психолога інтелектуальної та методологічної мобільності, знань та вмінь застосовувати різні концептуальні підходи в роботі з людиною, що потребує психологічної допомоги» [10].

Найпоширенішими видами арт-терапії є: 1. Терапія малюнком. 2. Медитативне малювання. 3. Візуальна терапія (терапія образами). 4. Мультимедійна (інтеграційна) терапія та ін.

Як вважає М. Вокер, ефективність арт-терапії можливо пояснити тим, що посередництвом заняття мистецтвом відбувається активізація роботи ділянки головного мозку, у якій «закодована» травма, а саме при вербальному описанні роботи відбувається узгодження діяльності лівої та правої півкуль головного мозку. Окрім цього вчений доводить те, що такий ефект надає будь-яка форма арт-терапії. [14].

Як говориться в праці О. Молчанової «в малюнках людини завжди зашифровані повідомлення в образах, які передають найважливіше. Тому через них можна виявити психологічні особливості» [16]. Арт-терапевтичне втручання при профілактиці та роботі з ПТСР може бути в груповому чи індивідуальному форматах, а тривалість залежить від умов його проведення. В програму включається тема та види роботи для зняття напруги, досягнення більшої свободи творчого самовираження (зняття «затискачів»), прояснення і корекцію відношення пацієнтів до себе та інших, хвороби, минулого, сьогодення і майбутнього і іншим ключовим елементам системи значущих відносин.

Так як при ПТСР у людини може відмічатися відстороненість, замкненість, неможливість виражати емоції, то саме завдяки арт-терапевтичним методам уможлиблюється стимуляція групової взаємодії, прояснення і розвиток групових відносин і вдосконалення різноманітних навичок (комунікації, планування та реалізації творчих завдань і ін.), що також є важливим моментом при поверненні особистості до нормальної життєдіяльності.

Важливе місце в програмі займають арт-терапевтичні техніки, що забезпечують розвиток навичок саморегуляції. Вибір тем і технік роботи в цілому, виходячи з оцінки стану групи, етапів і завдань лікування, а також мішеней впливу. Лікувально-реабілітаційний потенціал арт-терапії при переживанні травматичного стресу і ПТСР в особистості в значній мірі пов'язаний з можливістю невербальної експресії, багатими комунікативними і захисними можливостями метафоричної мови образів, образотворчих матеріалів і видів образотворчої роботи. Так як саме образотворча діяльність уможлиблює досягнення седативного ефекту та зняття емоційної напруги, в той час як іншим аспектом є можливість від редагування

травматичного досвіду та досягнення над ним контролю. До того ж, це стає можливим через те, що включаються такі терапевтичні механізми як релаксація, інсайт, катарсис, розвиток навичок самоорганізації та прийняття рішень тощо.

Доцільно вказати той факт, що домінуючими психологічними механізмами, які забезпечують зняття напруги, відображення і переробку травматичного досвіду, а також перебудову системи сприйняття реальності в ході занять образотворчої діяльністю виступають децентрованість, екстерналізація і символізація. Перебуваючи у важкій, стресовій ситуації, людина, сама того не помічаючи, спонтанно малює лінії, «каракулі», закреслює зображення, зафарбовує простір аркуша паперу, креслить палицею на піску [1]. Цей процес не контролюється свідомістю і може бути використаний як спосіб виплеснути болючі переживання назовні, звільнитися від негативних емоцій і почуттів.

Такі особливості арт-терапевтичної взаємодії є абсолютно доказовими в силу того, що арт-терапевтичний процес визнається психологічно безпечним для взаємодії клієнта та терапевта, уможливорює протікання рефлексії в невимушеній атмосфері, а також когнітивне опрацювання переживань з опорою на метафори і засоби символічної комунікації [12].

При проведенні арт-терапевтичних занять обов'язковими є такі умови, як: психологічна безпека учасників процесу; відмова від оцінювання процесу та результатів творчої діяльності, приватність і конфіденційність; партнерство в стосунках учасника й арттерапевта; необмежена свобода вибору образотворчих матеріалів і способів роботи з ними, тем і сюжетів для творчості, нетрадиційних образотворчих форм; делегування клієнту відповідальності за процес і результати діяльності (недирективний підхід).

Арт-терапія уможливорює вираження психічної травми в якості символічних і досимволічних форм, і тільки після цього йде його вербалізація. До того ж йде паралельно довільне реконструювання біографічної пам'яті, так як забуті обставини влітаються в суб'єктивну картину реальності особистості, а також поступово переводиться суб'єктивний досвід зі сфери несвідомого до свідомого.

Карл Густав Юнг (1875-1961) дійшов висновку, що такий арт-терапевтичний метод як мандалотерапія є тим інструментом, за допомогою якого можливо щось змінити в житті людини на краще. Юнг ввів таке поняття в психології, як архетипи. Це певні стійкі структури, давні прояви психіки, які передаються нам від покоління до покоління ледь не на генетичному рівні та захovanі в нас дуже глибоко. Найглибіннішим архетипом, на думку Карла Густава Юнга, є Самість. Це те, чого прагне людина - бути самою собою, це цілісність особистості та гармонійний стан психіки. Саме Самість і відображає мандала.

Юнг вважав, що використовуючі різні матеріали під час малювання мандали, ми можемо працювати на різних рівнях – свідомість (олівці), власна підсвідомість (фарби), колективні підсвідомість (пісок).

Сенс роботи з мандалою, сенс мандалотерапії, власне, і полягає в контейнуванні - безпечному збереженні, розборі та аналізі. А також у трансформації - зміні на краще.

Мандала має величезний енергетичний потенціал, використовуючи який ми можемо рухатися до наміченої мети.

Таким чином, підсумовуючи вищевикладене, відмітимо, що особливості застосування арт-терапії при роботі з ПТСР полягає в тому, що відбувається відмежування свідомості людини від негативних переживань знижує внутрішню напругу і дискомфорт, дає змогу зберегти звичні, хоча і нереалістичні образи світу і свого «Я».

### **Висновки до першого розділу**

У процесі здійснення теоретичного аналізу наукових досліджень щодо ПТСР особистості та емоційного стану жінок-переселенок було висвітлено сутність та особливості досліджуваних явищ. Це дало можливість нам зробити наступні висновки:

1. Посттравматичний стресовий розлад – розлад, що виникає як відстрочена і/або затяжна реакція на сильний травматичний стресор, такий, як природні катаклізми, лиха, викликані людьми, насильство.

Причинами, котрі викликають формування та розвиток посттравматичного стресового розладу вважаються: участь в бойових діях, події, що супроводжуються серйозною загрозою життю або фізичною інтеграцією, природні чи пов'язані з діяльністю людини катастрофи.

До основних симптомів розладу відносять: повторні кошмарні сновидіння чи нав'язливі спогади про пережиті психотравмуючі події у поєднанні з прагненням уникати всього, що може викликати в пам'яті те, що трапилося, а також наявність підвищеної збудливості, генералізованої тривоги, неконтрольованої злості, депресії, емоційних розладів із прагненням до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом, дратівливості, безсоння, труднощів концентрації уваги, а також неспроможність згадати травмуючі події за своїм бажанням.

До основних видів посттравматичного стресового розладу відносять гострий, симптоми якого виникають протягом 6 місяців після травми, хоча їх тривалість менше цього терміну; хронічний (з тривалістю симптомів понад 6 місяців); відстрочений, коли симптоми виникають через більш 6 місяців після травми.

2. Емоційний стан особистості – це тривалі переживання, ефект від сильної емоційної реакції. До них відносять збудження, пригнічення (депресія), страх, тривогу. Емоційний стан є мінливим психічним явищем.

3. Характерними особливостями емоційних станів жінок-переселенок є підвищена тривожність, пригніченість, безсилля, емпатійність, горювання, труднощі в адаптації.

4. До основних переваг застосування арт-терапії при профілактиці розвитку ПТСР особистості відносяться: пошук можливостей самоцілення, тобто надання ресурсу, залучення внутрішніх ресурсів, можливість обходу через творчість «цензури свідомості», можливість невербального спілкування для тих, кому важко описувати свої переживання словами, можливість по-новому поглянути на ситуацію та знайти шлях до вирішення.



## РОЗДІЛ 2

# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ПТСР У ЖІНОК-ПЕРЕСЕЛЕНОК

### 2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору методик

Радикальні стресори, котрі знаходяться за межами звичайного досвіду людини здійснюють травмуючий вплив на неї. До таких стресорів відносять не лише загибель чи смерть близької людини, катастрофи чи аварії, але й ситуації та події, котрі загрожують людині, супроводжуються інтенсивним страхом, жахом та безпомічністю. В таких умовах переживання травматичного стресу може призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу.

В нашому дослідженні особливу увагу було приділено посттравматичному стресовому розладу, викликаного травматичними ситуаціями, котрі виникають в ході ведення військових дій. Адже в останні роки зростає тенденція в ступені вираженості наслідків збройних конфліктів та локальних війн, які відбувалися та мають місце й зараз не лише за межами України, а й на її території.

В переселенців, як і будь-яких учасників збройних військових конфліктів, ускладнення досить довго себе проявляють навіть в умовах безконфліктного мирного життя, що завдає шкоди не лише самій людині, а й її оточенню (родині, друзям, колегам). У зв'язку з цим актуальність даної проблеми не викликає сумнівів, а нагальність дослідження проявів посттравматичного стресового розладу в переселенців підкріплюється також негативним його впливом на особистість в цілому та на функціонування в соціумі.

Для досягнення поставленої мети в дослідницькій частині роботи, ми поставили наступні завдання: вивчити особливості психоемоційного стану жінок, пережиті події та ситуації, особливості переживання стресу та наявний рівень самопочуття на теперішній момент.

Оскільки основним завданням емпіричного дослідження є вивчення особливостей переживання стресу жінками-переселенками, тобто в цілому тих

показників, які можуть свідчити про формування чи перебіг посттравматичного стресового розладу, то ми використовували набір методик, спрямованих на вивчення не його основних психопатологічних симптомів, а в цілому наслідків впливу травматичного стресу на людину, яка перебувала в над екстремальних умовах, що не відносяться до стресорів звичайного життя.

Обґрунтовуючи доцільність обраних методик зазначимо, що посттравматичний стресовий розлад ми розглядаємо всебічно, під кутом різних його характеристик, які складають загальну картину цього феномену: посттравматичний стресовий розлад, сформований в результаті перебування людини в екстремальних ситуаціях, в нашому дослідженні виступає тяжким станом особистості, що призводить до особистісних змін: зміни здатності корегувати власні емоції, зміни самоідентичності, часових порушень пам'яті та уваги, зміни в раніше теплих та довірливих відносин з оточуючими, а також зміни в фізичному та психічному стані. Жінки в такому випадку стають більш закритими, неговіркими, поринають у свої стани без бажання йти в роботу з психологом. Саме тому нами було обрано методи арт-терапії: вони дають можливість м'яко дібратися до суті проблеми, розкрити особистість жінки, а також надати достатню кількість ресурсу. Окрім того, саме арт-терапія часто виступає єдиним можливим способом роботи з постраждалими через простоту у його виконанні, часі та місці використання.

До того ж, відмітимо, що саме з метою впливу на ресурсну складову психіки нами було використано методи арт-терапії, так як вони уможливають збалансування сфер особистості, відбудовування власних ресурсів жінок, отримання підживлення власних ресурсів на символічному, несвідомому рівні та стабілізацію емоційного стану. Так як саме використання арт-терапії уможливорює активізацію ділянки головного мозку, в якій «закодована» травма.

В дослідженні використовувались наступні методики у відповідності до обраної теми:

1. Опитувальник «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка;
2. Опитувальник «САН» (Самопочуття. Активність. Настрій);
3. Малюнок «Пейзаж емоційного стану»;

#### 4. Опитувальник особливостей наявності глобальної психотравми.

Надаємо більш детальний опис методик, що використовувались в дослідженні.

##### 1. Опитувальник «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка.

Тест дозволяє оцінити деякі неадаптивні стани (тривога, фрустрація, агресія) і властивості особистості (тривожність, фрустрованість, агресивність і ригідність). Складається з 40 тверджень, кожне з яких треба оцінити за ступенем відповідності обстежуваному (підходить – підходить, але не зовсім – не підходить). Визначається кількість набраних балів за шкалами: I – тривожність; II – фрустрація; III – агресивність; IV – ригідність.

Обробка результатів відбувається підрахуванням суми балів за кожною групою запитань у відповідності до шкал методики.

Інтерпретація результатів відбувалася співставленням отриманих результатів з наступними рівнями у відповідності до умови методики:

0 – 7 балів – низький рівень;

8 – 14 балів – середній рівень;

15 – 20 балів – високий рівень.

##### 2. Тест САН (Самопочуття. Активність. Настрій).

Тест «САН», назва якого складається з перших букв слів «Самопочуття», «Активність», «Настрій», був розроблений: В.А. Доскіним, Н.А. Лаврентєвою, М.П. Мірошніковим і В.Б. Шарай з метою визначення функціонального стану людини і його змін впродовж певних інтервалів часу, оцінки того, на скільки задовільне самопочуття, активність та настрої респондента.

Опитувальник складається з 30-ти пар протилежних описів того чи іншого стану, який опитуваний має оцінити, виходячи зі свого наявного стану. Після чого відбувається переведення шкали Лейкерта в бали, підрахування суми за кожною із шкал (самопочуття, настрої та активність) і поділ результатів на 10. Середній бал по кожній із шкал дорівнює 4 балам. Співвідношення отриманих даних із нормованим показником дає можливість встановити та інтерпретувати особливості стану опитуваного.

### 3. Малюнок «Пейзаж емоційного стану».

В ситуаціях, де людина переживає психічну травму, буває складно виразити чи навіть зрозуміти свій емоційний стан, свої почуття. Вони можуть бути інтенсивними чи занадто болючими, тому людина втрачає здатність до розуміння й передачі своїх переживань.

Так, дана техніка дає можливість зрозуміти свій стан через його візуальне зображення на аркуші А4. Так, досліджуваним пропонується створити дві картини: в першій частині завдання особистість має створити картину, яка б передавала стан на теперішній момент чи стан, пов'язаний з пережитою складною життєвою ситуацією; в другій же частині відбувається створення картини, яка б виражала можливі позитивні зміни в емоційному стані.

Час на створення картини – 60-90 хвилин.

Після чого відбувається самоаналіз картини та розуміння власних почуттів, які вдалося зобразити на малюнку.

### 4. Опитувальник особливостей наявності глобальної психотравми.

За допомогою даного опитувальника уможливорюється збір анамнезу досліджуваних, а саме: дата виїзду за межі України, компанія, з якою відбувалась евакуація, а також всі супутні характеристики даного процесу (від часу перебування в дорозі до часу перебування на кордоні). Окрім того, стає можливим розуміння наявної ситуації досліджуваного: наявність чи відсутність житла на території України та на території держави, яка прийняла, наявна освіта та місце роботи, інвалідність, пережите насилля, деякі положення переживання посттравматичного стресового розладу.

Дата \_\_\_\_\_

Місто України з якого приїхали \_\_\_\_\_

Країна і місто перебування зараз \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

Вік (повних років) \_\_\_\_\_

**I.**

Коли виїхали з України \_\_\_\_\_

З ким виїхали \_\_\_\_\_

Скільки часу провели в дорозі до кордону \_\_\_\_\_

Скільки часу провели на кордоні \_\_\_\_\_

Знали куди/до кого їдете чи їхали навмання \_\_\_\_\_

Якщо їхали не самі, як склалися відносини з друзями/родичами \_\_\_\_\_

Встигли взяти з собою документи, речі \_\_\_\_\_

Хтось з родини залишився в Україні \_\_\_\_\_

Є хтось з рідних на війні \_\_\_\_\_

Ваша домівка вціліла \_\_\_\_\_

Вам є куди повертатись \_\_\_\_\_

Скільки часу жили в поселенні для біженців \_\_\_\_\_

Знайшли наразі житло \_\_\_\_\_

Зберіглося ваше робоче місце \_\_\_\_\_

Знаєте мову країни, в якій перебуваєте \_\_\_\_\_

Якими мовами володієте окрім укр./рус. \_\_\_\_\_

Яку освіту маєте \_\_\_\_\_

Маєте хронічні захворювання, які потребують постійної медикаментозної підтримки: \_\_\_\_\_

Маєте інвалідність \_\_\_\_\_

Маєте родичів з інвалідністю \_\_\_\_\_

Бачили/чули поблизу приліт снаряду \_\_\_\_\_

II. Котрась з зазначених подій трапилась з Вами чи трапилась з кимось близьким?

Фізичне насильство \_\_\_\_\_

Сексуальне насильство \_\_\_\_\_

Емоційне насильство \_\_\_\_\_

Серйозна фізична травма \_\_\_\_\_

Загроза життю \_\_\_\_\_

Раптова смерть близької людини \_\_\_\_\_

Ви завдали шкоди комусь іншому \_\_\_\_\_

Руйнування домівки \_\_\_\_\_

Втрата роботи \_\_\_\_\_

III.

1. Мали нічні кошмари, пов'язані з травматичною подією або ж у Вас з'являлися думки про ці події тоді, коли Ви не хотіли думати про це?

Ні Так

2. Прагнули вперто не думати про травматичну подію або прагнули уникати ситуації, що Вам нагадували про цю подію?

Ні Так

3. Були постійно насторожі, надмірно пильні або вас легко було налякати?

Ні Так

4. Почувалися заціпеніло або відокремлено від людей, вашої діяльності або свого оточення?

Ні Так

5. Мали відчуття провини або ж були не в змозі зупинитися звинувачувати себе чи інших у зв'язку з травматичною подією чи проблемами, спричиненими тими подіями?

Ні Так

6. Були схильні почувати себе нікчемною або нічого не вартою? Ні Так
7. Переживали спалахи гніву, які не могли опанувати? Ні Так
8. Відчували себе знервованою, стривожениою або на межі зриву? Ні Так
9. Були не в змозі перестати непокоїтися або контролювати відчуття неспокою? Ні Так
10. Почували себе пригніченою, у стані депресії або безнадії? Ні Так

В залежності від перебігу міграції стан жінок відрізняється. Ситуація кожної жінки- вимушеної переселенки особлива та унікальна.

Отже, як ми бачимо, для дослідження особливостей перебігу стресу жінок-переселенок використано блок взаємодоповнюючих методик, які не повторюють одна одну.

Дослідження проводилося в три етапи. Перший етап – пошуковий. На даному етапі відбувався пошук та аналіз літератури з теми дослідження.

Другий етап – дослідно-експериментальний, котрий був присвячений проведенню дослідження перебігу та проживання стресу досліджуваних сформованої вибірки.

Третій етап дослідження – заключно-узагальнюючий. На даному етапі було проведено аналіз та узагальнення отриманих результатів, сформовано корекційну програму профілактики розвитку посттравматичного стресового розладу у жінок-переселенок, а також уточнено теоретичні положення роботи в цілому.

Тож, на основі даних, що будуть отримані за допомогою вищезазначених методик, ми плануємо сформувану корекційну програму за допомогою арт-терапевтичної техніки «Малювання мандали», яка буде спрямована на ті аспекти

посттравматичного стресового розладу особистості, результати яких виходитимуть за межі норми й заважатимуть продуктивній життєдіяльності.

Для досягнення мети та вирішення задач нами було сформовано дослідницьку вибірку. Для цього на першому етапі було обрано 25 осіб жіночої статі, з різним терміном перебування за кордоном з початку повномасштабної війни на території України. Респонденти були представниками різних професій та різного віку (від 24 до 41 року). Маємо відмітити, що на разі жінки знаходяться в різних країнах, різним складом сім'ї.

Процедура нашого дослідження включала в себе підбір експериментально-психологічних методик; проведення дослідження за обраними методиками; обробку даних, отриманих в ході дослідження та формування висновків. Отримані дані були оброблені за допомогою стандартних методів математичної статистики, а саме: дескриптивна статистика.

## **2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження особливостей переживання стресу серед жінок-переселенок**

Посттравматичний стресовий розлад, в осіб, які пережили екстремальну ситуацію, розвивається далеко не у всіх жінок.

Аналізуючи дані, відмітимо, що високого рівня вираженості за жодним із показників психічних станів не встановлено. Тобто, за межі норми дані опитуваних переселенок не виходять.

Середній рівень вираженості тривожності спостерігається у 84% опитуваних, фрустрації – у 92% досліджуваних, агресії – у 88% опитуваних та ригідності – у 76,3% респонденток.

Низький рівень вираженості тривожності характерним є для 16% опитуваних, агресії – для 8% досліджуваних, ригідності – спостерігається у 24%% опитуваних, а фрустрації – у 8% опитуваних.



Так, перш за все, нами було проведено вивчення особливостей переживання стресу жінок-переселенок за допомогою методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка. Результати, отримані в ході обробки первинних даних, представлено на рисунку 2.2.1.

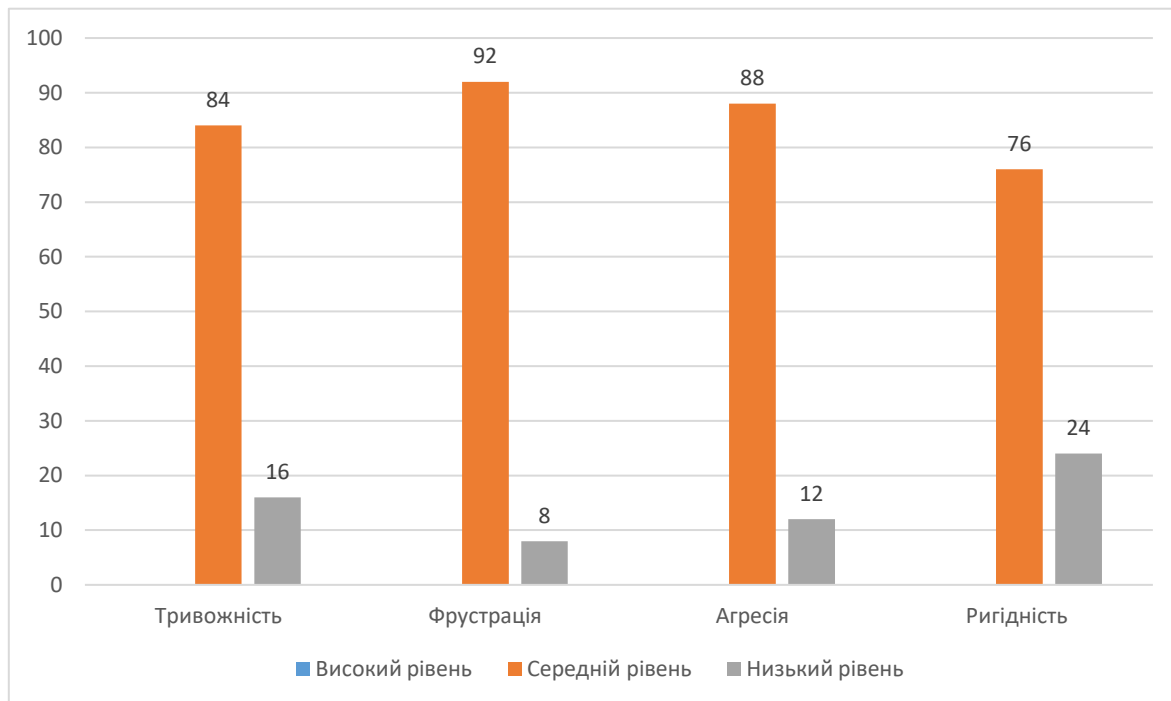


Рис. 2.2.1. Розподіл показників психічних станів жінок-переселенок за рівнями вираженості (%)

Так, відмітимо, що більшість опитуваних характеризуються середнім рівнем схильності до переживання тривоги та порогу виникнення реакції тривоги, до того ж, середнім рівнем фрустрації як психічного стану, провідною характеристикою якого є низький рівень досягнення цілей через реальні чи уявні перешкоди. Тобто, опитувані є досить тривожними та будь-які перешкоди сприймають як такі, що не дають рухатися далі.

Окрім того, відмітимо, що відмічається серед досліджуваних схильність проявляти силу відносно оточуючих, а також труднощі у зміні наміченої діяльності в умовах, які об'єктивно потребують її перебудування.

Середній рівень вираженості фрустрації можливість охарактеризувати досліджуваних схильністю до надмірного хвилювання, стану тривоги в ситуаціях,

які, на їхню думку, загрожують їхньому життю чи неприємностями. Окрім того, відмічається прояв фрустрації як своєрідного емоційного стану, характерною ознакою якого є дезорганізація свідомості й діяльності в стані безнадійності, переживання та поведінка, які викликані об'єктивно непереборними труднощами на шляху до досягнення мети, розбіжностями реальності з очікуваннями.

Говорячи про агресію, що також відповідає середньому рівню прояву і свідчить про дії особистості, які можуть завдавати шкоди оточуючим.

Ригідність свідчить про когнітивну негнучкість, яка може тягнути за собою внутрішній супротив різним способам вирішення тих чи інших проблем та вибору дій як таких.

Тобто, в даному випадку, показники опитуваних знаходяться в межах умовної норми та можуть сприяти виходу жінок-переселенок із стану стресу в більш короткі строки та з найменшими втратами внутрішніх ресурсів.

Результати, отримані в ході обробки первинних даних за методикою «САН», представлено на рисунку 2.2.2.

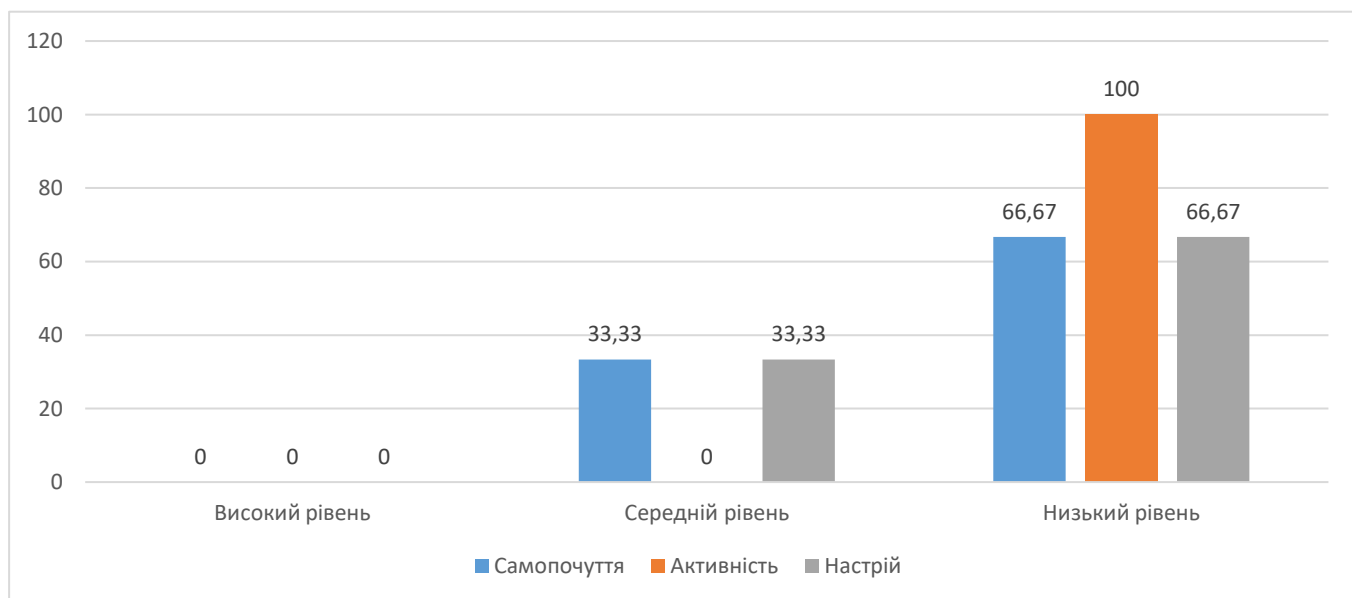


Рис. 2.2.2. Розподіл показників самопочуття жінок-переселенок за рівнями вираженості (%)

Аналізуючи отримані дані, відмітимо, що жодна із опитуваних не характеризується високим рівнем.

Так, варто зазначити, що найбільш вираженим рівнем самопочуття, активності чи настрою є саме низький.

За шкалою «Самопочуття» середній рівень спостерігається серед 33,33% опитуваних, а низький рівень – у 66,67% опитуваних. Тобто, актуальний, суб'єктивний психологічний стан людини, внутрішнє відчуття нею себе в оточуючій дійсності, який характеризується системним та динамічним характером і розкривається на різних рівнях самовідчуття, знаходиться в переважній більшості досліджуваних нижче поділки «середньо». Тож, можна говорити про те, що вони суб'єктивно не відчують себе психологічно чи фізіологічно комфортно.

За шкалою «Активність» абсолютна більшість опитуваних характеризується низьким рівнем вираженості (100% досліджуваних). Тобто, абсолютна більшість опитуваних характеризується низьким рівнем активної взаємодії з оточуючою дійсністю, в ході якої відбувається задоволення їхніх потреб.

Відносно настрою як загального емоційного стану, який своєрідно забарвлює на певний час діяльність людини й характеризує її життєвий тонус, відмітимо, що найбільш вираженим є саме низький рівень (66,67% опитуваних вибірки), а менш вираженим – середній рівень (33,33% досліджуваних). Тож, можемо говорити про домінування серед досліджуваних саме негативних настроїв, які пригнічують, демобілізують та викликають їхню пасивність.

В цілому отримані показники можна трактувати наступним чином: серед опитуваних жінок-переселенок переважає незначна втома, апатія. Окрім того відмічається деяке зниження темпів когнітивних функцій, так як за шкалою «Активність» спостерігається вираженість саме низького рівня. Тобто, може відмічатися зниження темпів мислення, розсіяння уваги, невеликий ступінь концентрації уваги та відсутність сильної захопленості справою. Настрій же в більшості опитуваних може в цілому характеризуватися наступним чином: здатність оцінювати адекватно події зберігається, окрім того, здатність до прогнозування власних можливостей та переживання невдач, а також наявність надії на світле майбутнє дещо знижена.

Наступним етапом нашої роботи був аналіз результатів, отриманих в ході створення малюнку «Пейзаж емоційного стану». Нижче наведемо декілька робіт, які були отримані в ході психодіагностичної роботи.

Аналіз результатів, отриманих в ході створення рисунку «Пейзаж емоційного стану», представимо окремо для кожної з досліджуваних нашої роботи.

Так, за рисунком Т.Б. ми можемо бачити, що в цілому стан стабільний, проте майбутнє досліджувана не може бачити на теперішній момент та планувати його через величезну стіну, яка заважає їй. Окрім того, як відмічає сама досліджувана, їй доволі важко зараз акцентувати свою увагу на зростанні через цю ж стіну, а також через те, що вона перебуває за межами дому, країни.

Говорячи про те, як опитувана б хотіла себе почувати, маємо відмітити, що бажаним є стан захищеності та приналежності до своєї родини, яка їй дає стабільність, радість, розміреність життя.

В цілому, відмічаючи саме за даною опитуваною емоційний стан, відмітимо, що він досить врівноважений та стабільний, якихось значних відхилень не спостерігається. До того ж, зазначимо, що стрес опитуваній вдалося пережити.

Відносно результатів, отриманих в ході опитування за допомогою «Опитувальника особливостей наявності глобальної психотравми», зазначимо, що поза межі України досліджувана виїхала в квітні місяці з дітьми, дорога пройшла добре, а всі необхідні документи були в наявності. Досліджувана відмічає, що житло вціліло, прильотів снарядів не бачила та не чула, фізичного чи інших видів насильства не переживала (що може слугувати пом'якшуючим фактором у протіканні стану стресу).

Говорячи про наявність чи відсутність певних проявів ПТСР, зазначимо наступне: стан тривоги, пригніченості, безнадії, надмірної настороженості, знервованості опитувана відчувала, окрім того були наявні нічні кошмари. Однак заціпенілості, уникнення думок відносно травматичної ситуації, відчуття провини чи нікчемності, спалахів неконтрольованого гніву не відмічалось. Тобто, в цілому перебіг стресу, який пережила досліджувана, відмічається без обтяжень.

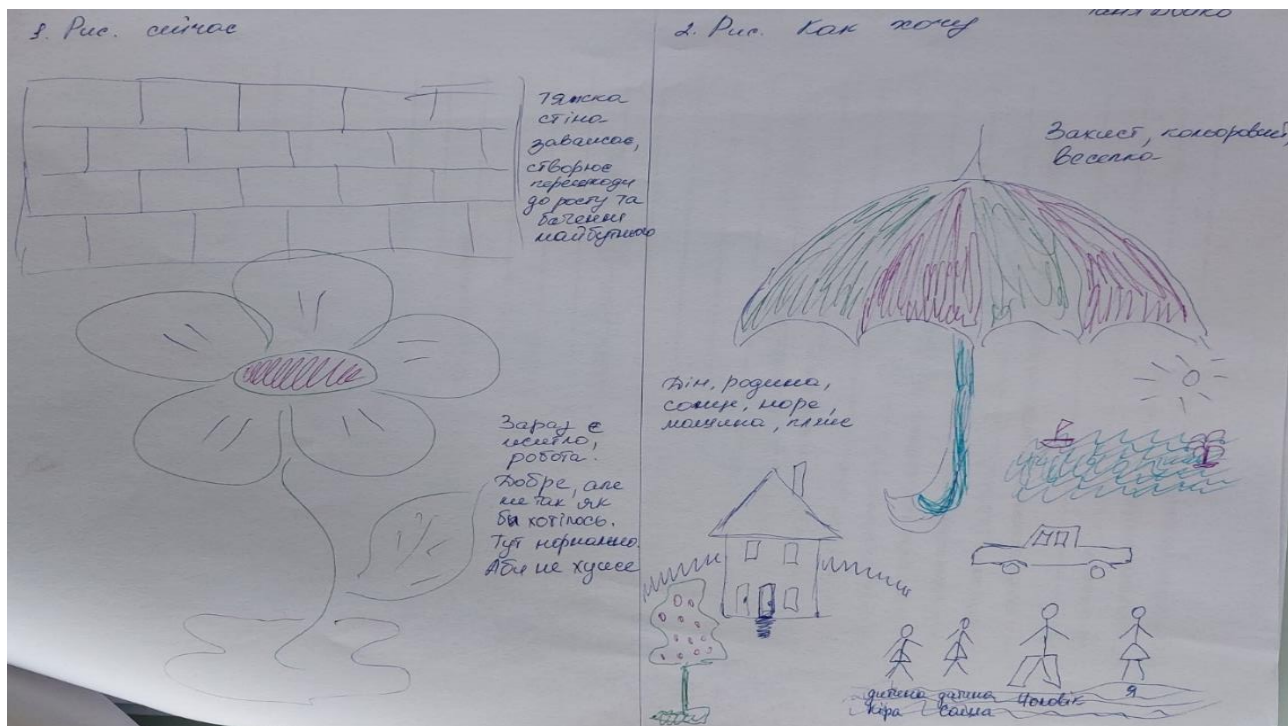


Рис. 2.2.3. Зображення пейзажу емоційного стану досліджуваної Т.Б.

Зображення емоційного стану за допомогою даної методики опитуваної А., представлено на рисунку 2.2.4.

Відмітимо, що за поданим рисунком ми бачимо вираженість тривоги та пригніченості, а також сильних емоційних переживань зі знаком мінус, які пов'язані саме з хвилюванням за дід, Батьківщину в цілому. Проте, справедливим буде відмітити той факт, що в цілому опитувана досить добре адаптувалася та влаштувалася в країні, яка надала прихисток, знайшла всі необхідні для життєдіяльності опорні точки: відносини, оточення, місце для ночівлі, а також працю.

Говорячи про бажаний емоційний стан, відмітимо, що опитувана А. бажає досягнути стану спокою та рівноваги, розміреності та бажає повернення додому.



Рис. 2.2.4. Зображення пейзажу емоційного стану досліджуваної А.

За результатами опитувальника на виявлення глобальної психотравми, зазначимо, що в цілому евакуація пройшла швидко, проте виїжджала з території України дівчина сама. Звідси можливе хвилювання, пригніченість, стан безнадії, який ми бачимо вище на малюнку. Окрім того, доцільно відмітити факт окупації рідного міста, звідки досліджувана виїжджала, тобто в цілому відчуття безпеки та спокою може порушуватися саме цим фактом.

Як говориться в анкеті досліджуваної, вона не перебувала у місці прильоту снаряду й не бачила його, безпосереднього насильства на собі не переживала, хоча відмічає, що фізичного насилля пережив один з родичів, до того ж пряма загроза життю зберігається для рідних та близьких, які перебувають в окупації. Варто зазначити також той факт, що в опитуваної спостерігалися нічні жахіття, уникнення думок про травматичну подію, а також стан заціпеніння, знервованості, неконтрольованого відчуття неспокою та пригніченості. Переживання стану нікчемності, почуття провини чи неконтрольованого стану гніву не спостерігалось.

Результати, отримані в ході застосування даної методики в досліджуваній М., представлено на рисунку 2.2.5.



Рис. 2.2.5. Зображення пейзажу емоційного стану досліджуваної М.

Аналізуючи рисунок 2.2.5., можемо говорити про стан спокою, рівноваги та відсутності негативних думок в опитуваної на теперішній момент. Проте, на рисунку емоційного пейзажу в майбутньому спостерігаємо наявність інших членів сім'ї, які, як можемо припустити, можуть стати її опорою та доповнити її стан, наповнити та розширити. На нашу думку, саме сім'я для даної досліджуваної є тим ресурсом, якого на теперішній момент не вистачає.

Аналізуючи результати за опитувальником «Особливості наявності глобальної психотравми», відмітимо, що дорога в цілому була довгою, проте евакуація пройшла добре. Опитувана виїжджала з дитиною і кінцева точка була відомою. Повертатися є куди, а також є місце роботи, на яке вона може повернутися. Вибухів снарядів не чула поряд та не бачила, а також не переживала безпосередньо насилля. Але, справедливим буде зазначити той факт, що загроза життю та здоров'ю близьких спостерігається, а тому певний рівень тривожності, переживань наявний.

Відносно певних проявів переживання психотравмуючої ситуації відмітимо наявність нічних кошмарів та відчуття знервованості, тривожності. Інших проявів, таких як уникнення думок про психотравмуючу ситуацію, настороженість, заціпенілість, відчуття провини, почуття нікчемності, неконтрольованих спалахів гніву чи тривожності, пригніченості не спостерігалось.

Наступним кроком представимо результати досліджуваної А. за вправою «Пейзаж емоційного стану» на рисунку 2.2.6.

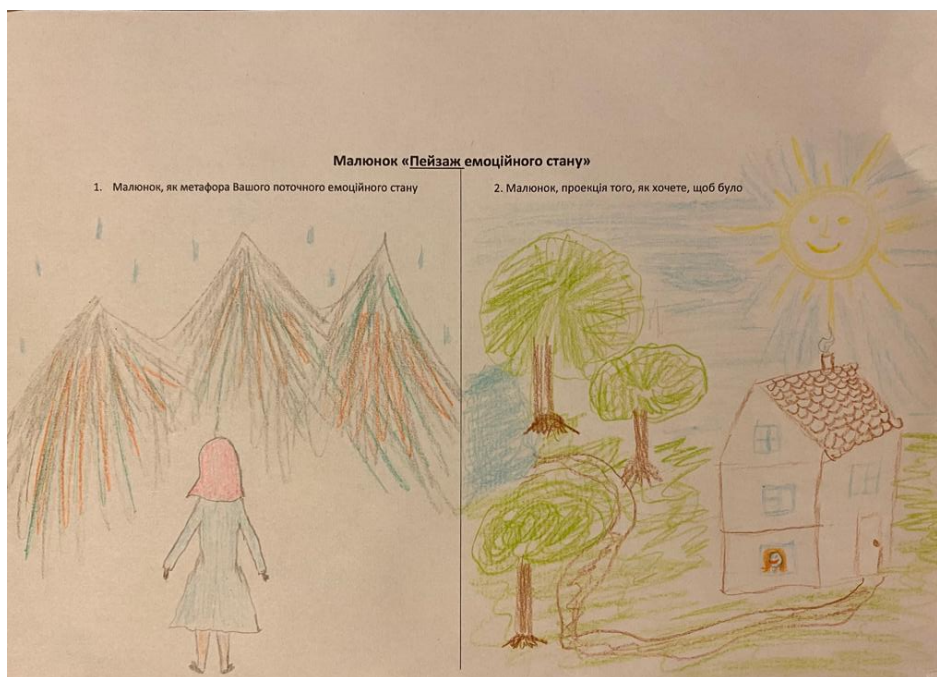


Рис. 2.2.6. Зображення пейзажу емоційного стану досліджуваної А.

Аналізуючи рисунок 2.2.6, зазначимо наявність певної розгубленості, тривожності, почуття неспокою, пригніченості на першому малюнку, що свідчить про теперішній емоційний стан опитуваної. Другий же малюнок містить яскраві кольори, в цілому випромінює безпеку, спокій, тишу та радість. Тобто, можна припустити, що опитувана на даний момент перебуває в емоційному стані, який негативно впливає на її життєдіяльність і бажає його покращити.

Аналізуючи результати за «Опитувальником особливостей наявності глобальної психотравми», відмітимо, що дорога в цілому була довгою, а місця прибуття та заселення відомим не було. До того ж досліджувана не мала в наявності



всіх необхідних документів. Повертатися в межах України досліджувана має куди, проте місце роботи не зберіглося.

Отримані в ході детального вивчення емоційного стану жінок-переселенок результати свідчать про те, що звичні опори втрачені, статус та смисли, звички, які жінки мали вдома – порушено. Також відмічаються проблеми з ідентичністю й відносинами. Обтяжуючими факторами в формуванні ПТСР даної досліджуваної можуть бути пережите насилля (фізичне, емоційне та сексуальне), а також наявність серйозної фізичної травми, раптова смерть близької людини.

До ознак, які можуть вказувати на формування ПТСР можна віднести наявність нічних жахів, спроби уникнення думок про травматичні події, стан постійної настороженості, заціпеніння, почуття провини, нікчемності, а також неконтрольованих спалахів гніву, знервованості, тривожності та пригнічення.

Відмітимо, що результати опитуваної А., зображено на рисунку 2.2.7.

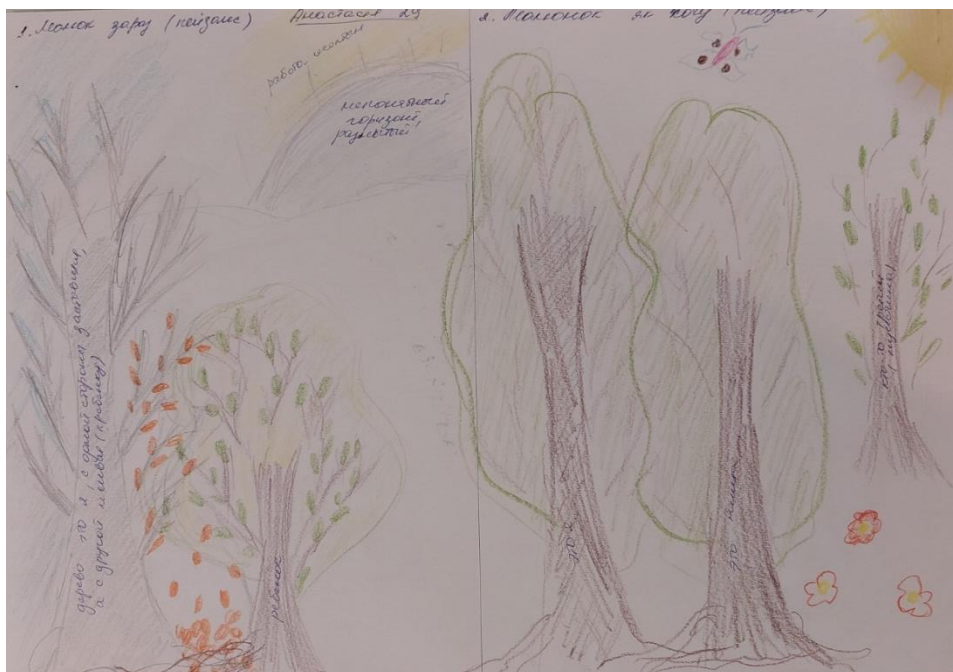


Рис. 2.2.7. Зображення пейзажу емоційного стану досліджуваної А.

Аналізуючи рисунок 2.2.7., можемо відмітити, що в цілому опитувана відчуває себе спустошеною, пригніченою, відчуття спокою та впевненості в завтрашньому дні відсутнє. Однак разом з дитиною намагається проявляти турботу, наповнюється.

На рисунку другому, який говорить про бажаний емоційний стан, бачимо сповнені сили та соку дерева, що можна розцінювати як наповненість, спокій, гарне самопочуття. Окрім того на рисунку ми спостерігаємо наявність певних деталей, яскравих кольорів, що також говорить про бажання досліджуваної спокою, безпеки та опорності (корні промальовані, що свідчить про певну опору).

Відносно певних проявів переживання психотравмуючої ситуації відмітимо наявність прагнення уникнути думок про травмуючу подію, постійну настороженість та стан заціпеніння від людей та діяльності, відчуття провини й переживання неконтрольованого гніву, знервованості, неспокою та пригніченості. Інших проявів, таких як нічні жахіття, почуття нікчемності не спостерігається. Окрім того, опитувана відмічає, що насилля не переживала, проте був присутній страх у зв'язку з війною.

Заключним кроком нашої роботи маємо провести аналіз рисунку емоційного стану досліджуваної Р.

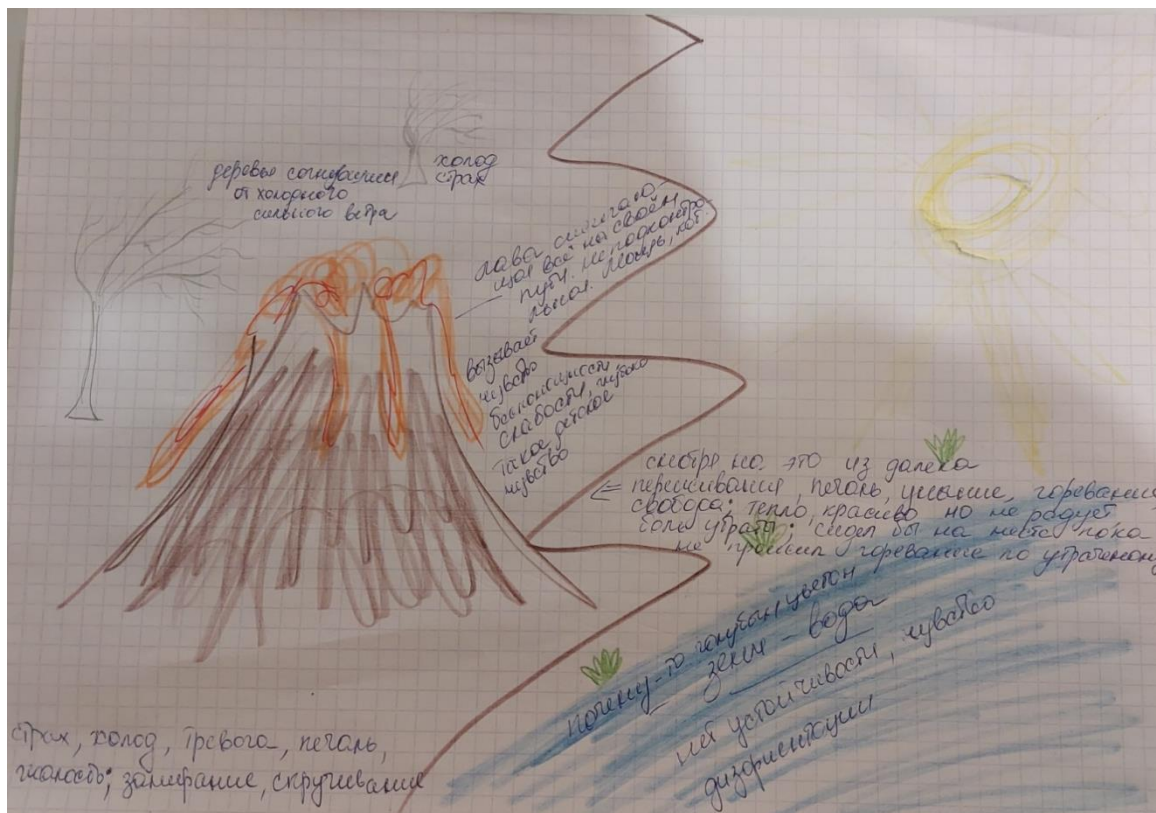


Рис. 2.2.8. Зображення бажаного пейзажу емоційного стану досліджуваної Р.

Як відмічає сама досліджувана Р., вона відчуває на момент тестування страх, холод та тривогу, сум і почуття жалю, завмирання. До того ж на рисунку зображеним є вулкан, що в арт-терапії свідчить про певний рівень агресивності, проте досліджувана говорить, що з нього виверження магми несе з собою почуття безпорадності, слабкості. Окрім того, доцільно вказати на рівень свідомості досліджуваної, яка досить детально описує свій стан і зазначає наявність певного переживання, печалі, засмученості та горювання. Досліджувана наголошує на важливості та необхідності саме для неї певного часу для горювання за втратами, а також нарощення почуття безпеки, опори та стійкості.

На рисунку 2.2.9. ми можемо бачити бажаний пейзаж емоційного стану.



Рис. 2.2.9. Зображення бажаного пейзажу емоційного стану досліджуваної Р.

Перш за все, відмітимо, що на цьому малюнку вже має місце тепло та краса, промальовано деталі, які вказують на повернення здатності до насолоди дрібницями, появу опори, почуття безпеки та спокою, заземлення. Досліджувана вказує на те, що їй не вистачає саме цього на теперішній момент.

За допомогою опитувальника, який вказує на особливості переживання психотравмуючої ситуації, було встановлено наступне: опитувана виїжджала з території України з родиною та друзями, а дорога була максимально короткою. Дім, до якого вона може повернутися в будь-яку хвилину зберігся, що може надавати те почуття опори.

Відносно певних проявів переживання психотравмуючої ситуації відмітимо наявність нічних жахів, прагнення уникнути думок про травмуючу подію, постійну настороженість та стан заціпеніння від людей та діяльності, почуття нікчемності й переживання неконтрольованого гніву, знервованості, неспокою та пригніченості. Інших проявів, таких як відчуття провини не спостерігається. Окрім того, опитувана відмічає, що насилля не переживала, проте емоційним насиллям вважає все, що відбувається в країні, до того ж зазнала загрози життю.

За результатами розробленого нами опитувальника особливостей наявності глобальної психотравми в група досліджуваних складається із жінок віком від 24 до 55 років, 66 % з яких виїжджали з України з дітьми і 34 % - без дітей. Час проведений на перед кордоном тривав від 8 годин до 3 діб і залежав від віддаленості дороги (2 – 3 доби добиралися жінки зі Сходу України). 77 % жінок знали куди їдуть, переважно то був виїзд до друзів або родичів. 100 % жінок мали з собою документи та мають в Україні на момент дослідження непошкоджене житло. У 88% залишилися родичі в Україні, 13 % з яких приймають участь безпосередньо у військових діях. 11 % проживали в поселеннях для біженців і 66 % втратили робоче місце в Україні. 33 % опитуваних не мають вищої освіти і 22 % знають мову країни, в якій перебувають. Також 100 % опитуваних не мають хронічних захворювань.

Проводячи аналіз отриманих даних ми не виявили статистичних зав'язків між різними показниками вибірки досліджуваних. Всіх їх об'єднує наявність страху за життя – 100 % вказали наявність загрози життю, і 88 % жінок в якості травмуючого фактора назвали емоційне насильство.

Таким чином, підводячи підсумок вищевикладеного, відмітимо, що опитувані сформованої вибірки в переважній більшості перебувають в стані

пригніченості та безпорадності, занепаду сил. До того ж відмічається втрата опори та почуття безпеки, не беручи до уваги їх фізичне перебування у місці тотальної безпеки. Всі досліджувані прагнуть відчувати почуття спокою, впевненості, безпеки та наповненості.

Ці та інші втрати можуть супроводжуватися почуттями страху, гніву та ненависті, розчарування, болю, відчуттям провини та сорому, на що вказують отримані результати.

Окрім того за допомогою валідних та надійних опитувальників нами було встановлено, що в переважній більшості досліджувані переживають занепад сил та активності, а також різку зміну настрою та такі психічні стани як фрустрацію, тривожність й агресивність з ригідністю на середньому рівні.

Серед особистісних і психологічних особливостей у групі жінок-переселенців було виявлено такі: тенденція представляти себе у вигіднішому світлі, недостатня щирість і відвертість, високий рівень емоційної напруженості, високий ступінь витіснення травматичного досвіду, підвищена закритість, часті хворобливі переживання з приводу свого здоров'я, песимістична оцінка майбутнього, схильність до тривожних переживань, невпевненість, підвищена збудливість і тенденція до імпульсивних вчинків, відгородженість, відчуженість, схильність до скорочення соціальних контактів і спілкування. Жінки закриті, часто не мають бажання на роботу з психологом. Вважають що «помалювати» то ще можна, а на терапію не погоджуються. Часто в таких випадках арттерапія виступає чи не єдиним можливим способом співпраці, через свою простоту у виконанні, не вибагливість до місця та доступність матеріалів.

Зазвичай, основними способами протистояння стресу є вивільнення фрустрації та злості, рефлексія, повернення почуття контролю та передбачуваності, соціальна підтримка. Так як профілактична програма розвитку ПТСР будувалася нами на основі отриманих результатів, то через мандалотерапію ми намагалися зменшити об'єм зони, яку опитувані намагаються контролювати, побачити ті речі, які до сих пір знаходяться в зоні контролю досліджуваних, розширювали усвідомлення тих факторів, які призвели до такого вибору, який вони здійснили та

сприяли б його прийняттю. Програма була розрахована на 5-ть днів, кожного дня досліджуваним пропонувалося малювати той чи інший вид мандали.

Після проведених занять всі жінки зазначали, що відчують себе краще, з'являвся спокій, зменшувалося відчуття пригніченості та тривожності. Наразі ми можемо говорити про доцільність використання мандали як методу арттерапії для профілактики ПТСР у жінок-переселенок. В той самий час, робота з жінками триває і далі, адже війна не закінчилась і люди потребують постійної психологічної підтримки.

### **2.3. Практичні рекомендації щодо застосування арт-терапії як профілактичного виду терапії розвитку ПТСР у жінок-переселенок**

Арт-терапія визнається в якості одного з найбільш ефективних способів роботи з клієнтами будь-якого віку і з будь-якими порушеннями, при цьому для особистості вона постає як спосіб саморозкриття, самовираження, розвитку та шлях до власної гармонізації [8; 10].

Завдання арт-терапії як такої полягає в тому, щоб посередництвом символів, образів, метафор, через які інформація кодується на несвідомому рівні психіки, «витягнути» певну проблему, що захована за ними, спроектувати її на свідомий рівень та пропрацювати пов'язані з нею емоції та переживання і звільнитися від застарілих чи витіснених емоцій. В науковій літературі відмічається, що через засоби творчої діяльності людина та власне через образи, особистість може транслювати власне сприйняття світу та ставлення до нього. Так як арт-терапія полягає у використанні невербальних способів самовираження та спілкування, то відбувається задіяння правої півкулі мозку, яка в звичайному житті не так часто використовується людиною.

Говорячи про мандалотерапію, відмітимо, що вона трактується в якості одного з методів арт-терапії, у якому за допомогою циркулярних круглих зображень, створених у довільному порядку чи за інструкцією терапевта, діагностується та досліджується внутрішній світ особистості. Ще К. Юнг відмічав,

що мандалу можна використовувати як психодіагностичний чи психокорекційний інструмент.

Так, вчений зазначає, що малюнок у колі є магічним, метафорично веде до глибин «Я», успішно виконуючи завдання самоідентифікації, інтеграції та самозцілення.

Важливе психотерапевтичне завдання мандали – сприяти психологічному балансу особистості, як в процесі малювання, так і після його завершення. Цілісний і довершений малюнок мандали забезпечує інтегрованість та стійкість внутрішньої структури «Я».

У перекладі з санскриту слово «мандала» означає «коло», «круглий», «окружність», «сфера». Мандала - дуже давнє поняття, йому понад три тисячі років. Коло саме по собі має глибокий сакральний сенс: у всіх народів, у всіх світових культурах і релігіях існують зображення в колі. Коло має вельми глибокий символічний сенс. Воно найбезпечніший простір для психіки. Адже якщо ми перебуваємо всередині кола, значить, ми захищені з усіх боків. З психологічного погляду коло символізує комфорт і затишок.

До особливостей мандали варто відносити:

- Зовнішнє коло мандали, яке є символічним відображенням особливостей меж Его 1 (їх наявність, чіткість, розірваність ліній кола тощо). Тобто саме через це коло ми можемо бачити відображення особливостей зв'язку із зовнішнім світом, усвідомлення «Я», здатність оберігати свої психологічні кордони;

- Центр мандали, в якому знаходиться відображення Его та цінності, переживання й змістове наповнення актуальної ситуації. Можливі варіанти: – мандала зі зміщеним центром, що свідчить про тенденцію до регресу, інфантильність; – наявність центру характеризує зрілу особистість; – мандала без центру (трансформація особистості та певні особистісні метаморфози); – наявність двох центрів пов'язана з глибокими внутрішніми переживаннями і змінами;

- Зв'язок центру з частинами мандали. Так, по чіткості зв'язку у формі пелюсток, геометричних фігур чи променів можна говорити про низький чи високий рівень психологічної інтеграції, розвиток самосвідомості;
- Ступінь впорядкованості Чіткі, добре оформлені образи, символи свідчать про внутрішню організацію, а хаотичність може свідчити про спонтанність чи афект;
- Симетричність – асиметричність Мандали, в яких верхня і нижня, ліва і права частини відображають одна одну свідчать про спокій, рівновагу, пасивність та відсутність особистісних змін. Асиметричність вказує на внутріособистісний конфлікт та певні психологічні трансформації;
- Частини мандали Верхня частина мандали, яка демонструє свідомі психічні процеси особистості, та нижня – несвідомі;
- Структурні елементи та символи мандали Кожен символ і елемент аналізується відповідно до змісту символів та суб'єктивного смислового наповнення: – п'ятикутна зірка символ впевненості та сили, свобода, самовпевненість; – хрест – стан нерішучості та особистісної дезінтеграції, ситуація вибору тощо;
- Переважаюча кольорова гама мандали також може бути свідченням емоційного стану особистості. Наприклад, ахроматичні кольори можуть бути свідченням пасивності чи активності, готовності чи закритості від емоційних переживань та контактів тощо);
- Сміслові навантаження мандали може свідчити про актуальний стан та життєву ситуацію, в якій перебуває опитувана;
- Назва мандал та емоційне реагування на мандалу та ставлення до неї автора.



Програма профілактики розвитку ПТСП у жінок-переселенок:

Порядковий номер	Назва мандали	Ціль
1	«9 маленьких мандал»	Регуляція емоцій та почуттів
2	«Дві мандали»	Дослідження особистісних переживань
3	«Намалюй мандалу»	Ознайомлення із цілісною картиною, розуміння актуальної життєвої ситуації, визначення перспективних напрямків руху особистості
4	«Мандала «Ресурс»	Активізація особистісних ресурсів
5	«Гармонізуюча мандала»	Гармонізація емоційного стану, розширення знань про свій емоційний стан, розвиток здатності виражати свої істинні почуття

Досліджуваним надається проста інструкція перед зображенням мандали «Не думайте, що б вам хотілося намалювати, і не критикуйте свій малюнок, навіть якщо це будуть прості каракулі або незрозуміла пляма.

Отже, виберіть момент, коли вас ніхто не відверне, включіть медитативну музику і на хвилину поринете всередину себе: закрийте очі і розслабтеся. Приготуйте аркуш білого паперу і намалюйте за допомогою тарілки коло. Найкраще малювати фарбами: адже вони допомагають накопичити полутони, робити плавні мазки, вони м'які і пластичні...».

Так, К. Юнг сказав, що після щоденного зображення мандали в своїй записній книжці він помітив, що насправді мандала це «... Самість, цілісність особистості, яка виявляється, якщо все відбувається гармонійно».

Надаємо більш детальний опис кожної із мандал по дням з інструкцією до виконання.

## **1 день профілактичної програми.**

Назва мандали «9 маленьких мандал», яка була використана з метою регуляції емоцій і почуттів.

Так, дана мандала допомагає усвідомити свої істинні емоційні переживання, так як в цілому людям, а жінкам-переселенкам зокрема, дуже важко визначати, ідентифікувати та працювати зі своїми переживаннями.

Обладнання: папір А4, олівці, фарби, пензлики.

Тривалість виконання: 20 хв.

Форма роботи: індивідуальна.

Інструкція: Клієнту пропонують розмалювати 9 маленьких кіл (розмір кола, як стакан для води). Основне завдання полягає у тому, що клієнту потрібно розмалювати кола, відштовхуючись від емоцій та почуттів. Пропонований перелік кіл з емоціями та почуттями (можна замінити на інші: меланхолію, розпач, розчарування, туга, горе, ейфорія, інтерес, щастя тощо): 1 коло – сум; 2 коло – гнів; 3 коло – злість; 4 коло – страх; 5 коло – тривога; 6 коло – здивування; 7 коло – любов; 8 коло – радість; 9 коло – задоволення.

Перевагу в порядку розмальовування варто надавати від негативних до позитивних емоцій та почуттів. Вибір емоцій та почуттів можна видозмінювати в залежності від переживань клієнта та його домінуючого емоційного фону.

Наступне завдання: обговорити з клієнтом, коли він останній раз переживав цю емоцію і де в тілі вона відчувається. Потім пропонують на великому колі розмістити мандали у такому порядку і розташуванні, як відчуває сам клієнт. Він може скласти свою власну композицію із маленьких мандал.

Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу: – Які емоції та почуття викликає велика мандала? – Яка мандала у ній найбільш помітна? – Яку емоцію вона відображає? – Як часто Ви переживаєте цю емоцію? – Яку емоцію було найскладніше відобразити? – Яка мандала Вам найбільше подобається? – Як велика мандала відображає Ваш емоційний стан? Деякі аспекти інтерпретації:

## **2 день профілактичної програми.**

Назва мандала «Дві мандала», яка була використана з метою дослідження особистісних переживань.

Так, дана мандала уможлиблює розуміння власних емоцій та почуттів більш глибоко через те, що наші емоції не завжди усвідомлюються відразу і не існують в чистому виді. Тому надзвичайної актуальності набуває питання ідентифікації та проживання абсолютно всього міксу емоцій та почуттів.

Обладнання: папір А4, фарби, пензлики олівці.

Тривалість виконання: 30 хв. Форма роботи: індивідуальна. Вид арт-терапії: мандалотерапія.

Інструкція: На аркуші А4 клієнт малює дві мандала: перша – ситуація до евакуації, друга – зараз. За бажанням клієнта вони можуть відрізнитися розміром. Клієнт розмальовує мандала, опираючись на власні відчуття та емоції.

Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу: – Які емоції викликає мандала «Ситуація до евакуації»? – Які емоції викликає мандала «Я зараз»? – Яке основне повідомлення мандала «Ситуація до евакуації»? – Яке основне повідомлення мандала «Я зараз»? – Чим вони схожі? – Яка їхня відмінність? – Як вони взаємодіють? – Чи хочеться щось змінити?

## **3 день профілактичної програми.**

Назва мандала «Намалюй мандалу», яка була використана з метою ознайомлення із цілісною картиною, розуміння актуальної життєвої ситуації, визначення перспективних напрямків руху особистості.

Так, дана мандала допомагає усвідомити цілісну картину, побачити не розщеплені переживання та хвилювання, так як ми досить часто занурюємося в емоцію, а потім, не маючи можливості її екологічно прожити, вона нас захоплює цілком і повністю. Тож, на наш погляд, саме розуміння цілісної картини повертає до реальності: так, вижили, так, є вина, страх, безсилля, пригніченість, розгубленість та розпач, але ж є й інші півтони в цих переживаннях.

Обладнання: папір А4, олівці, фарби, пензлики.

Тривалість виконання: 15 хв.

Інструкція: Клієнту пропонують взяти чистий аркуш паперу А4 і на ньому простим олівцем намалювати велике коло. Віднайти центр кола. Взяти олівці чи фарби і намалювати щось всередині кола. Пам'ятати, що зовнішні межі кола не повинні бути перешкодою. Якщо клієнт хоче вийти за межі кола, він може це зробити. Коли закінчить малювати треба підписати малюнок і поставити дату. Також вказати, де знаходиться верхня частина зображення.

Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу: – Які емоції та почуття викликає у Вас малюнок? – Назвіть основні символи малюнка та проаналізуйте, яке значення вони мають для Вас. – Назвіть три слова, з якими у Вас асоціюється малюнок. – Яке основне смислове повідомлення Вашого малюнка? – Що Ви готові зробити з малюнком і де його розмістити? – Прокоментуйте назву Вашого малюнка.

#### **4 день профілактичної програми.**

Назва мандали «Ресурс», яка була використана з метою активізації особистісних ресурсів.

Так, дана мандала допомагає усвідомити свої ресурси, ті речі, які можуть не лише поглинати енергію та нашу силу, але й наповнювати нас.

Обладнання: папір А4, фарби, пензлики олівці, шаблон мандали.

Тривалість виконання: 20 хв.

Інструкція: Клієнту пропонують створити мандалу ресурсу. Для цього на аркуші А4 клієнт малює все, що завгодно. Проте з до триманням певних вимог, а саме симетричності елементів мандали та чіткості створюваної композиції. Оскільки збалансованість композиції дозволяє сприймати її гармонійно і позитивно. Клієнту можна запропонувати розфарбувати вже готову мандалу (якщо виникають труднощі із створенням мандали) (Шаблон мандали).

Після закінчення роботи з малюнком можна скласти історію про ресурс.

Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу: – Які емоції викликає у Вас намальована мандала? – Що означають кольори і символи, які Ви використовували? – Яка назва цієї мандали? – Яке основне смислове повідомлення цієї мандали? – Де Ви хотіли б її розмістити?

## **5 день профілактичної програми.**

Назва мандали «Гармонізуюча мандала», яка була використана з метою гармонізації емоційного стану, розширення знань про свій емоційний стан, розвиток здатності виражати свої істинні почуття.

Так, дана мандала допомагає усвідомити свої істинні емоційні переживання, так як в цілому людям, а жінкам-переселенкам зокрема, дуже важко визначати, ідентифікувати та працювати зі своїми переживаннями.

Обладнання: папір А4, олівці, фарби, пензлики.

Тривалість виконання: 25 хв.

Інструкція: Клієнту пропонують взяти шаблон гармонізуючої мандали. Мандала має відкриті двері, які символізують вирішення проблем, перехід із одного стану в інший, а напрямки, які розходяться із середини мандали – нові можливості, ключ же в середині композиції – знак, який людина трактує і символізм якого для кожного різний. Розмальовувати можна абсолютно будь-яким кольором, але зелений має бути в мандалі задіяний.

Таким чином, саме через мандалу можливе екологічне вивчення психоемоційного стану особистості, інтеграція її пережитого досвіду та стабілізація стану після травмуючої ситуації.

## **Висновки до другого розділу**

На основі проведеного емпіричного вивчення особливостей переживання стресу жінками-переселенками нами було встановлено наступне:

- За допомогою опитувальника «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка з'ясовано, що більшість опитуваних характеризуються середнім рівнем схильності до переживання тривоги та порогу виникнення реакції тривоги, до того ж, середнім рівнем фрустрації як психічного стану, провідною характеристикою, якого є низький рівень досягнення цілей через реальні чи уявні перешкоди. Тобто, опитувані є досить тривожними та будь-які перешкоди сприймають як такі, що не дають рухатися далі;

- В ході аналізу результатів, отриманих за допомогою опитувальника «САН» встановлено, що актуальний, суб'єктивний психологічний стан людини, внутрішнє відчуття нею себе в оточуючій дійсності, який характеризується системним та динамічним характером і розкривається на різних рівнях самовідчуття, знаходиться в переважної більшості досліджуваних на поділці «середньо», переважна більшість опитуваних характеризується низьким рівнем вираженості активної взаємодії з оточуючою дійсністю, в ході якої відбувається задоволення їхніх потреб, а також в досліджуваних домінують негативні настрої, які пригнічують, демобілізують та викликають їхню пасивність.

- За допомогою малюнку «Пейзаж емоційного стану» нами було встановлено, що більшість опитуваних спустошені, знервовані та без почуття опори й безпеки. Бажаний емоційний стан: спокій, наповненість, гарне самопочуття та настрої.

- За допомогою опитувальника «Особливості наявності глобальної психотравми» нами було встановлено, що більшість опитуваних не переживали безпосередньо на собі того чи іншого виду насилля, проте в переважної більшості відмічається наявність нічних жахів, почуття безпорадності, настороженості, неконтрольованого гніву та тривожності, а також почуття провини й пригніченості.

## ВИСНОВКИ

На основі проведеного теоретичного аналізу наукової літератури та емпіричного вивчення особливостей переживання стресу жінками-переселенками було встановлено наступне:

1. Здійснено теоретичний аналіз проблематики «посттравматичний стресовий розлад» особистості.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це інтенсивна, пролонгована реакція на сильний травматичний стресор, такий, як природні катаклізми (землетруси, повені, пожежі), лиха, викликані людьми (переслідування, терористичні акти, воєнні дії), насильство (розбійний напад, зґвалтування, тортури). Основними ознаками даного розладу є 1) збудливість і дратівливість; 2) нестримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах травмуючої події, 4) відхід від реальності; 5) схильність до некерованих агресивних реакцій.

2. Сформовано релевантний темі дослідження психодіагностичний інструментарій для проведення емпіричного дослідження особливостей переживання стресу жінками-переселенками. Так, нами було підібрано наступні методики та опитувальники: Опитувальник «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка; Опитувальник «САН» (Самопочуття. Активність. Настрій); Малюнок «Пейзаж емоційного стану»; «Опитувальник особливостей наявності глобальної психотравми».

3. Проведено аналіз та інтерпретацію результатів дослідження. За допомогою опитувальника «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка з'ясовано, що більшість опитуваних характеризуються середнім рівнем схильності до переживання тривоги, фрустрації, агресії та ригідності.

В ході аналізу результатів, отриманих за допомогою опитувальника «САН» встановлено, що в цілому опитувані характеризуються низьким рівнем настрою, самопочуття та активності, що може впливати на їхню життєдіяльність.

За допомогою малюнку «Пейзаж емоційного стану» нами було встановлено, що більшість опитуваних спустошені, знервовані та без почуття опори й безпеки. Бажаний емоційний стан: спокій, наповненість, гарне самопочуття та настрій.

За допомогою опитувальника «Особливості наявності глобальної психотравми» нами було встановлено, що більшість опитуваних не переживали безпосередньо на собі того чи іншого виду насилля, проте в переважній більшості відмічається наявність нічних жахів, почуття безпорадності, настороженості, неконтрольованого гніву та тривожності, а також почуття провини й пригніченості.

4. Розроблено практичні профілактичні рекомендації щодо запобігання розвитку ПТСР у жінок зазначеної категорії за допомогою мандалотерапії. Так, програма розрахована на 5 днів по 2-2,5 години кожне заняття.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаменко М.І. Основи наукових досліджень. Харків: ХНУ імені В.Н. Каразіна, 2014. 188 с.
2. Алещенко В.І., Хміляр О.Ф. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами: Навчальний посібник. Харків, ХУПС. 2005. 84 с.
3. Бедь В.В. Юридична психологія: Навчальний посібник. Львів: Новий світ-2000, 2004. 376 с.
4. Ващук О.П. Складові емоційного стану потерпілого та їх вплив на його показання. Наукові праці Національного університету «Одеська юридична академія». Т. 16 / голов. ред. М.В. Афанасьєва; МОН України, НУ «ОЮА». Одеса: Юрид. л-ра, 2015. С. 335-341.
5. Вишневський С.В. Механізми виникнення емоцій, їх види, прояви та стани. Матеріали I Всеукраїнського круглого столу (ДДУВС, 2018). С. 19-24.
6. Власенко С.Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. Юридична психологія. 2017. №2 (21).С. 59-72.
7. Вознесенська О. Л. Арт-терапія як засіб психосоціального відновлення особистості. Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. пр. Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2015. № 3 (29). С. 40-47.
8. Володарська Н.Д. Art therapy at the renewal of psychological well-being In: Innovative development of science and education. Abstracts of the 1st International scientific and practical conference ISGT Publishing House, с. Athens, Greece, 2020. pp. 286-293.
9. Гуляєва А.С. Психологічні особливості вимушеного переселення. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». 2017. № 37. <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2017-37.%p>
10. Дацун О. О. Використання системного підходу у створенні арт-терапевтичних технік / О. Дацун // Актуальні проблеми вищої професійної освіти. – Київ, 2022. – С. 32-33. <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/54984>

11. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. Львів: ЛьВДУВС, 2020. 232 с.
12. Кердивар В.В., Христенко В.Є. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту. Харків, 2021. 143 с.
13. Корольчук О.Л., Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. Інвестиції: практика та досвід: науково-практичний журнал. Чорноморський держ. ун-т ім. Петра Могили; ТОВ «ДСК Центр». К., 2016. С. 104-111.
14. Львов О.О., Жабко Н.В. Важливість профілактики та корекції посттравматичних стресових розладів. Арт-терапевтичний підхід. Психологічні та психотерапевтичні аспекти. Простір арт-терапії : [Зб. наук. праць] / УМО, 2018, ВГО «Арт-терапевтична асоціація», 2018; [Редкол.: Лушин П.В., Чуприков А.П. та ін.]. К.: Золоті ворота, 2018. – 159 с.
15. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б.В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х.: ХМАПО, 2014. 223 с.
16. Молчанова О.М. Застосування ліній, каракулів та геометричних форм у процесі спонтанної творчості терапевтичного малювання – Кропивницький 2020. – 78 с.
17. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації / уклад.: П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Підкоритов та ін. Харків, 2002. 47 с.
18. Проданова О. Емоційні стани як мотиватори поведінки людини. Сучасна психологія: проблеми та перспективи. С. 57-62.
19. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Царенко Л.Г.; за ред. З.Г. Кісарчук. Київ: ТОВ «Видавництво «Логос». 2015. 207 с.
20. Психосоціальна допомога внутрішньо переміщеним дітям, їхнім батькам та сім'ям з дітьми зі Сходу України: посіб. для практиків соціальної сфери/

Л.А. Мельник та ін.; за ред. Л.С. Волинець. К.: ТОВ «Видавничий дім «Калита», 2015. 72 с.

21. Пуляк О., Сидорчук Т., Хріненко Ю. Особливості навчання студентів з посттравматичним стресовим розладом. Наукові записки. 2017. №12 (II). С. 209-213.

22. Трубавіна І.М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа соціально-педагогічної роботи з ними. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. Суми: СДПУ імені А. С. Макаренка, 2015. №8 (52). С. 434-446.

23. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.

24. Brett E.A., Ostroff R. Imagery and post-Traumatic Stress Disorders: An Overview. *American J. Psychiatry*. 1985. Vol. 142, N 4. P. 417-424.

25. Charcot J. *Les de moniaques dans l'art*. Paris, 1887.

26. Curran P.S. Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. *British J. of Psychiatry*. 1988. Vol. 153. P. 470-475.

27. Grinker R., Spiegel J.P. *Men Under Stress*. N.Y.: McGraw. Hill Books Company, 1963.

28. Horowitz M.J., Wilner N., Kaltreider N., Alvarez W. Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*. 1980. Vol. 37. P. 85-92.

29. Kardiner F. Traumatic Neurosis of War. In S. Arietta (Ed.) *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books, 1959. Vol. 1. P. 245-257.

30. Oppenheim H. *Die traumatischen Neurosen*. Berlin, 1889. 176 p.

31. Semikina O.Y., Fedchenko V.Y., Yavdak I.O., Cheredniakova, O.S., & Volkova S.O. Особливості емоційного стану у внутрішньо переміщених осіб. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2020. № 13. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-03>

32. Shapiro F. Efficiency of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*. 1989. Vol. 2. P. 199-223.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

**Зведена таблиця первинних результатів досліджуваних**

Шифр досліджуваної	Назва шкали						
	Самопочуття	Активність	Настрій	Тривожність	Фрустрація	Агресія	Ригідність
1.	5,8	3,4	5,9	7	9	6	8
2.	5,6	4	2,2	11	11	12	9
3.	4,4	5	5,2	8	9	12	4
4.	1,7	1,6	1,3	14	13	14	13
5.	2,8	2,8	2,1	12	12	13	11
6.	2	1,2	1,9	11	9	8	8
7.	5,5	4	5,6	6	9	5	8
8.	4,9	3,7	2,7	12	11	10	9
9.	4,2	4,9	5,5	9	9	13	12
10.	2	2	1,8	12	13	12	11
11.	2,3	2,8	2,7	13	12	11	10
12.	1,8	1,7	2,3	12	12	9	9
13.	5,7	3,6	5,3	9	12	10	8
14.	5,4	4,8	2,8	12	10	11	9
15.	4,9	5,5	5,1	7	9	9	4
16.	4,8	2,3	1,8	12	8	8	7
17.	2,6	2,7	2,5	11	9	14	9
18.	1,8	3,6	2,8	10	10	14	10
19.	5,1	3,2	5,3	8	13	7	9
20.	5,7	4,8	2,8	9	11	12	10

21.	4,7	4,9	5	11	12	11	12
22.	1,9	1,6	1,8	12	12	10	13
23.	2,5	2,6	2,5	12	7	9	7
24.	2	1,8	2,5	1	8	14	6
25.	1,9	4	3	12	7	14	7

Малюнки мандали жінок-переселенців





