

**Міністерство освіти і науки України**  
**Уманський національний університет**

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**ЧАМЛАЙ ІННА ВАСИЛІВНА**

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ КОМБАТАНТІВ З  
ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ МЕТОДОМ  
КАНІСТЕРАПІЇ**

05 Соціальні та поведінкові науки

053 Психологія

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

\_\_\_\_\_ І. В. Чамлай

Науковий керівник – Олександр Джамільович Сафін, доктор психологічних  
наук, професор

Умань – 2026

## АНОТАЦІЯ

**Чамлай Інна. Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії – кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії (спеціальність 053 Психологія). Уманський національний університет. Умань, 2026.**

Авторкою здійснено теоретичний аналіз стану дослідженості проблеми соціально-психологічної реабілітації військових з ПТСР, зокрема, методом каністерапії. Посттравматичний стресовий розлад є непсихотичним станом, який виникає через певний час після переживання людиною травмуючого досвіду і характеризується трьома основними симптомами: флешбеки, уникання тригерів, гіперзбудження.

Реабілітація учасників бойових дій – це система заходів, спрямованих на відновлення фізичної, психологічної та соціальної сфери життєдіяльності. Найпоширенішими методами роботи із травматичним досвідом є КПТ, групова психотерапія, соціально-психологічний тренінг, арт-терапія, EMDR.

Каністерапія – це комплекс заходів, під час яких людина взаємодіє із спеціально навченим та сертифікованим собакою-терапевтом для покращення фізичного та психічного самопочуття, а також з метою соціалізації особистості. Не дивлячись на поширену ефективність каністерапії в реабілітації ветеранів, в науковій літературі немає чітко сформованої та апробованої програми для її проведення, що зумовлює актуальність нашого дослідження.

Метою констатувального експерименту було визначити загальний рівень ПТСР та окремих його кластерів в учасників експериментальної та контрольної групи, інших характеристик їх психічного стану та особистісних рис, які мають вплив на динаміку перебігу даного розладу, на початковому зрізі. Результати показали порівнюваність вибірок в плані вираженої посттравматичної, тривожної та депресивної симптоматики, що

вказує на потребу в реабілітаційному втручанні та забезпечує належні умови для проведення формувального експерименту.

Етап формувального експерименту був присвячений розробці та апробації авторської програми «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів із посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії». Програма складалась з таких етапів: підготовчий, адаптаційний, основний та завершальний. Реабілітація направлена на роботу із фізіологічною, психологічною та соціальною сферою і складається з таких взаємопов'язаних блоків: діагностичний, теоретичний та корекційний. Структура реабілітаційної програми (не рахуючи діагностичний блок) налічує 10 занять тривалістю 30-40 хвилин.

Після проходження респондентами експериментальної групи авторської програми «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії» ми зробили повторний зріз, щоб оцінити її ефективність. Результати формувального експерименту засвідчують значні позитивні зміни в досліджуваних цієї вибірки, на відміну від контрольної.

Зокрема, кількість респондентів експериментальної групи із тяжкими симптомами ПТСР скоротилась з 10 до 3 осіб, а з вираженим з 21 до 13, а в контрольній ці показники залишились майже повністю тотожними. Таку ж динаміку можемо відзначити за окремими кластерами посттравматичного стресового розладу, так як чисельність досліджуваних експериментальної групи, у яких наявні ці симптоми також достатньо зменшилась, чого не відбулось у контрольній вибірці. Статистичний аналіз ( $\chi^2$ -критерій Пірсона, точний критерій Фішера, коефіцієнт V Крамера, t-критерій Вельча, коефіцієнт Коуена) підтвердив, що помічені відмінності між групами на етапі заключного зрізу не є випадковими і характеризують середньою та великою силою ефекту.

Реабілітаційна програма сприяла поліпшенню психічного стану учасників експериментальної групи не лише в контексті ПТСР, а й в зниженні тривожних та депресивних симптомів. Респондентів із клінічно вираженою

тривогою стало менше на 20 осіб, а із клінічно вираженою депресією – на 12. У контрольній групі таких змін не відбулося, відмінності між вибірками є статистично значущими, а коефіцієнт V Крамера вказує на середню та середньо-велику силу ефекту. Крім того, в експериментальній групі відбулись зрушення за такими індивідуальними характеристиками особистості: стійкість до бойового стресу, нервово-психічна стійкість, комунікативний потенціал, морально-етична нормативність, військово-професійна спрямованість, схильність до девіантної поведінки та суїцидального ризику. Різниця між вибірками за цими якостями на заключному зрізі полягає в тому, що в контрольній групі їх показники були майже такими ж, як і на початковому зрізі. Статистичну вагомість даних змін підтвердили  $\chi^2$ -критерій Пірсона та коефіцієнт V Крамера.

Таким чином, результати діагностики обох вибірок до формувального експерименту не мали статистично значущої різниці, а після проходження реабілітаційної програми із залученням собак-терапевтів в експериментальній групі вони суттєво змінились в кращу сторону, на відміну від контрольної. Отже, можемо стверджувати, що авторська програма «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом» є ефективною в зменшенні посттравматичної, тривожної та депресивної симптоматики та на загальний психічний стан особистості.

Ключові слова: гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, флешбеки, інтрузії, гіперпильність, психологічна травма, соціально-психологічна реабілітація, анімалтерапія, каністерапія.

## ANNOTATION

**Chamlai Inna. Socio-psychological rehabilitation of combatants with post-traumatic stress disorder using the canisterapy method - a qualifying scientific work in the form of a manuscript. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy (specialty 053 Psychology). Uman National University. Uman, 2026.**

The author has carried out a theoretical analysis of the state of research on the problem of socio-psychological rehabilitation of military personnel with PTSD, in particular, using the canisterapy method. Post-traumatic stress disorder is a non-psychotic condition that occurs after a certain time after experiencing a traumatic experience and is characterized by three main symptoms: flashbacks, trigger avoidance, hyperarousal.

Rehabilitation of combatants is a system of measures aimed at restoring the physical, psychological and social spheres of life. The most common methods of working with traumatic experiences are CBT, group psychotherapy, social and psychological training, art therapy, EMDR.

Canitherapy is a set of activities during which a person interacts with a specially trained and certified therapy dog to improve physical and mental well-being, as well as for the purpose of socialization of the individual. Despite the widespread effectiveness of canitherapy in the rehabilitation of veterans, there is no clearly formed and approved program for its implementation in the scientific literature, which determines the relevance of our study.

The purpose of the ascertaining experiment was to determine the overall level of PTSD and its individual clusters in the participants of the experimental and control groups, other characteristics of their mental state and personality traits that have an impact on the dynamics of the course of this disorder, at the initial stage. The results showed comparability of the samples in terms of pronounced post-traumatic, anxiety, and depressive symptoms, which indicates the need for rehabilitation intervention and provides appropriate conditions for conducting a formative experiment.

The stage of the formative experiment was devoted to the development and testing of the author's program «Socio-psychological rehabilitation of combatants with post-traumatic stress disorder using the dog-assisted therapy». The program consisted of the following stages: preparatory, adaptation, main and final. Rehabilitation is aimed at working with the physiological, psychological and social spheres and consists of the following interrelated blocks: diagnostic, theoretical and corrective. The structure of the rehabilitation program (excluding the diagnostic block) includes 10 classes lasting 30-40 minutes.

After the respondents of the experimental group completed the author's program «Socio-psychological rehabilitation of combatants with post-traumatic stress disorder using the dog-assisted therapy», we conducted a second cross-section to assess its effectiveness. The results of the formative experiment indicate significant positive changes in the subjects of this sample, in contrast to the control group.

In particular, the number of respondents in the experimental group with severe symptoms of PTSD decreased from 10 to 3 people, and with severe from 21 to 13, while in the control group these indicators remained almost completely identical. The same dynamics can be noted for individual clusters of post-traumatic stress disorder, since the number of subjects in the experimental group who have these symptoms also decreased significantly, which did not happen in the control sample. Statistical analysis (Pearson's  $\chi^2$ -criterion, Fisher's exact criterion, Cramer's V coefficient, Welch's t-criterion, Cowen's coefficient) confirmed that the observed differences between the groups at the final cut-off stage are not random and are characterized by medium and large effect strength. The rehabilitation program contributed to the improvement of the mental state of the participants in the experimental group not only in the context of PTSD, but also in reducing anxiety and depressive symptoms. The number of respondents with clinically pronounced anxiety decreased by 20 people, and with clinically pronounced depression by 12. In the control group, no such changes occurred, the differences between the samples are statistically significant, and the Cramer V coefficient indicates an average and

average-large effect strength. In addition, in the experimental group, there were changes in the following individual personality characteristics: resistance to combat stress, neuropsychiatric stability, communicative potential, moral and ethical normativity, military-professional orientation, tendency to deviant behavior and suicidal risk. The difference between the samples in these qualities at the final cut is that in the control group their indicators were almost the same as at the initial cut. The statistical significance of these changes was confirmed by the Pearson  $\chi^2$  test and the Cramer V coefficient.

Thus, the diagnostic results of both samples before the formative experiment did not have a statistically significant difference, and after completing the rehabilitation program with the involvement of therapy dogs in the experimental group, they significantly changed for the better, unlike the control group. Therefore, we can state that the author's program «Socio-psychological rehabilitation of combatants with post-traumatic stress disorder» is effective in reducing post-traumatic, anxiety and depressive symptoms and on the general mental state of the individual.

Keywords: acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, flashbacks, intrusions, hypervigilance, psychological trauma, social and psychological rehabilitation, animal therapy, dog-assisted therapy.

**Список публікацій здобувача:**  
**наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати**  
**дисертації:**

Чамлай І. В. Каністерапія як метод соціально-психологічної реабілітації: матеріали VI Всеукраїнських психологічних читань «Удосконалення професійної майстерності майбутніх психологів». Умань. 2023. С. 27 – 29.

Чамлай І. В. Діагностика та терапія посттравматичного стресового розладу. Психологічна допомога особистості у воєнний період : матеріали VIII Всеукр. психологічних читань «Удосконалення професійної майстерності майбутніх психологів», м. Умань, 27 березня 2025 р. / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини, Ф-т соц. та психологічної освіти та [ін.] ; [редкол.: С. Ю. Діхтяренко, Л. А. Данилевич, А. В. Шулдик, О. О. Андрусик]. – Умань. С. 48-50.

Чамлай, І. (2023). Психологічні підходи до тлумачення та терапії посттравматичного стресового розладу. *Psychology Travelogs*, (4), 25–34. <https://doi.org/10.31891/PT-2023-4-3>

Чамлай, І. (2024). Каністерапія як інноваційний метод соціально-психологічної реабілітації. *Психологічний журнал*, (13), 131–139. <https://doi.org/10.31499/2617-2100.13.2024.315054>

Сафін О. Д., Чамлай І. В. (2025). Психічні порушення у комбатантів із гострим стресовим розладом та їхня діагностика. *Вісник Київського національного університету імені Тарса Шевченка*, 3 (63), 30–34.

Chamlai I. Changes in the structure of symptoms of post-traumatic stress disorder in combatants as a result of the use of dog- assisted therapy: a comparative analysis. *Medicine, healthcare and social security: contemporary issues, thoughts and theories: collective monograph* / Ravis O. etc. International Science Group. Boston : Primedia eLaunch, 2025. 243–255.

Чамлай І. В. Теоретико-методологічний аналіз стану дослідженості проблеми соціально-психологічної реабілітації комбатантів у психології. Каністерапія як сучасний напрям соціально-психологічної реабілітації



вразливих категорій громадян: зарубіжний та український досвіди: монографія / Сафін О. Д., Кравченко О. О., Коляда Н. М., та ін. ; МОН України, Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини. Київ : Компринт, 2025. С. 334–394.

Чамлай І. В. Структурні зміни симптоматики посттравматичного стресового розладу у ветеранів під впливом каністерапії. Сто другі економіко-правові дискусії. Серія: Соціальні та гуманітарні науки: матеріали Міжнародної мультидисциплінарної наукової інтернет-конференції (м. Львів, Україна, м. Ополе, Польща, 25-26 листопада 2025 р.) / редкол. : О. Патряк та ін. ГО “Наукова спільнота”, WSZIA w Opolu. Львів : ФО-П Шпак В.Б. С. 146–148.

Чамлай, І. (2025). Симптоми посттравматичного стресового розладу у комбатантів. *Габітус*, (78), 188–192.

Сафін О. Д., Чамлай І. В. Аналіз та інтерпретація результатів апробації авторської програми «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії». Наукові перспективи. 2026. 2(68). С. 1949-1962.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>12</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ДОСЛІДЖЕНОСТІ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ У ПСИХОЛОГІЇ .....</b>	<b>16</b>
1.1 Теорія та практика соціально-психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР .....	16
1.2 Каністерапія та сфери і особливості її застосування у психологічній практиці.....	52
1.3 Каністерапія як метод соціально-психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР .....	72
Висновки до розділу I .....	87
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ .....</b>	<b>89</b>
2.1 Програма, етапи та методи емпіричного дослідження .....	89
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження .....	95
Висновки до розділу II .....	140
<b>РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ МЕТОДОМ КАНІСТЕРАПІЇ.....</b>	<b>143</b>
3.1 Розробка та обґрунтування ефективності авторської програми соціально-психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР методом каністерапії.....	143
Аналіз та інтерпретація результатів апробації авторської програми «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії» .....	154
Висновки до розділу III.....	193

<b>ВИСНОВКИ .....</b>	<b>198</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....</b>	<b>202</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>218</b>

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Зараз суспільство нашої держави перебуває у дуже складному соціально-економічному становищі, що зумовлено військовими діями на її території. Слід зауважити, що військовослужбовці, які перебувають або перебували певний час у зоні бойових дій, не лише відчувають труднощі, пов'язані зі зміною способу життя. Вони перебувають у постійному стані тривоги, гіперпильності та стресу, від чого страждає як фізичне, так і психічне здоров'я. Вагомим стресовим чинником є не лише необхідність адаптуватись до умов в зоні бойових дій, але й дезадаптація при поверненні додому, так як після подій пережитих на фронті їм дуже складно повертатись до функціонування у відносно цивільних умовах.

Нині існує низка різних напрямів реабілітації для військових з ПТСР, але ми вважаємо, що вони потребують більш детальних досліджень, а також, що існує потреба у більш інноваційних підходах до соціально-психологічної реабілітації. Таким методом ми вбачаємо каністерапію, що здійснюється із залученням спеціально навчених собак та фахівців-каністерапевтів. Її перевагою є насамперед комплексність, адже вона передбачає і лікування, і реабілітацію, і психотерапію. До того ж, цей метод є досить новітнім, але разом з тим недостатньо дослідженим в Україні, не має науково-термінологічної бази та чіткої теоретико-методологічної складової впровадження.

Проблематика реабілітації комбатантів із посттравматичним стресовим розладом розглядається у працях таких вчених, як В. Алещенко, В. Ангельська, О. Артюшенко, В. Безшейко, Я. Білень, Б. Надь, О. Романів та ін. Питання каністерапії як методу реабілітації було висвітлено в роботах А. Вдовиченко, С. Герасіної, М. Кулько, О. Мельничук, М. Олмерт, М. Петерс, С. Стерн та ін.

Водночас, в наукових джерелах відсутня чітка термінологія та структура реабілітації військових із участю собак-терапевтів, немає даних щодо

доведення ефективності каністерпії та плану її впровадження в реабілітаційний процес. Актуальність розширення спектру методів реабілітації ветеранів із підтвердженою ефективністю та новітніми засобами психологічного втручання зумовила вибір теми дисертаційного дослідження «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії».

**Мета дослідження** – наукове обґрунтування та емпірична перевірка її ефективності каністерапії як інноваційного методу соціально-психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР.

Для реалізації мети дослідження було поставлено наступні завдання:

- теоретично розкрити зміст поняття посттравматичного стресового розладу, особливості його перебігу в учасників бойових дій, представити можливі підходи до їхньої соціально-психологічної реабілітації;
- розкрити сутність та зміст каністерапії як методу соціально-психологічної реабілітації;
- здійснити психодіагностичне дослідження психо-емоційного та соціального стану учасників бойових дій, з метою виявлення у них посттравматичного стресового розладу;
- розробити, обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми соціально-психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР методом каністерапії.

**Об'єкт дослідження** – соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій.

**Предмет дослідження** – соціально-психологічна реабілітація комбатантів з ПТСР методом каністерапії.

Нукова новизна одержаних результатів полягатиме у тому, що:

- уперше буде теоретично представлено чітку науково-термінологічну базу в галузі каністерапії, розроблено теоретико-методологічну складову її впровадження;

- розроблено та апробовано програму соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців з ПТСР методом каністерпії;
- набуде подальшого розвитку технологія застосування каністерапії як методу соціально-психологічної реабілітації.

**Методи дослідження:** - теоретичні: синтез, узагальнення і типологізація, з дослідження перебігу ПТСР в учасників бойових дій, методів для їх реабілітації, поняття каністерапії як методу соціально-психологічної реабілітації військових.; систематизація наукової літератури;

- емпіричні: (спостереження, констатувальний та формувальний експеримент, бесіда, анкетування, тестування) з метою дослідити психічний стан учасників експериментальної та контрольної групи на етапі початкового зрізу та динаміку його зміни після формувального експерименту.;

- математико-статистичні (z-тест,  $\chi^2$ -критерій Пірсона, коефіцієнт V Крамера, точний критерій Фішера, t-критерій Вельча, коефіцієнт d Коена, тест Манна–Уїтні, корекція Bonferroni та корекція Holm) з метою оцінки статистичної значущості отриманих результатів.

**Теоретична значущість дослідження.** Дослідження представить наукове обґрунтування особливостей здійснення каністерапії. Буде представлено основні її положення, розроблено чітку науково-термінологічну, детально описано правила відбору «собак-терапевтів» та їхню подальшу взаємодію з людиною, яка матиме терапевтичний ефект.

У роботі буде чітко визначено кореляти, що обумовлюють доцільність використання каністерапії як методу соціально-психологічної реабілітації. Крім того, нами буде розроблено методологію впровадження та застосування каністерапії, поетапно описано терапевтичну взаємодію людини з твариною, проаналізовано та представлено психофізіологічне підґрунтя, яке дозволяє досягти саме терапевтичного впливу в результаті цього процесу.

**Практична значущість дослідження.** Розроблена нами програму соціально-психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР методом каністерапії зможуть використовувати психотерапевти у своїй приватній

практиці. Також її доцільно буде застосовувати в кінологічних центрах, які надають можливість працювати із «собаками-терапевтами». Ідею щодо інноваційності методу коністерапії та представлену нами методологію її застосування в процесі соціально-психологічної реабілітації матимуть можливість перейняти заклади та установи соціального спрямування, які працюють із військовослужбовцями та мають на меті відновлення їх психо-емоційного та соціального становища, супровід в процесі адаптації до звичайних життєвих умов. Отримані за результатами дослідження дані буде використано в лекційних курсах та семінарських заняттях із дисциплін спеціальності «Психологія», зокрема дисципліни «Віськова психологія».

**Структура та обсяг дисертації.** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, який налічує 124 найменування та додатків. Загальний обсяг роботи складає 226 сторінок, основний зміст викладено на 190 сторінках.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ДОСЛІДЖЕНОСТІ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ У ПСИХОЛОГІЇ**

### **1.1 Теорія та практика соціально-психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР**

При сильному стресі наша психіка не здатна одразу обробити та упорядкувати інформацію щодо травмуючої події. Захисні механізми працюють так, що ці дані залишаються у підсвідомості, щоб не переживати знову болісні почуття. За умови успішного опрацювання травматичного досвіду, він все ж інтегрується у свідомість, в наслідок чого подія стає пережитою і сприймається як завершена [13].

У людей, в яких така обробка інформації про травму не відбулась формується посттравматичний стресовий розлад. Вони сприймають цю подію як таку, що не є завершеною, ніби вона досі може відбуватись в реальному часі. Тому продовжують відчувати емоційне збудження, підвищену тривогу та ін., особливо при згадці про пережитий стрес або наявності тригерів, які можуть про нього нагадувати.

Більше того, навіть при відсутності подразників їх можуть турбувати болісні спогади про травму, які викликають такі ж неприємні відчуття та поведінкові реакції, ніби небезпека досі існує і з нею треба боротись просто зараз. Найбільш небезпечним для психіки є кумулятивний або накопичувальний стрес, який виникає внаслідок досить тривалого перебування особи в умовах, які змушують її відчувати сильну нервову напругу та в яких вона не може задовольняти свої потреби і втрачає надію на вихід з цього становища. [14, 43].

Ми вважаємо доцільним застосувати для цього феномену метафору кімнати з незібраними меблями. Вони не знайшли свого місця, натомість



розкидані в різних місцях. Тому людина чи не на кожному кроці натикається на них, відповідно відчуває негативні емоції та біль при зіткненні.

Р. П. Попелюшко зауважує, що протягом певного періоду після інтенсивного стресу можуть бути виражені такі симптоми, як надмірна пильність, гостре реагування на різного роду стимули, дратівливість або замкнутість. За умови успішного проживання такого досвіду, вони поступово зменшуватимуться та зникнуть, але якщо такі прояви не припиняються протягом тривалого часу (більше 2-3 місяців), то є вірогідність посттравматичних ускладнень.

А. І. Єна в контексті формування психічної травми згадує про концепцію аварійної, яку ще називають терміновою та довготривалою адаптації. Коли індивід знаходиться в небезпечних для життя та здоров'я умовах і переживає сильний стрес, його психіка працює на збереження цілісності та безпеки організму, що звісно вимагає більшої уваги, збудження та готовності діяти, ніж за спокійних обставин – це і є аварійна адаптація. Якщо людина переживає стрес протягом тривалого періоду, її ретикулярна формація та лімбічна система переходять до довготривалої адаптації до таких умов і психіка так і продовжує перебувати у стані гіперзбудження [40].

Н. В. Павлик називає такі зміни «екстремальною особистістю», яка формується внаслідок затяжного впливу надзвичайних умов і проявляється у всіх сферах її життя. Її психіка перебуває в незлагодженості із навколишнім середовищем, а цінності та мотиваційні спонукання щодо соціуму стають деструктивними, вона перестає реагувати на позитивні події та прояви і хоче знову пережити посилені почуття, тому що безпечне оточення їй вже здається прісним і недостатньо стимулюючими. Тому вона знову і знову шукатиме екстремальні ситуації (небезпечний спорт, водіння на високій швидкості, злочини та ін).

Це зумовлено й тим, що людина зіштовхується із складними та дуже неоднозначними емоціями: відчуття несправедливості, гніву, провини вцілілого, збентеження через внутрішні зміни, іноді горювання (якщо

втратили когось або щось в цій катастрофі), бачення себе як сильної особистості, але одночасно й як поганої, заплямованої чи навіть зіпсованої, тривога пов'язана з вірогідністю втратити контроль над своїми почуттями та поведінкою, бажання покарати винних або, навпаки, стокгольмський синдром, тотальна недовіра до інших [73].

Першим почав вживати термін посттравматичного стресового розладу американський психолог Дж. Горговіц, який визначав його, як розлад психіки, що виникає через певний час (від чотирьох тижнів до півроку) після однієї або кількох травмуючих подій. І хоча поняття ПТСР набуло вжитку лише у 1980 році, схожі за описом стани описували ще за давніх часів, зокрема, давньогрецький історик Геродот та давньоримський філософ Лукрецій. Здебільшого вони зазначали, що у чоловіків, які брали участь у воєнних діях були проблеми з повторними спогадами про битву і отриманими та/або побаченими на ній пораненнями, надмірним хвилюванням та дратівливістю і сплaxами гніву [97].

За І. М. Крук та І. М. Григус посттравматичний стресовий розлад є реагуванням непсихотичного характеру на травмуючі чинники, яке з'являється не одразу, а з плином певного часу та спричиняє значні ускладнення в сфері психічного самопочуття [58].

А. В. Михальський та Ю. О. Царьов наголошують, що говорячи про посттравматичний стресовий розлад доречно вживати саме визначення «розлад», тому що цей стан не є хворобою. Певною мірою, це є зрозуміла реакція людської психіки на ненормальні події, типу війни, насилля, стихійних лих та ін [64].

Часто ПТСР плутають із ГСР (гострий стресовий розлад). Цьому передують помилкове уявлення, що посттравматичний стресовий розлад виникає одразу після події, що завдала травми психіці. Насправді, спочатку людина переживає гостру стресову реакцію. В залежності від конкретних особливостей індивіда та його нервової системи, вона може бути активно-оборонною і пасивно-оборонною.

Вже за нею може послідувати гострий стресовий розлад, який з часом ймовірно призведе до посттравматичного стресового розладу. ПТСР не може виникнути поки подія ще триває, він є, так званою, «постфактум» реакцією, яка настає через кілька місяців.

З цього ж випливає й друге хибне переконання про посттравматичний стресовий розлад, яке полягає в тому, що він обов'язково наступить якщо людина пережила певний травмуючий епізод. Але за статистичними даними, ПТСР діагностують у 10-15% потерпілих.

На це впливає ряд факторів. Зокрема, генетика, що може визначати реакцію людини на стрес на 30%. Також значення мають індивідуальні психологічні риси, такі як: тип нервової системи, схильність до песимістичного чи оптимістичного стилю мислення, наявність тривожного чи депресивного стану на момент пережитого травмуючого досвіду, копінг-стратегії, якими володіє особистість та ін.

Л. Карамушка, О. Креденцер та К. Терещенко говорять про наявність таких типів копінг стратегій, як активні і продуктивні стратегії (позитивна реінтерпретація, складання плану подолання, взяття відповідальності та прийняття), активні і напівпродуктивні (звернення до підтримки соціуму, відхід від інших активностей, гумористичний погляд на ситуацію, релігійна філософія) та пасивні і непродуктивні (заперечення, витіснення, зловживання заспокійливими або іншими перпаратами, обмеження своїх можливостей, ескалація емоцій). Очевидно, що більш схильними до травмуючих впливів будуть люди із другим та третім типом копіngu [46].

Крім того, вплив мають події та психологічне середовище, в якому зростає індивід. Якщо в дитинстві було пережито фізичне, емоційне або сексуальне насилля чи інші травмуючі фактори (аварії, тяжкі фізичні травми та/або захворювання, втрата одного або обох батьків чи особи, яка їх замінює), людина важче переживатиме стрес і відповідно, буде більш схильною до ПТСР [12].

Варто також зазначити, що на формування посттравматичного стресового розладу більшою мірою впливає не характер травмуючої події, а саме зазначані вище індивідуальні характеристики конкретної особистості та її внутрішня реакція і сприйняття цього досвіду. Тобто, в однієї людини може бути не виявлено ПТСР навіть після дуже небезпечного та екстремального явища, а в іншій він буде в наслідок набагато меншого стресового фактору [42].

Серед умов, у яких знаходяться військовослужбовці на виникнення ПТСР впливають наступні обставини:

- чи перебував військовий в зоні бойових дій збоку суперника і скільки часу;
- чи були поруч інші люди на момент травмуючої події;
- чи здійснював безпосередньо він обстріл армії противника;
- чи знаходився в оточенні солдатів ворожої армії;
- чи виконував бойові завдання за обставин, що були небезпечними для життя та здоров'я;
- чи був свідком смерті або травмування побратима чи інших людей;
- чи були конкретні ситуації, в яких військовий міг загинути або отримати тяжку тілесну травму
- чи є висока ймовірність повторення досвіду схожого до пережитого
- якими були глобальні наслідки події (людині важливо знати, що вона постраждала не даремно) [79, 90].

Відіграє роль також рівень підготовки військового та психологічна готовність до участі в бойових діях. Якщо людина знає, що її очікує та самостійно прийняла рішення нести службу на війні, це значно знижує рівень розвитку посттравматичного стресового розладу. Власне рішення людини важливе не лише через те, що в такому разі вона свідомо розуміє на що йде і більшою чи меншою мірою готовою до цього. Впливає ще фактор вмотивованості, тобто віра в те, що цей тяжкий стрес вона переживає не дарма.

Ми наголошуємо на значимості вірної діагностики усіх потерпілих, у яких ймовірно буде посттравматичний стресовий розлад. Адже, хоча його симптоми і є нормальною захисною реакцією психіки на ненормальні травмуючі події, якщо не провести своєчасну терапію та реабілітацію таких пацієнтів, наслідки можуть бути дуже тяжкими. Зокрема, алкоголізація чи наркоманія, розвиток супутніх психічних порушень, втрата контакту з оточуючими.

Парадоксально, але часто жертви подій, що загрожували їх життю самі потім стають злочинцями, тому що відчують себе чужими у суспільстві та не можуть адаптуватись до звичних іншим людям умов праці. Також вони почуваються покинутими та хвилюються про те, що суспільство їх не розуміє і відторгає, тому їм легше самим стати проти соціуму. У найбільш складних випадках потерпілі можуть вдаватись до самопошкоджень або навіть суїциду.

Для посттравматичного стресового розладу є характерними такі основні симптоми:

- повторне переживання травмуючої події (флешбеки, інтрузії, спогади, нічні жахіття);
- уникання розмов та всього, що може нагадувати про стресовий досвід (предметів, схожих ситуацій, новин та ін.);
- надмірна емоційна збудливість, що може супроводжуватись агресивними діями по відношенню до себе та/або інших, нападами гніву, нездатністю до розлаблення та здорового сну [11].

При теоретичному аналізі феномену ПТСР виділяють наступні підходи для його пояснення:

1. Психодінамічний підхід. Згідно із його положеннями, коли людина стикається з досвідом, який її шокує та є емоційно тяжким, її психіка вдається до одного із захисних механізмів, а саме дисоціації. Тобто ті аспекти, які вона наразі не здатна опрацювати, витісняються зі свідомості, що часто допомагає вижити та приймати необхідні рішення і дії в складних обставинах.

Однак, згодом витіснені у підсвідомість фрагменти все одно намагатимуться «вийти на поверхню», в наслідок чого потерпілий буде відчувати емоції та почуття, які він переживав у травмуючій події, мати неконтрольовані спогади про неї, бачити нічні кошмари. Так психіка намагається пережити досвід, який через дисоціацію залишився не інтегрованим і буде це робити поки він не буде опрацьований у свідомості.

Тому прихильники психоаналітичної моделі наголошують на важливості роботи із почуттями та спогадами про травму, складанням їх у загальну чітку картину та цілісній обробці такої інформації індивідом. Ускладнює становище і внутрішній конфлікт між тим образом власної особистості, який індивід мав до стресової події та тим, як він бачить себе зараз.

2. Психосоціальний підхід. Він робить акцент на значному впливі сім'ї та соціуму на процес перерживання травми. Якщо особистість знаходить серед інших людей підтримку, розуміння та вдячність, вона краще адаптується до звичних умов життя та не закривається в собі, що дуже допомагає конструктивно перержити травмуючий досвід і не застрягати у неприємних переживаннях.

Згідно із психосоціальною моделлю, реакція оточуючих також грає не останню роль в одному з ключових симптомів посттравматичного стресового розладу – униканні. Так як, при зіткненні із нерозумінням від суспільства та близьких людина ще більше боїтиметься говорити про пережиті події, адже відчуватиме страх неприйняття та сором, а уникання як відомо, посилює формування такого досвіду як травматичного.

До того ж, соціум має вплив і на подальших негативних наслідках для тих, у кого виявлено ПТСР. Коли індивід відчуває відторгнення в здоровому соціальному середовищі, він шукатиме угруповання, де відчуватиме себе своїм та перерживатиме почуття, які притаманні травмуючій події (адреналін, страх за життя та ін.), якими можуть стати злочинні та інші спільноти із девіантним патерном поведінки [98].

Має місце і уявлення деяких осіб, які впорались із надзвичайною подією, що тепер вони заслуговують великого визнання і їх повинні вважати героями. Коли вони не отримують бажаного, то стають озлобленими і ображеними, адже це для них є глибоким розчаруванням [73].

Ще одним способом впоратись із важкими емоціями, коли відгуку від інших людей немає, можуть стати алкоголь, наркотики, безладні сексуальні зв'язки та ін. Виходячи з вище сказаного, ми вважаємо доцільним включити у діяльність психологів різних сфер просвітницьку роботу щодо посттравматичного стресового розладу, особливостей його етіології та шляхів надання підтримки потерпілому.

3. Біологічний підхід. Він розглядає психофізіологічні зміни, яких зазнає нервова система внаслідок пережитої травми та їх подальший вплив та функціонування організму. До них відноситься активізація амігдали – частина головного мозку, яка бере участь у виникненні певних емоційних реакцій, у випадку стресової ситуації це найчастіше буде страх. Людина не просто відчуватиме його, він матиме значну перевагу над іншими емоціями і як наслідок, утримуватиме стан збудження та готовності боротись або тікати.

Крім того, префронтальна кора, основною функцією якої є раціональне мислення, навпаки, не може бути активною одночасно із мигдалеподібним тілом, тому індивід практично втрачає змогу заспокоїти себе через когнітивну сферу і знаходиться під впливом стресових переживань. Гормон норадреналін теж не дасть організму розлабитись, адже він має бути наготові та швидко діяти тут і зараз. Коли стресова ситуація завершується, замість нього має виділятися кортизол і гіперзбудження припиняється.

При посттравматичному стресовому розладі гормональний фон не повертається до норми та продовжує підтримувати стан напруги, тривоги та відчуття необхідності захищатись. А описані вище особливості функціонування ділянок головного мозку не дають тверезо оцінити ситуацію при флешбеках або тригерах, пов'язаних із травмуючою подією, що зумовлює переживання та реакції так, ніби вона відбувається в теперішньому часі.

Також гіпокам не виконує в поній мірі своє головне завдання – створення нейронних зв'язків, завдяки чому все, що з нами відбувається складається в цілісну картину і усвідомлюється як минулий вже пережитий досвід. Внаслідок чого, спогади про стресову подію не знаходять свого місця в наративі життя потерпілого, що і зумовлює їх хаотичне «вискакування» шляхом флешбеків, снів та ін.

Щоб відновити фізіологічні чинники спокою, можна застосовувати аутотренінгові заняття тривалістю до 15 хвилин після пробудження та перед сном, різні варіації релаксацій. Якщо під час них хочеться одразу заснути (особливо, якщо це ранок), можна зробити кілька глибоких вдихів і видихів та замружень очей у закритому стані.

4. Когнітивний підхід. Його основна ідея полягає в тому, що найбільше значення при формуванні психологічної травми має сприйняття та думки конкретної особистості щодо певної події, а також її власний спектр можливостей справлятися зі стресом та відновлюватися після нього. За когнітивною моделлю, фактором розвитку ПТСР є негативні уявлення людини про світ (наприклад, що він небезпечний та ворожий) та/або себе (я слабкий, поганий, моя репутація заплямована та ін.), які можуть виникати після травмуючого досвіду. Орієнтуючись на даний підхід, при терапії травматичних станів необхідно працювати над відновленням позитивного образу «Я», відчуттям безпеки у серцевині, де індивід наразі перербуває та налагодженні доброзичливих контактів з іншими [29, 50].

Здійснюючи діагностичну роботу з комбатантами, варто звернути увагу те, як вони наразі адаптуються до життя поза фронтом. Так, як у багатьох з них психологічні труднощі з'являються не безпосередньо в зоні бойових дій, а якраз після повернення додому. Це продиктовано тим, що їм важко пристосуватись до звичайних життєвих умов після пережитого стресу, вони відчують, що люди, які не зіткнулися з подібним досвідом їх не розуміють, як і вони в свою чергу не розуміють їх буденних проблем, адже ці складнощі здаються значно менш важливими у порівнянні з військовими діями.



Особливо складно адаптуватись тим, хто більше не в змозі повернутись до військової діяльності. Вони можуть реагувати на цей факт занадто жваво або навіть панічно, здійснюючи необдумані дії, які ніяк не вирішують проблему, а тільки створюють додаткові труднощі.

На противагу цьому типу реагування є абсолютний спокій та байдужість до таких змін і відсутність будь-яких дій. Причиною такої поведінки можуть бути упередження про неминучість негативної розв'язки ситуації, флегматичний тип нервової системи або депресивний стан [15].

Аналіз наукових джерел дозволяє виокремити певні стадії, які проходять учасники бойових дій, адаптуючись до життя після повернення з фронту:

1. Підготовча, яка передбачає збір даних про умови, до яких військовий повертається, уявлення про те, як буде в них діяти, чи зміниться його ідентичність і різних сферах (сім'я, робота та ін.), планування щодо взаємин, які він мав до війни і як буде в них комунікувати тепер.

2. Стадія психічної напруги, яка виникає через розуміння, що після прибуття додому можуть формуватися різного роду труднощі, про шляхи подолання яких інформація може бути досить обмеженою. Це викликає тривогу, розгубленість, на фоні яких можуть з'являтися психосоматичні скарги.

3. Стадія гострого психічного реагування входу. Йдеться про стан емоційного піднесення, який може переходити навіть у гіпоманію і супроводжуватись надмірною ажитацією. Такі зміни обумовлені тим, що людина вже залагоджує певні проблемні моменти, отримує якусь частину необхідної інформації. Якщо ж цього не відбувається, то вона стає ще більш напруженою і може впадати в емоційні афекти.

4. Переадаптація, тобто пристосування до нових обставин, формування погляду та емоційної реакції та середовище, в якому опинився, а також захисних механізмів, які можуть бути як конструктивними, так і деструктивними. Стає ясно, які потреби зараз є найактуальнішими та відбувається пошук способів їх задоволення.

5. Заключне емоційне напруження, яке супроводжується нестабільністю психічного стану, збитим режимом сну та загальною розфокусованістю.

6. Стадія гострого психічного реагування виходу. Людині важко опановувати свої емоції, когнітивні функції теж зазнають порушень, присутня рухова ажитація.

7. Реадаптація, якій характерна поступова стабілізація самопочуття, повернення самоконтролю та здатності до звичного функціонування в суспільстві [16].

Слушно зазначити, що описані етапи адаптації прогнозують зміни, які відбуватимуться, якщо особистість отримує належну психологічну, соціальну та за потреби медикаментозну допомогу і повністю або частково відновлює втрачені функції. Ми припускаємо, що за відсутності таких заходів відбувається застрягання на одній із цих стадій і людина стикається із дезадаптацією – дисонансом між тим, як людина бачить навколишній світ та її очікуваннями, що призводить до нездатності адекватно вписуватись в нього та слідувати суспільним нормам.

В кожному індивідуальному випадку вона може мати легшу або більш ускладнену форму, яку відповідно, буде важче нівелювати. Зокрема, дезадаптованість лише в певних ситуаціях не становить великої загрози і людина зазвичай здатна самостійно впоратись із цим процесом, вдаючись до звичних для неї захисних механізмів психіки.

Коли дезадаптованість проявляється не тільки в окремих випадках, а набуває сталого стану при деяких обставинах, то з нею вже не так легко справлятися. Індивід намагатиметься уникати таких умов, а якщо це зробити не вдається, може чинити дуже небезпечні дії, аби припинити нестерпні відчуття. Найважчим варіантом є переживання загальної соціально-психологічної дезадаптованості, яка є вже хворобливим станом і може призвести до невротичних розладів або навіть психозу [16].

Щоб стверджувати, що особистість не зазнала соціальної дезадаптації або пододала це явище, її стосунки в різних групах та родині приносять їй задоволення та закривають потреби, пов'язані з міжособистісним спілкуванням. При цьому переважну частину часу вони не є конфліктними і не супроводжуються внутрішніми тяжкими почуттями, індивіда влаштовує його роль в цих відносинах, яка відповідає тому, що бажають бачити від нього інші їх учасники. Крім того, людина відчуває себе в цій комунікації безпечно, відчуває свободу бути собою та не соромиться своїх звичних поведінкових проявів.

Проміжним станом є часткова дезадаптація, якій властиве неповне забезпечення потреб та/або складнощі душевних переживань при спілкуванні та відхилення від адекватної поведінки за наявності деяких тригерів [103]. Вона є особливо небезпечною через те, що не має таких згубних виражень, як повна дезадаптація і тому часто упускається з уваги, хоча теж може призвести до дуже негативних наслідків і не дає особистості почуватись спокійно та щасливо.

Причинами дезадаптації у військових (крім очевидних обставин війни) можуть стати скрутні погодні та побутові умови, наприклад, необхідність працювати в морозну погоду або сильну спеку, неможливість повноцінно висипатись, невідповідність поточної діяльності цінностям людини, несприятливий психологічний клімат в колективі, нехтування командирами психологічних вімінностей солдат та не врахування це при розподілі завдань.

За М. М. Денисенко, у комбатантів виявляють три форми посттравматичного стресового розладу: тривожно-фобічний, астеничний та дисфоричний.

При тривожно-фобічному ПТСР спостерігається підвищена тривожність, нереалістичні страхи та, в окремих випадках, панічні атаки. При наявності панічних атак пацієнти мають страх померти через зупинку серця, задиху та ін. Це обумовлено тим, що вони відчувають такі фізіологічні симптоми, як прискорене серцебиття, відчуття задихи, прилив жару або

навпаки ознобу. Такі переживання мають впливають на якість сну, особливо процес засинання – людину турбують тривожні думки та страхи, що не дає їй розслабитись і зануритись в сон.

Крім того, при загданій формі розладу потерпілі виявляють надмірну стресову реакцію на подразники, що можуть нагадати їм про пережитий травмуючий досвід (гучні звуки, яскраве світло та ін.). Це навіть може проявлятися фізіологічно, зокрема, труднощі дихання, пітливість, тремтіння.

У пацієнтів з астенічною формою ПТСР основними симптомами є відчуття постійної втоми, труднощі з концентрацією уваги та виконанням розумових завдань, загальна слабкість. У них переважно пригнічений настрій, апатичний емоційний стан, уявлення власної особистості, як такої, яка ні нащо не здатна і не має позитивних якостей. Те, що раніше їх радувало або хвилювало зараз не викликає таких почуттів.

В таких пацієнтів теж можуть бути флешбеки про травмуючу подію, але вони не супроводжуються яскравим емоційним забарвленням та бурхливими поведінковими реакціями. Як і у тривожно-фобічної форми ПТСР, при астенічній теж спостерігаються пролеми зі сном, але для неї є більш характерним переривчастай сон, нічні жахіття та втома після пробудження.

Дисфорична форма посттравматичного стресового розладу характеризується поєднанням стану загальної слабкості та підвищеної напруги і різкого реагування на різного роду подразники. Пацієнти демонструють уникання соціальних контактів, замкнутість та одночасно агресивні реакції по відношенню до оточуючих. У них особливо важко проявляються флешбеки пов'язані з травмою, що можуть супроводжуватись імпульсивними та неконтрольованими реакціями [35].

Крім зазначених вище, виділяють також наступні форми перебігу ПТСР:

- істерична – експресивна поведінка, помисливість, підвищена чутливість до негативних впливів;
- ескпозивна – переважання емоції гніву над іншими почуттями, жорстокість, висока реактивність;

- психорганічна – властива потерпілим, якими мали ушкодження головного мозку і внаслідок цього мають проблеми зі сном, пам'яттю та відчують дереалізацію [80].

На нашу думку, такий підхід до діагностики посттравматичного стресового розладу є досить корисним, адже він дозволяє диференціювати ті відмінності, які можуть бути у пацієнтів з даним діагнозом. Як бачимо, при збереженні основних симптомів, можуть відрізнитися форми їх прояву, що суттєво впливає на вибір терапевтичних та реабілітаційних інтервенцій.

Варто також розрізняти варіанти розвитку ПТСР з точки зору тих дезадаптаційних патернів, до яких при цьому вдається особистість. На їх варіацію впливає загальне ставлення індивіда до свого стану та відповідна поведінка. Це може бути активно-оборонна позиція, яка серед перерахованих буде найбільш близькою до адаптивної. Вона проявляється в розумінні потерпілим наявності психічного порушення та часто навіть бажанням звернутись за лікуванням.

При пасивно-оборонній позиції руйнівні прояви людини переважно направлені на неї саму, вона стає схильною до гіпертрофованих переживань, психосоматичних симптомів та, на відміну від першого варіанту, не виявляє бажання лікуватися і навіть знаходить вигоди від того, щоб не оджувати. Ще однією позицією є деструктивна, за якої негативна налаштованість та дії більше спрямовані назовні у вигляді конфліктів, порушень соціальних правил та закону та при найгіршому розвитку подій у завданні шкоди фізичної чи емоційної шкоди оточуючим.

У таких випадках особливо добре діє правило реабілітації, як звучить як: «Допомагаю собі, допомагаючи іншим». Тобто досягти покращення свого стану можна тільки дотримуючись мирного та доброзичливого ставлення до інших, в свою чергу агресивність та ворожість буде тільки посилювати внутрішній дискомфорт [88].

Наведені види дезадаптації мають прямий вплив на конкретні захисні механізми, до яких вдається індивід. Здебільшого це можуть бути:

тривожність, знаходження виходу емоціям через надмірну агресивність, дисоціація від того, що відбулося та теперішнього життя, відстороненість та значне зменшення або повна відсутність контактів з іншими, зловживання своїм становищем та гіперболізація травми [81].

Якщо при терапії враховувати не лише загальну симптоматику, а й дану концепцію, це по-перше, полегшить перший контакт з пацієнтом, адже підхід до людини зі сплaxами гніву та людини, наприклад, із замкнутістю має бути зовсім різний. По-друге, це підсвічує аспекти, на які в першу чергу необхідно звернути увагу і у яких саме проявах людина потребує допомоги психолога.

Н. В. Павлик представляє класифікацію симптомів посттравматичного стресового розладу, які притаманні військовим, що брали участь в бойових діях:

1. Пізнавальні – складнощі із концентрацією та пам'яттю, кошмарні сновидіння, руйнація світогляду особистості, тривожність та неадекватна реакція на навколишні події.

2. Поведінкові – постійне усамітнення, відмова виходити кудись з дому або навпаки, занадто експресивні манери, вступання в конфлікти без логічних на те причин, частий плач та істерики, зміни емоціно-вольової сфери, різноманітні форми девіантної поведінки.

3. Емоційні – надмірна інтровертованість, сором та почуття провини, втрата почуття радості від того, що раніше було приємним, байдужість до оточуючого світу, апатичне ставлення до майбутнього, відчуття внутрішньої спустошеності. Іншим варіантом може бути неконтрольований гнів та знервованість.

4. Тілесні – порушення сну (безсоння, парасомнії, гіперсомнія, переважна активність в нічний час та сон у денний, апное, часте прокидання через страшні сни), розлади травної та серцево-судинної системи, напруга і біль в різних частинах тіла, гарячка, тремор. У разі ігнорування ці симптоми можуть стати хронічними або перерости у тяжкі хвороби [73].

В. Г. Безшейко наголошує, що ПТСР часто супроводжується коморбідністю з іншими психічними розладами, такими як, депресивний епізод, тривожний, панічний або тривожно-депресивний розлад, алкогольна або іншого роду залежність. Тому на етапі діагностики слід приділити увагу наявності поряд з ПТСР інших психічних порушень, адже це може суттєво впливати на процес лікування [7]. Наприклад, якщо людина продовжує зловживати алкоголем, це може посилювати певні симптоми посттравматичного стресового розладу та мати вплив на медакаментозне лікування, якщо таке було призначене.

Соціально-психологічна реабілітація комбатантів повинна бути побудована таким чином, що максимально відновити ті психічні функції, які зазнали негативних змін або забезпечити, наскільки це можливо в конкретному випадку, їх компенсацію.

Власне, термін «реабілітація» набув вжитку лише у XIX столітті і використовувався лише в медичній сфері. Найбільш поширеним він став після першої світової війни, адже значна кількість осіб отримала інвалідизацію і потрібні були заклади, де вони могли б проходити лікування та відновлення.

В подальшому процес реабілітації став все більше актуальним і в інших сферах, в тому числі й соціальній, психіатричній та психологічній. На думку О. В. Тімченко, в реабілітації є потреба в тому випадку, коли особистості не вдається відновитись самотійно, тому вона потребує допомоги відповідних фахівців [94].

Ю. Л. Бريدников аналізуючи та узагальнюючи наукові джерела, пропонує трактувати реабілітацію, як сукупність заходів медичної, соціально-психологічної та фізіологічної сфери, завданням яких є відновити стан здоров'я, психічне самопочуття та працездатність людини за допомогою пошуку тих ресурсів та здібностей особистості, які ще не були нею помічені та їх стимулювання задля покращення її загального стану і підтримання функціонування. Психологічну реабілітацію він визначає, як повернення особистості її ментального самопочуття, яке вона мала до психологічної

травматизації за допомогою соціально-психологічних, психолого-педагогічних та власне психологічних інтервенцій [14]. Ми схилиємось до думки, що найбільш ефективною вона буде саме як елемент повноцінної системи соціально-психологічних реабілітаційних заходів, адже психічне благополуччя напряду пов'язане з тілесним самопочуттям та гармонійним існуванням в соціумі.

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 18 березня 2024 р. № 307 «Деякі питання ментальної, спортивної, фізичної, психологічної реабілітації та професійної адаптації ветеранів війни, членів їх сімей та деяких інших категорій осіб», реабілітація військових – це комплексний процес, метою якого є відновлення їх фізіологічного, соціального, психічного та професійного функціонування, а також членів їх родини [44].

Щодо наукових підходів до тлумачення реабілітації ветеранів, існують наступні точки зору:

- військово-психологічний підхід, який в основному орієнтований на те, щоб повернути психічне благополуччя після перебування в умовах екстремального стресу;
- компенсаторний – передбачає різного роду пільги, та/або грошові виплати потерпілим;
- соціально-психологічний, головним завданням якого є поновлення значимих стосунків людини та сприяння в пошуку її місця в соціумі;
- мульти- та міждисциплінарний підходи включають в себе зусилля спеціалістів з різних сфер, таких як психотерапевтів, медичних працівників, соціальних органів, волонтерів, юристів задля покращення життєдіяльності військового в усіх відповідних сферах;
- акмеологічний, який концентрується на адаптації до нових соціальних умов;
- загально-психологічний покликаний вирішувати питання, пов'язані з емоційним регулюванням та виробленню здатності до конгруентних реакцій на зовнішні подразники;



- комплексний підхід пропонує вважати ветеранів не об'єктом реабілітаційного процесу, на якого спрямовані різного роду інтервенції, а суб'єктом, який приймає в ньому активну участь та безпосередньо впливає на його результати. Наведеного погляду активно дотримуються в Бельгії та Голландії наголошуючи, що реабілітація це не просто лікування, тому її атмосфера та рівень залученості пацієнта мають суттєві відмінності від звичного лікарняного режиму;

- медичний розглядає методи та засоби повернення індивіду фізичного здоров'я і забезпечення його здатності до виконання певної трудової діяльності [14].

Як бачимо, реабілітація завжди має на увазі повне або часткове поновлення тих аспектів функціонування особистості, які були порушені і базується на ідеї якнайбільше повернути її до звичного способу життя. Ми вбачаємо усі окреслені вище сфери важливими для даної мети і підтримуємо судження про те, що їх експерти повинні працювати разом та для досягнення найбільшої ефективності.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила такі категорії впровадження реабілітації, спираючись на її тривалість та пункту реалізації:

- спеціалізована реабілітація високого ступеня інтенсивності, яка надається потерпілим у гострому стані та базується в фахових центрах та відповідних відділеннях лікарень;

- реабілітаційні заходи, які включені в діяльність вторинного та третинного підрозділу системи охорони здоров'я та здійснюються спеціальними та широкого спектра медичними закладами;

- реабілітація в рамках первинної ланки медичної допомоги, яка проводиться на будь-якому етапі одужання в амбулаторіях, кабінетах сімейного або профільного лікаря та ін.;

- реабілітаційні програми, які виконуються місцевими громадськими, навчальними, лікувально-профілактичними закладами, державними та приватними установами для їх співробітників;

- реабілітація неформального типу, до якої не залучені медичні працівники.

За В. М. Волошиним, реабілітація комбатантів з постравматичним стресовим розладом повинна включати три основні аспекти: медичний, психологічний та соціальний [24]. Ми згодні з таким поглядом на даний процес, адже серед пацієнтів з ПТСР є ті, хто має симптоми, які можуть потребувати медичного лікування (безсоння, панічні атаки та ін). Коли основні соматичні симптоми знято (якщо є така необхідність), можна переходити до роботи з травматичним досвідом в індивідуальній або груповій терапії.

Найкращим варіантом буде поєднання цих двох форм роботи, але як показує практика, комбатанти з більшою насторогою ставляться до розмов вічна-віч із психологом, тому в такому разі доцільніше запропонувати групові заняття. Вони є корисними і в тому, що людина бачить тих, хто перержив схожий досвід та має подібні почуття, а також може отримувати та давати зворотній зв'язок. Це сприяє зменшенню негативного ставлення до себе та відчуття ізоляції, пацієнти охочіше розповідають про те, що їх турбує та починають вірити у позитивний результат лікування.

Головною ціллю групової терапії в даному контексті є нагода розказати про те, що сталося і в процесі розповіді усвідомити, що усі дії, які при цьому виконувала людина були найкращим виходом з тієї ситуації, в якій вона опинилась. Крім того, як показує психотерапевтична практика, в роботі із соромом та почуттям провини одним із найдієвіших способів їх знизити полягає в тому, щоб розділити з кимось цей досвід і не отримати осуду. На цій стадії не варто проводити ніякої глибокої терапевтичної роботи, важливим є саме оповідь людиною пережитих нею подій.

Коли учасникам вдалося поділитись своєю історією, можна переходити до опису почуттів, які їх в той момент супроводжували та які вони відчують зараз. Це буде корисно не тільки через можливість їх прожити та отримати підтримку, а й через розуміння, що інші теж із ними стикаються і це не є чимось ненормальним.

Після відреагування почуттів учасникам необхідно набути вмінь справлятися зі своїми емоціями, не вдаючись до дій, які можуть зашкодити їм самим чи оточуючим. Така практика не лише приносить полегшення в моменті, а й дає відчуття контролю над ситуацією та відчуття власної сили. Це особливо добре працює в терапевтичних групах, тому що ті, кому не вдається одразу оволодіти відповідними техніками, можуть спочатку спостерігати за іншими і бачучи, що в них виходить, починають вірити і в свою здатність впоратись.

І. М. Крук та І. М. Григус окреслюють перелік завдань психологічної реабілітації комбатантів із посттравматичним стресовим розладом:

- стабілізація емоційного самопочуття;
- пошук нових життєвих сенсів та копінг-стратегій;
- загальне відновлення особистості та зокрема, тих її складових, які зазнали змін після стресових подій;
- робота з самосприйняттям та прийняттям фізичних змін, якщо вони є, створення новго погляду на власну ідентичність;
- інтеграція в соціум, вирішення проблем сімейних та інших міжособистісних стосунків;
- осмислення травмуючого досвіду та безпечне вираження пов'язаних з ним почуттів;
- сприяння посттравматичному зростанню індивіда;
- якщо дозволяє стан соматичного здоров'я, повновлення на службі та ефективного виконання професійних обов'язків, а в протилежному випадку – здійснення професійної переорієнтації, щоб військовий мав можливість забезпечувати свою життєдіяльність і не відчував себе непотрібним та ні на що не спроможним [58].

В. О. Тімченко описує стадії, які проходить потерпілий під час соціально-психологічної реабілітації. Першою фазою є ейфорія від розуміння, що вдалось вижити і небезпека позаду, яка триває до кількох місяців. Її «підводним каменем» є необ'єктивне спийняття своїх можливостей та сил,

необґрунтована безтурботність та ігнорування проблем. В комунікації особистість налаштована поводитись адекватно, але її самосприйняття не відповідає реальності і може викликати ускладнення в цій сфері. Потрібно сприяти об'єктивному погляду на навколишню дійсність та наголошенні на тому, що особистість може контролювати, а що ні.

Наступною стадією є фрустрація (до 10 місяців) через те, що індивід зустрічається з наявними труднощами, на які вже не виходить закривати очі. Відповідно, людина більше не думає, що вона всесильна і її самооцінка може різко упасти, виникатиме сором, провина, бажання замкнутися в собі. Особистість може виявити, що звичні для нього копінг-стратегії не спрацьовують, страх та тривога зростають, а стресостійкість знижується, задовольняти свої потреби стає все важче. Тут важливо показати потерпілому, що є ті, кому не все одно та хто виявляє до нього доброзичливе ставлення, а також допомогти із розв'язанням екзистанційних переживань та внутрішніх конфліктів.

Етап відновлення настає приблизно через рік-півтора, коли індивід вже повертається до звичного способу життя і за найкращого перебігу подій повертає свою професійну придатність. Хоча, не у всіх цей період успішно завершується, є й ті, хто в ньому застрягає і не відновлюється достатньо для того, щоб почуватись так, як до травмуючої події. Необхідно працювати над тверезим баченням зовнішнього світу та конгруентному відгуку індивіда на нього [94].

Говорячи саме про військових, корисним буде спонукати їх пригадати, що їм вже вдавалось жити в цьому соціумі. Для цього можна запропонувати скласти не величку розповідь про те, що їм подобалось і не подобалось в їхньому житті до фронту, чим вони займались, як проводили вихідні та відпустки, чи мали хобі, з ким полюбляли спілкуватись та ін., запрошувати мріяти та планувати своє майбутнє, переводячи увагу із проблем на перспективи [73].

Зіткнувшись із симптомами ПТСР людина дуже лякається і має побоювання, що почуватиметься так завжди, негативно сприймає образ власного «Я», звинувачуює себе в тому, що відбулося та думає, що її переживання є неадекватними і більше нікому не властиві. Тому психологу важливо проводити також психоедукаційну роботу, пояснюючи природу цих відчуттів та як він може допомогти у роботі з ними. Щоб людина не зневірювалась і була вмотивована до терапії можна навести їй статистичні дані, які ілюструють випадки терапії пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом, що мали позитивний результат.

Ще однією причиною для проведення просвітницьких бесід із пацієнтами є те, що вони часто соромляться і упереджено ставляться до того, щоб звертатись до психолога і тим більше до психіатра. Особливо це властиво жертвам насилля та військовим. Тому необхідно пояснити, що їх звернення до психолога та за потреби до психіатра не означають, що вони психічно хворі, що їх не будуть «накачувати» різними ліками та відповісти на інші важливі питання, які турбують потерпілих.

Наступним важливим кроком є дізнатись у потерпілого, як він наразі справляється зі стресом та які методи саморегуляції застосовує. Якщо індивід описує дезадапційні засоби самозаспокоєння (наприклад, вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин, екстремальні види спорту, нанесення ушкоджень собі чи іншим та ін.), потрібно виявити розуміння до її стану та того, як важко з ним впоратись і запропонувати розглянути безпечні та ефективні способи емоційного врегулювання [84]. На цьому етапі також важливо пояснити значущість здорового режиму сну, повноцінного харчування, питного режиму, перебування на свіжому повітрі та за можливості рухової активності.

Серед методів, які можна рекомендувати виділяють прогресивну м'язову релаксацію, медитації спрямовані на зниження тривоги та позитивне мислення, вправу «5-4-3-2-1», за якої пропонується назвати п'ять предметів, які ймовірно зараз побачити, чотири, до яких можна доторкнутись, 3 звуки, які

можливо наразі почути, два запахи та щось одне, що можна спробувати на смак. Існує й спрощений варіант останньої техніки, коли людину просять назвати, наприклад, усі сині об'єкти в кімнаті або усі круглі та ін. Доцільно розповісти про роботу з диханням, найпростішою порадою у якій буде стежити за тим, що видих був довшим, ніж вдих, це сприяє уникненню перенасичення мозку киснем та веде до заспокоєння.

При роботі із посттравматичним стресовим розладом не можна оминати увагою симптом уникання. Як правило, люди, які отримали травму не бажають згадувати та говорити про це і остерігаються усього, що може їм нагадати про те, що вони пережили.

Через постійне ігнорування неприємних почуттів, вони можуть знаходити вихід у соматичних симптомах, найчастіше напрузі – загальній або в конкретних частинах тіла. Це дає можливість на якийсь час заглушити біль і переключитись на тілесний дискомфорт, але в майбутньому особистість може майже втратити здатність до фізичного розслаблення [30].

Таким чином, цей досвід не може бути когнітивно та емоційно опрацьованим і відповідно, залишається травматичним. Тому робота із униканням є ключовим фактором одужання для пацієнтів з ПТСР.

На нашу думку, необхідно пояснити пацієнту як саме працює механізм уникання і чому це так важливо. А саме те, що при появі певних звуків, запахів чи обставин, які схожі на ті, що він пережив під час травми активується симпатична нервова система, через що людина відчуває сильне занепокоєння та піднімаються травматичні спогади. Вони у нас зберігаються у імпліцитній пам'яті, не переходячи у довгострокову пам'ять.

Такі спогади існують там в, так званому, «необробленому вигляді». Саме через уникання таких тригерів, вони не інтегруються у експліцитну пам'ять, яку ми можемо контролювати і продовжують турбувати людину та викликати неприємні переживання.

Коли психологічний стан військового вже є стабілізованим, необхідно допомогти йому пройти процес реадптації в соціумі. Він включає в себе

профорієнтацію, обговорення подальших життєвих цілей, кола спілкування та соціальної підтримки. Цей етап успішно реалізується в Німеччині, а також в Америці, де ще з 1944 року почала діяти програма фінансової підтримки комбатантів, у наслідок якої набагато менше осіб по завершенню бойвих дій стали безробітними [31].

Стосовно методів психотерапії, які на сьогодні застосовують у роботі із психічною травмою можна виділити: когнітивно-поведінкову та схема-терапію, психосинтез, EMDR – десенсибілізацію і репроцесуалізацію травматичного досвіду за допомогою спеціальних рухів очима, транзакційний аналіз, травмофокусовану, гештальт терапію (техніки: «Розширення свідомості», «Гарячий стілець», «Звернення уваги на почуття», «Робота з уявою», «Подолання інтроекції», «Взяття відповідальності за власне життя», «Робота з опором», «Інтеграція протилежних аспектів», «Робота із захисним механізмом психіки проєкцією»), логотерапію, клієнт-центровану, позитивну психотерапію, гіпнотерпію, екзистенційну, трансперсональну, наративну експозиційну, різні види анімалтерапії, нейролінгвістичне програмування (зокрема, для позбавлення від фобій), бібліотерапію, арт-терапію, музикотерапію та ін. [18, 58, 73, 74].

На етапі позбавлення від старих павтернів поведінки та оволодіння новим досвідом високу ефективність демонструє метод соціально-психологічного тренінгу. Деякі психологи радять включати до складу цих груп учасників, які знаходяться на різних стадіях реабілітації, щоб ті, хто ще не набув нових навиків бачили приклад, вчилися і вірили, що це реально, а ті, хто просунувся вже далі закріплювали вміння і мали додаткову мотивацію – допомогти іншим.

Перевагою згаданого методу є його організація в ігровій формі, що знімає напругу і дозволяє ніби «відрепетирувати» недавно засвоєну поведінку під час гри, створити простір, де не так страшно ризикувати і пробувати поводитись не так, як звик. Також, якщо все йде не зовсім гладко в такій обстановці, звісно, легше, ніж в реальності побачити свої помилки, прийняти

та виправити їх. Додатковим бонусом є отримання позитивних емоцій, адже процес гри є невимушеним і часто веселим.

Багато психологів також застосовують раціональну психотерапію, з метою словесної обробки пацієнтом травматичної події та його структурування, сприяння розумінню та прийняття своїх емоцій, вироблення способів їхнього конструктивного проживання. Корисною буде екзистенційна психотерапія, адже пацієнти з посттравматичним стресовим розладом часто скаржаться на втрату розуміння свого сенсу життя та як їм взагалі далі функціонувати в соціумі.

Продуктивно впливає і трудотерапія, коли особистість в міру її можливостей залучають до виконання якихось завдань, щоб вона відчувала визнання та власну змогу діяти і продовжувати жити. До того ж, вона розвиває дисциплінованість і відповідальність, покращує когнітивні функції та фізичне самопочуття. Важливо, щоб вони не були зовсім простими, інакше людина не відчуватиме, що вона робить щось корисне і реалізує свої здібності, але й не були виснажливими і занадто тривалими, щоб не погіршити стан та настрій пацієнта.

Необхідно слідкувати, щоб ця діяльність не провокувала викид адреналіну та не супроводжувалась небезпекою. Звісно ж, вона має приносити задоволення пацієнту і ні в якому разі не може бути примусовою [88].

Різноманітні творчі заняття теж у багатьох викликають поліпшення психічного стану, тому комбатантам варто пропонувати живопис, техніки з ліпленням, іноді навіть пісенні гуртки. Форми їх проведення можуть мати багато цікавих варіацій. Найпростішою з них є малювання на вільну або названу психологом тему окремо кожним учасником.

Але якщо в групі сприятливий психологічний клімат і ніхто не проти, учасники можуть об'єднуватись в пари і навіть, отримувати ускладнення – домовлятись про особливості зображення лише невербальними засобами спілкування. Або ж, уся група може малювати на одному великому аркуші



одночасно чи по черзі, доповнюючи один одного. Обговорення результатів можливе за згоди усіх її членів.

Окрім терапевтичної, вони несуть і діагностичну функцію. Наприклад, кольори, які людина найчастіше використовує можуть багато розказати про її настрій та переживання (сірий або простий олівець (за можливості обрати кольорові) говорить про депресивний стан, червоний – про злість, жовтий свідчить про радість та оптимізм, а от синій – про сум, зелений символізує спокій і врівноваженість). Звичайно, це лише орієнтири, на які можна опиратись при інтерпретації і кожен малюнок чи виріб варто аналізувати індивідуально.

Здебільшого, учасникам арт-терапевтичних заходів пропонують малювати те, що вони самі хочуть, адже це і є тим імпульсом, яке вони не можуть виразити свідомо. Але якщо супотньою метою є отримання інформації про психічне самопочуття, можна попросити намалювати себе, наприклад, п'ять років тому і зараз, асоціації зі своїм буденним днем та почуттями, які є переважаючими в ньому, малюнок родини та ін. [60].

При виборі літератури для бібліотерапії необхідно бути дуже уважним, адже не кожен твір матиме гарний вплив на особистість, тим більше, травмовану. Його персонажі повинні мати хороші цінності та можуть проходити випробування (з якими їм вдається впоратись), що будуть відгукуватись до пережитого пацієнтом досвіду. Із жанрів варто обирати пригодницькі романи та історичні романи або повісті, доречну науково-популярну літературу, гумористичні п'єси, а уникати – хоррорів, дуже драматичних сюжетів, історій про успіх внаслідок вдачі (це може викликати почуття несправедливості або розвивати «магічне мислення») та занадто великих книг.

Якщо стан потерпілого дуже негативно вплинув на його сімейні стосунки, добре було б разом із його основним лікуванням також відвідувати парну або сімейну психотерапію. При труднощах у сфері сексуальних

сосунків, якщо такі виникли після травми, необхідно ні в якому разі не ігнорувати їх і обов'язково звернутися до сексолога.

Здійснюючи реабілітаційну роботу із комбатантами важливо діяти оперативно. По-перше, вчасно надане психологічне втручання може допомогти взагалі уникнути розвитку ПТСР. По-друге, навіть якщо такий діагноз вже поставлено, чим довше потерпілий не отримуватиме потрібне йому лікування та терапію, тим більше будуть посилюватись та закріплюватись симптоми, що в свою чергу значно ускладнюватиме подальшу реабілітацію.

Крім того, є ризик негативних наслідків у разі відсутності лікування даного розладу, таких як, нанесення шкоди собі та оточуючим, кримінальні правопорушення, спроби заглушити біль алкоголем чи наркотиками. Це стосується і етапу діагностики, його слід проводити ретельно, але разом з тим максимально швидко та неенергозатратно для пацієнтів.

В першу чергу негайної допомоги потребують бійці, які отримали незворотні фізичні порушення (втрата зору, ампутації), тому що окрім травматизації від подій на фронті, вони переживають стан гострого горя від втрати фізіологічної частини себе та внаслідок цього супутні утрати – деякі елементи власної ідентичності, наміри, які вже не вдасться втілити, а для когось і сенсу життя. Вони є більш схильними до вчинення суїцидальних дій і тому є найбільш вразливою та небезпечною (здебільшого для самого себе) категорією пацієнтів.

Цей процес не може бути хаотичним та повністю спонтанним. Важливі взаємопов'язані заходи та інтервенції, що в сукупності утворюють конкретну і ефективну систему реабілітації та направлені на роботу з симптомами і наслідками ПТСР, які утруднюють життєдіяльність пацієнтів. Вони повинні бути аргументованими та конгруентними у вирішенні тих проблемних питань, які має пацієнт, бути надійними з точки зору наявності емпіричного досвіду їх застосування та отриманих у результаті позитивних змін.

Разом з тим, така ситема має передбачати можливість змінювати та адаптувати засоби терапевтичного впливу для кожного пацієнта, враховуючи його індивідуальні характеристики, реагування на пропоновані інтервенції та зовнішні умови, що впливають на процес. Для досягнення цього критерію до реабілітації військових обов'язково мають бути задіяні професіонали необхідних сфер (психіатри, психологи, соціальні працівники), які мають відповідну освіту та розуміння специфіки роботи саме з цією категорією населення. Волонтери, які залучені до цього процесу мають консультуватись зі згаданими спеціалістами і діяти тільки під їх керівництвом та контролем.

У реалізації останнього правила досить позитивним є досвід Латвії щодо навчання таких фахівців. В країні існує медична академія, один із факультетів якої повністю присвячений питанню реабілітації. Студенти вивчають фундаментальні положення реабілітології та одну з двох шкіл (протягом чотирьох років): ерготерапевтичну або фізіотерапевтичну. На базі закладу є можливість отримати післядипломну освіту (3 роки) та курси із підвищення кваліфікації для лікарів, які хочуть покращити свої знання та навички в галузі реабілітації [4].

Описані компетенції є дуже значущими для реабілітологів, оскільки як фізіо-, так і ерготерапія можуть великою мірою сприяти одужанню та покращенню душевного самопочуття. Фізіотерапія направлена на лікування та поліпшення фізичного здоров'я, особливо опорно-рухового апарату за допомогою масажів, бальнеотерапії (один із видів водолікування) помірних спортивних навантажень, ультразвукових процедур і тих, які впливають на теплообмін в організмі та ін.

Ефективним для тілесного розслаблення є терморелаксаційні сеанси, під час яких використовують воду високої температури або пару у спеціально облаштованих ваннах та банях. Така процедура вимагає спокійного стану, не можна йти на неї знервованим або втомленим.

Якщо людині важко заспокоїтись, можна перед терморелаксацією робити масаж. З міркувань безпеки, у пацієнта має бути вологий головний убір

або рушник, щоб уникнути теплового удару. Тривалість процедури рекомендують варіювати від 35 хвилин до двох годин [73].

Головною властивістю ерготерапії є категорія пацієнтів, з якою її доцільно використовувати – люди, у яких є тілесні або ментальні обмеження. Її кінцевою метою є забезпечення таким особам щонайбільше можливостей підтримувати власний побут та пристосуватися до життєдіяльності з тими порушеннями, які вони мають.

У Британії активно впроваджується в практику наявність майже у кожній лікарні відділення, яке призначене саме для реабілітації і оснащене басейнами, залами для занять спортом та фізіотерапевтичними палатами. Таким чином, там менше установ, які приєднані суто реабілітаційному процесу, але при цьому дана сфера є дуже розвиненою та доступною для громадян [57].

Втім, існують і чинники, які можуть гальмувати перебіг реабілітації та заважати одужанню. Ми звернемо увагу на головне ускладнення такого роду – не бажання особистості брати на себе відповідальність за плин одужування, перекладаючи її на медиків, психотерапевтів та ін. Така ж тенденція може простежуватись і в контексті комунікації, коли індивід знаходить недоліки та помилки у чужій поведінці, але не у власній.

Ще одним пріоритетним напрямком роботи в контексті посттравматичного стресового розладу є психологічна підтримка та консультування членів родини потерпілого. Так, як вони теж переживають стрес і їм необхідна психологічна підтримка.

Для сім'ї людини із психологічною травмою існує ризик теж піддатись характерним для неї симптомам. Це може бути притаманним усім особам в родині, тому, хто зараз не перебуває вдома, комусь одному, що впливає або ні на інших. Крім того, існує явище вторинної травми, коли людина особисто не знаходилась в епіцентрі травмуючих подій, але отримує багато інформації про них та тісно контактує із потерпілими.

До того ж, важливо щоб вони розуміли як спілкуватись з родичом, що переживає посттравматичний стрес. Психологи радять ознайомитись із симптомами ПТСР та дати зрозуміти, що ви не вважаєте їх чимось не нормальним, що будете поруч і не засуджуватиме. При цьому, не треба змушувати говорити про події на фронті, якщо сам військовий цього не хоче, якщо ж він не проти – варто уважно вислухати, не давати ніяких оцінок та не просити просто забути про це.

Значимим є і турбота про власний психічний стан, тому що якщо ви будете постійно тривожитись, плакати та ін., він це відчуватиме і почуватиметься лише гірше та вважатиме себе винуватим у цьому. Корисним буде позитивне визнання успіхів, висловлення вдячності за якусь допомогу та віри в подальші здобутки.

В той же час, не потрібно поводитись занадто обережно, адже це викликатиме почуття власної не-окейності, на кшталт «до мене ставляться, як до хворого». Якщо фізичний та психічний стан родича дозволяє, можна просити його про якісь доручення, поради і максимально відновити той побут, який був раніше.

Не можна нехтувати і рідними загинувших бійців, тому що вони переживають не просто втрату, це є смерть близької людини за неприродніх обставин, що з великою вірогідністю призведе до психічної травми. При патологічному реагуванні на таку болісну новину імовірно напружені стани, які зазвичай супроводжується бажанням помсти або навпаки, пригнічені зі здебільшого депресивною симптоматикою.

В науковій літературі описані три етапи, які проживають сім'ї військових, дізнавшись про їх смерть:

1. Період очікування, на якому людина не бажає вірити в те, що відбулося і сподівається отримати інформацію, яка спростує повідомлення про загибель їх родича. Емоційний стан у них дуже нестабільний та непередбачуваний, можлива як агресивна, так і апатична поведінка. Фахівці вказують на доцільність медикаментозної допомоги (седативні препарати,

антидепресанти, препарати для покращення сну) на цьому етапі, адже на психологічні інтервенції вони поки що майже не виявляють відгуку.

Ми вважаємо, що психологічна підтримка в будь-якому разі повинна бути, так як людина відчуватиме певне полегшення вже навіть від того, що її вислухають і визнають її біль. До того ж, проговорюючи вголос факт втрати, вона наблизатиметься до усвідомлення його реальності, що сприятиме просуванню у проживанні горя.

2. Стадія дозволу, яка здебільшого настає після отримання офіційних доказів про смерть члена сім'ї та триває до кількох днів. Емоційні прояви стають істеричними або навіть агресивними, особистість не здатна мислити раціонально.

Агресивність може виражатись в проекції переживань про власні упущення та перекладанні провини на когось, словесні образи через недоречні жарти та «підколи», демонстрації зневаги, викидах гніву на непричетні об'єкти, зцецінення того, що важко збагнути, використання злості як способу захистити свою вразливість та спроби її раціоналізації. Спеціалісти радять продовжувати фармакологічне лікування і додати соціальну та психологічну підтримку.

3. На третій стадії психічний стан змінюється на більш стабільний і відрізняється переважно депресивним станом та високою чутливістю. Відновлюється здатність логічно мислити та стабілізуватись при напливі болісних почуттів. Тому тут вже буде доволі продуктивно приступати до психотерапії, зокрема сугестивної та раціональної.

Також корисними є групи підтримки, у яких членами є люди, які теж втратили когось із рідних на фронті. Такі об'єднання дають розуміння, що потерпілі не самі о своєму горі і можуть розділити власний сум з тими, хто їх розуміє та разом створювати план подальшого життя і адаптації до нього.

Проте, психологу необхідно пам'ятати, що учасники знаходяться під впливом важкого емоційного потрясіння і можуть проявляти різні реакції, які можуть завдати і негативному впливу для інших. В цих групах особливо

вагомим є обговорення правил, право на «стоп слово», якщо певні вислови викликають біль та разом з тим, терапевт має бути дуже уважним і готовим нівелювати можливі конфлікти та не допустити погіршення самопочуття потерпілих [45].

Д. В. Варивончук та Я. Ю. Буранова звертають увагу на те, що під час стадії діагностики важливо також докласти зусиль для встановлення позитивного контакту із пацієнтом, адже це матиме вплив на весь подальший процес реабілітації та її ефективність та пропонують за можливості виділяти на це до трьох діб. Вони рекомендують, щоб із кожною людиною окремо проводилась діагностична бесіда, з метою детального збору інформації щодо симптоматики, наявності суїцидальних думок чи дій, залежностей та ін. Для точності постановки діагнозу варто використовувати стандартизовані тестові методики, але не обмежуватись лише ними, нехтуючи безпосереднім опитуванням потерпілого.

Після цього настає психотерапевтичний етап, який в даному випадку радять проводити протягом 20-22 діб. Основною метою є донесення інформації про природу психічної травми, вироблення навичок справлятися із її проявами та знижувати емоційну напругу, позитивного самонавіювання та розслаблення. На цьому етапі потрібно застосовувати як особисті консультації (близько 10 сеансів), так і групову терапію з чисельністю до 10 людей та тривалістю не більше кількох годин (8 зустрічей з кожною групою).

Завершальною є стадія передбачає закріплення результатів терапевтичної роботи та допомогу в психологічному налаштуванні до повернення в соціум. Обов'язковим елементом є особиста бесіда із психологом для підбиття підсумків, підтримки та визначення поточного психічного стану пацієнта [18].

На наш погляд, в представленому варіанті реабілітації досить короткий термін виділено на психотерапевтичну роботу із психічною травмою. Це може бути ефективно із тими, хто має дуже оптимістичне налаштування та віру в одужання, але для більшості військових із посттравматичним стресовим

розладом потрібно більше часу навіть на саму адаптацію до нової обстановки і тим більше, на повну інтеграцію травматичної події.

Деякі фахівці з кризового консультування та терапії травми говорять не лише про можливість зцілення та відновлення особистості, а й навіть про післятравматичне зростання, тобто продуктивними змінами, яких досягає особистість внаслідок пережитого стресу. Зумовлює це той факт, що стикаючись із обставинами, які виходять за межі звичного для індивіда досвіду, він змушений виробляти нові навички, копінг-стратегії та способи адаптації. Людина може стати більш стресостійкою і значно розширити діапазон ситуацій, в яких вона здатна задіювати зовнішні та внутрішні ресурси для вирішення проблеми.

Спостерігались і випадки, коли після пережитих трагічних подій особа з позитивною динамікою переосмислювала певні принципи та цінності, віднаходила для себе нові сенси існування і опираючись на ці фактори, навіть покращила якість своєї життєдіяльності. Розглядаючи сімейні та іншого роду взаємини, такий досвід може їх як погіршити або зруйнувати, так і покращити. Якщо особистість отримує підтримку в стосунках і не зазнає засудження, то починає їх ще більше цінувати та берегти [94].

Американські спеціалісти у реабілітації комбатантів застосовують такий вид анімалтерапії, як іпотерапія, тобто контакт людини із спеціально навченим для цього процесу конем, який включає як верхову їзду, так і допомогу в піклуванні про тварину. Вони зазначають, що це є корисно для фізичного здоров'я, викликає позитивні емоції та дозволяє відчути себе потрібним, з чим часто виникають труднощі у ветеранів після повернення з фронту.

Із більш традиційних методів вони надають перевагу КПТ та раціональній психотерапії, фокусуючись на осмисленні травматичного досвіду і вивільнення болісних емоцій (катарсисі). Він може бути бурхливим – за допомогою аутогенного занурення, прихованим – тобто тим, що не усвідомлюється і не контролюється індивідом або несподіваним – є



усвідомлюваним, але з'являється не внаслідок терапевтичних вправ, а зненацька і може шокувати як психолога, так і клієнта.

Також проводять інформаційні бесіди та лекції з метою пояснення пацієнтам, що з ними відбувається і як вони можуть одужати. Безперечно, при лікуванні посттравматичного або інших психічних розладів в США не хestують використанням відповідних медикментів.

Феномен дебрифінгу почали широко використовувати, коли помітили, що при звітуванні солдат щодо проробленої ними роботи корисно аби вони не лише викладали факти, а й розповідали про свій психологічний стан після певного завдання. Пізніше дебрифінг стали застосовувати не лише військові, а й психологи інших сфер, вбачаючи його сенс у вербальному опрацюванні травмуючого досвіду. Проте, не всі фахівці сфери психічного здоров'я схвалюють цей метод, зазначаючи, що перш ніж його використовувати важливо зважити всі «за» та «проти» проведення дебрифінгу саме з цим пацієнтом та саме за тих обставин, що він пережив [26].

Спеціалісти зі сфери військової психології США визначили ряд умов, за дотримання яких можна зменшити вірогідність психічної травми після участі в бойових діях. Насамперед, це ретельний відбір особового складу, який за показниками фізичного та психічного здоров'я є дійсно придатним до участі в таких операціях, має належні знання та вміння. Крім професійних навичок, вони повинні володіти техніками самозаспокоєння, стабілізації та відновлення сил в умовах, у які вони будуть направлені.

Чимало залежить також від якості здійснення керівництва військовими підрозділами та стиль їх спілкування зі своїми підлеглими. Командири можуть як підтримувати бойовий дух і віру в перемогу, так і викликати тривогу, гнів та зневірення, що в свою може стати одним із чинників виникнення психічної травми. Тому американські воєначальники отримують спеціальні рекомендації, на які вони можуть опиратись в питаннях адаптації до надзвичайних ситуацій і в подальшому реабілітації персоналу, за який вони несуть відповідальність.

Ми бачимо ідею перебування психолога безпосередньо із бійцями, як дуже корисну в плані розвитку довіри і бажання відкритись такому терапевту та створення відчуття «він мене розуміє». Про ефективність цього фактору почали говорити ще під час першої світової війни, називаючи його принципом наближеності місця, де бійці отримують медичну допомогу та підтримку до зони бойових дій, звісно на скільки це можливо з точки зору безпеки.

Також був принцип негайності, який за своєю сутністю схожий до принципу оперативності, який ми висвітлили раніше. І третім положенням була передбачуваність і очікуваність процесу лікування та реабілітації з прогнозуванням щодо того, чи зможе солдат повернутись до своєї діяльності. Було помічено, що якщо він знав про високу вірогідність поновлення служби, то перебував у стабільнішому настрої та почувався впевненіше. Тому в лікарняних платах навіть створювали обстановку і режим за мотивами казарми та проводили заняття з військової підготовки.

Статистика показує, що слідуючи цим правилам, у 60% випадків можна досягти успішної реабілітації і поновлення змоги виконувати знову свої професійні обов'язки. В свою чергу, кількість осіб, в яких виникатиме ПТСР зменшуватиметься на 30%.

Ізраїльські експерти в контексті цього питання схиляються до думки, що психолог має не лише знаходитись поруч із лінією фронту, а й також брати участь у бойових діях наразі або в минулому. На їхню думку, тільки тоді військові дійсно довірятимуть йому та не ставитимуться скептично до висловлених ним інтервенцій. До того ж, самому терапевту це справді дасть більше розуміння про те, з чим вони стикаються та відчуті ці переживання «зсередини» [16].

Однак, ми не можемо не відзначити й певний ризик в тому, чи завжди в такому разі психолог буде здатний надати допомогу бійцям та від кого він сам її отримає, якщо виникне потреба. Можливим вирішенням цієї проблеми може бути наявність мінімум двох спеціалістів, місце знаходження одного з яких буде у відносно спокійнішій точці та виключатиме виконання бойових завдань.

У галузі реабілітації військовослужбовців в Ізраїлі дотримуються концепції «VISED», яка складається з наступних принципів:

1. Валідація, а саме допомога людині усвідомити свої переживання і створити для неї середовище, в якому вона відчуватиме, що її почуття бачать та не засуджують. Це не лише сприяє зціленню психологічної травми, а підсилює відчуття особистої окейності та впевненості, що «я в цьому не один».
2. Донесення до пацієнта інформації про специфіку його психічного стану, причини якими він викликаний та перспективу подальшого розвитку подій. Такі роз'яснення слугуватимуть для них, як заспокоєння і нівелювання невизначеності та заплутаності.
3. Обов'язкова наявність психологічної підтримки, замість сухого лікування та емоційної відстороненості. Лише в такому разі, особистість матиме віру в одужання та змогу звільнитись від симптомів своєї травми.
4. За принципом експресії необхідно проводити роботу над розумінням та конструктивним вираженням почуттів, яке безпечне для самого індивіда та його оточення. Так, як військовим властива внутрішня заборона на відчуття, наприклад, гніву чи суму, такого роду практика буде дуже корисною для них, особливо при болісних неусвідомлених переживаннях.
5. Принцип розробки концентрується на тому, щоб потрепілий віднайшов нові способи, а також внутрішні та зовнішні ресурси, які стануть йому в нагоді для продовження життя після травмуючого досвіду і досягнення ментального благополуччя [21].

Отже, щоб ефективно здійснювати соціально-психологічну реабілітацію комбатантів з посттравматичним стресовим розладом, варто в першу чергу, уважно ставитись до його діагностики. Основними симптомами, за якими можна діагностувати ПТСР є повторне переживання емоцій травмуючої події, уникання всього, що з нею асоціюється та постійна нервова напруга.

Реабілітація повинна бути комплексною і включати в себе медичні, психологічні, соціальні, педагогічні та юридичні заходи. Найкраще себе показують в роботі такі методи психотерапії, як КПТ, EMDR, соціально-

психологічний тренінг, арт-терапія. Важливою є робота з оточенням та сім'ями військових, адже від цього значною мірою залежить їх одужання.

## **1.2 Каністерапія та сфери і особливості її застосування у психологічній практиці**

Каністерапія є одним із видів анімалтерапії або «пет-терапії», яка включає в себе реабілітацію за допомогою тварин, які для цього підходять – дельфіни, спеціальні п'явки (гірудотерапія), риби, рептилії (забезпечують ефект розслаблення), коні (іпотерапія), коти (фелінотерапія – основна ефективність полягає у частоті звукових хвиль (20-50 Герц), з якою муркочуть кішки), деякі птахи (здебільшого, канарки та папути). Доведено, що під час такого спілкування у людини виробляються гормони окситоцин і серотонін, які відповідають за задоволення, спокій та довіру, а також знижується рівень гормону стресу – кортизолу та артеріальний тиск і нормалізується робота серцево-судинної системи.

Одним із фактів, які це підтверджують є дослідження проведені професором з Канади С. Люпсьеном. Він виміряв рівень кортизолу в слині дітей, яким діагностовано розлади аутичного спектра (42 осіб). За основу було взято інформацію, щодо підвищення кортизолу після того, як людина прокинулася та його подальшого поступового зменшення.

Отримані вченим результати свідчили, що за відсутності собаки в приміщенні рівень даного гормону після пробудження зростав на 58%, а за її присутності – лише на 10%. Після цього було зроблено повторні заміри (знову без знаходження поруч собаки), які вказали на майже таке ж підвищення кортизолу, а саме на 48%.

Опитування батьків таких дітей теж засвідчує хороший вплив собак на них, вони повідомили, що кількість істерик та інших інцидентів поменшала з 33 до 25 ситуацій (всередньому протягом двох тижнів). С. Люпсен припустив,

що пес має властивість покращувати якість сну людини, через що й кортизол виділяється значно менше [27].

Доведено також, що навіть в стресових умовах, таких, як огляд у лікаря, у дітей був нижчий тиск та частота серцевих скорочень, коли поруч знаходився пес. А вправи, направлені на покращення моторних навичок, будучи поруч із собакою, вони завершували швидше (якість виконання при цьому не постраждала), при чому мова йде і про дітей із типовим розвитком і про тих, хто має особливі освітні потреби [144].

В схожому дослідженні рівень кортизолу в слині вимірювали у людей, які гладили власну собаку, чужу собаку або читали книгу. Зниження гормону стресу відбувалось як при дотику до своєї, так і до чужої собаки, чого не було помічено під час читання.

Це підтверджує, що не всякого роду відпочинок чи приємне дозвілля впливає на самопочуття так же продуктивно, як контакт із собакою [146]. Подібні фізіологічні зміни спостерігають також, при тривалому погляді на акваріумних рибок.

В науковій літературі також описано есперимент, за якого жінка підходила до сторонніх людей (вибірка становила 1800 осіб) із собакою або без неї, а саме:

- із цуценям породи лабрадор-ретривер;
- дорослим лабрдором;
- дорослим ротвейрелом;
- з іграшковим ведмедиком або якоюсь рослиною;
- взагалі сама.

В результаті, найбільше уваги незнайомі люди приділяли жінці, коли із нею були цуценята або дорослий лабрадор, при чому вони були до них дуже привітні та багато посміхались. Із дорослим ротвейрелом, іграшкою та рослиною інтерес теж був, але значно менший, хоча більший, ніж коли експериментаторка була сама [133].

Це свідчить не лише про те, що собаки здатні піднімати настрій, а й про їх допомогу в налагодженні соціальних зв'язків. Ми припускаємо, що й сам власник в присутності тварини почувається впевненіше та розслабленіше і відповідно, може краще вести комунікацію та не боятись її ініціювати.

У Клавдіївському ЗДО «Білочка» опитували батьків вихованців із аутизмом щодо того, чи є в них домашні улюбленці. На основі відповідей та психологічного портрету дітей, було сформовано висновок про те, що малеча, в квартирі якої живуть тваринки є більш товариською, самостійною, схильною до оптимізму та має менше комплексів. Також, у них краща пам'ять, увага, розвинутіше мовлення та абстрактне мислення, вони більше цікавляться навколишнім світом [82].

За М. П. Тимофієвою, анімалтерапією є попередньо сплановані інтервенції соціально-інтегративного, навчального та психологічного характеру, у яких беруть участь тварини, з метою допомоги особам із фізичними, когнітивними чи психологічними порушеннями, а також для проведення реабілітаційних та профілактичних заходів. О. В. Чернілевська-Ісайко визначає зоотерапію, як процес, за якого одними з учасників лікуваних заходів є тварини, внаслідок чого передбачається поліпшення соціального та ментального стану індивіда та ефективніше встановлення його терапевтичного альянсу із психологом [93, 99].

Т. Алієва та І. Вашкіте розуміють анімалтерапію, як терапевтичну діяльність із застосуванням тварин або їх зображень, результатом якої передбачаються позитивні психотерапевтичні зміни. За трактуванням Є. О. Романенко та Н. В. Коляденко, пет-терапія – це медико-психологічна підтримка, засобами якої є психологічний та фізіологічний контакт із тваринами. [2, 85].

Міжнародна Асоціація Організацій Людино-Тваринної Взаємодії анімалтерапією називає структуру пов'язаних інтервенцій, до яких залучають тварин, щоб поліпшити життєдіяльність особистості в сфері здоров'я, соціалізації, освіти. Вперше про неї згадував ще видатний грецький лікар

Гіппократ, описуючи продуктивні для здоров'я властивості верхової їзди на конях., а в Стародавній Індії для сприяння одужанню застосовували щебетання птахів. У XI столітті лікар із Персії Авіценна теж вказував на користь тварин для полегшення різних хворобливих станів. Також в країні була традиція присутності собаки біля постелі помираючої людини.

Ще за часів середньовіччя люди відзначали, що перебуваючи поруч (а саме тісно притулившись до суглобів), пес зменшує біль при ревматизмі завдяки зігріваючому ефекту свого тіла. Наші предки виготовляли амулети у вигляді у звірей, віра в допомогу яких їх підтримувала в складних обставинах. А в Єгипті навіть боги, в яких вірили тодішні його жителі, зображувались в образах тварин [48, 93, 99].

Окрім каністерапії, великою популярністю нині користується дельфінотерапія, під час якої тварини можуть катати пацієнтів на собі, виконувати з ними ігрові вправи у воді, «просити», що їх погладили. Для соматичного здоров'я вона корисна своєю рухливістю, водними процедурами та зняттям м'язових зажимів. Для психічного – розслабленням та гарним настроєм під час гри. Крім того, при близькому контакті дельфіни можуть за допомогою ультразвуку чинити ще більш заспокійливий вплив на організм, активувати роботу головного мозку та зменшувати біль в певних частинах тіла [104].

Іпотерапію теж активно застосовують в реабілітації, починаючи ще з XVIII століття. Її основоположник Ю. Лаллейр'я вказував на користь взаємодії людини з кінями у підвищенні самооцінки та розвитку адаптивності. Спортсменка із Данії Ліз Хартел завдяки іпотерапії відновилась після лікування поліомієліту та навіть зайняла друге місце Олімпійських іграх у 1952 році [63].

В Україні вона набула вжитку дещо пізніше – у 1993 році, а саме в київському центрі іпотрапії за підтримки Благодійного фонду О. Петрусевич. Нині такі заклади є й в інших українських містах: у Львові, Хмельницькому, Одесі та Харкові.

Одним із плюсів іпотерапії є те, що при верховій їзді працюють всі групи м'язів, що забезпечує високу рухову активність. До того ж, вона дарує багато пиємних емоцій, деякі вершники порівнюють її з відчуттям польоту.

Доречно зазначити, що із перелічених галузей анімалтерапії каністерапія є найдоступнішою нині через широку пуляцію собак (у порівнянні, наприклад, із дельфінами) та їх здатність швидко засвоювати нові навички і працювати як в приміщенні, так і надворі, що очевидно є її перевагами. Також, вона є більш різноманітною та універсальнішою, зважаючи на те, що собаки різних порід дуже відрізняються за розміром, загальним виглядом і навіть рівнем жорсткості їх шерсті.

До того ж, у них температура тіла вища за властиву людині, що створює відчуття комфорту та затишку. Найбільш часто собаками-терапевтами стають ньюфаундленди, французькі бульдоги, золотисті ретривери, тер'єри, бордер-коллі, шнауцери, сербернари, вівчарки та лабрадори.

Перспективним напрямком є ігрова анімалтерапія. При її проведенні важливо стежити за тим, щоб простір був безпечним для усіх учасників процесу. Як діти, так і тварини є значими суб'єктами терапії і ставлення до них має включати повагу та зацікавленість. Особливість ігрової зоотерапії полягає в тому, що вона не повинна мати дуже жорсткі рамки і передбачає спонтанність та свободу.

Найголовнішою метою є сприяння розвитку дітей, відсутності стимулів, які можуть їх засмутити чи негативно на них вплинути. Також недопустимим є дозволяти будь-які дії, які є не гуманними по відношенню до тварин.

Щодо усього іншого, прояви дитини та тварини не можна оцінювати з точки зору «нормально чи ненормально» або «правильно чи неправильно». Існують дослідження, які підтверджують, що ігрова пет-терапія, яка проводилась протягом десяти тижнів, може призвести до позитивної динаміки навіть у хворих на шизофренію [23, 149].

Як повноцінна діяльність метод каністерапії був відкритий у 60-х роках минулого століття в Америці дитячим психіатром Борисом Левінсоном, який



звернув увагу, що в компанії собаки пацієнти перебували у кращому настрої та зазначали, що почуваються краще. Першим з них був хлопчик із аутизмом, який дуже рідко проявляв будь-який інтерес до спілкування, а до песика лікаря (який не мав породи) був дуже лагідним і тактильним, що згодом призвело до позитивної динаміки в лікуванні. Згодом він почав залучати й інших тварин, таких як птахи та рибки, щоразу переконуючись, що вони мають позитивний вплив на тих, хто їх бачить, в тому числі й дорослих [91].

Свої зауваження з цієї теми Б. Левінсон висвітлив 1961 року на засіданні Американської Психологічної Асоціації, хоча на той час не отримав підтримки від інших її учасників. Але це його не зупинило і вже 1969 року він написав книгу про роль домашніх улюбленців в лікуванні психіатричних захворювань у дітей і продовжував досліджувати цю галузь разом із нерофізіологом С. Корсонсом. Їм вдалось довести, що коти та собаки покращують мислення та загальне самопочуття [128]. Нині відомо, що навіть подивившись в очі песику, можна відчути близькість та розуміння.

Також йому став цікавий досвід інших лікарів в цьому питанні, щоб дізнатися про який він провів опитування серед 150 колег і третина з них підтвердили, що теж успішно застосовують тварин у своїй психотерапевтичній практиці. Про такі спостереження говорив і основоположник психоаналізу Зигмунд Фрейд, виходячи з досвіду спілкування своїх пацієнтів із його псом породи чау-чау. Цікаво, що собака сама підходила та ініціювала контакт з ними, особливо з тими, хто хворів на депресію [56, 107].

Психіатри лікарні у штаті Огайо Елізабет і Сем Корсон в рамках співпраці із собачим притулком 1977 року створили першу програму терапії за участі тварин, яка мала хороші результати. Нині в цьому ж штаті працює психіатрична лікарня, яка облаштована в стилі ферми, а тварини (домашня птиця, вівці, кролики) ходять просто по території [59].

Вже 1980 року Ерон Качор і Алан Бек довели, що тварини є корисними для ментального здоров'я. 1999 року в Америці розпочала свою роботу

програма Healingfriends, яка мала на меті використання зоотерапії в полегшенні неприємних почуттів, що виникають внаслідок ізоляції. Її цільовою аудиторією були в'язні, мешканці будинків для людей похилого віку та хворі на СНІД [128].

Проте, перші згадки про пет-терапію були задовго до цього, ще 1972 року в англійській психіатричній лікарні собаки були частиною терапевтичної роботи із пацієнтами. А першим собакою-терапевтом був йоркширський тер'єр на ім'я Смокі, який був залучений до цієї діяльності протягом 12 років. Він жив за часів Другої світової війни і належав до 26-го розвідувального авіаполку п'ятої Армії військово-повітряних сил США, маав звання капрала та 8 бойових відзнак [38].

Серед закладів України анімалтерапією займаються центр оздоровлення «Тріумф» у Житомирській області, кінний спортивний клуб в селі Оноківці «Сивка», центр реабілітації «Еліта» на Львівщині, центри іпотерапії «Спірит» та «Петрусевич» в Києві, центр верхової оздоровчої їзди «Кептарик» [59].

Сутність каністерапії полягає у взаємодії людини із спеціально навченою та сертифікованою собакою, яка передбачає покращення її ментального самопочуття, соціалізацію, зняття психологічної напруги, сприяння адаптації та реабілітації та підтримання позитивного настрою. Окрім пацієнта та самої собаки-терапевта обов'язково мають бути присутні психолог, який знається саме на цій галузі, щоб слідкувати за його психічним станом і за потреби здійснювати корективи та кінолог, щоб контролювати поведінку собаки і стежити, щоб вона теж добре почувалась [96].

За Л. П. Клевакою, каністерапія – це метод, за допомогою якого можна досягти позитивних змін у фізіологічній, психологічній та соціальній сфері людини, шляхом реабілітації із участю навчених для цього собак [52]. С. Герасіна та О. Мельничук каністерапією називають комплексну систему педагогічного та психологічного впливу на особистість контакту із собаками, завданням якого є сприяння одужанню або, якщо це неможливо, то певна

компенсація тих порушень, які заважають людині у повноцінній життєдіяльності [27].

Даний метод застосовують у різних сферах, найпоширенішими з яких є реабілітація, психотерпія та іноді діагностика. Щодо конкретних форм роботи, каністерапія може проводитись у вигляді корисної фізичної активності, тренувальних або навчальних вправ або простих тактильних контактів з собакою-терапевтом, якщо інші види активності на даний момент не доступні пацієнту [76].

Необхідно розрізняти собаку-каністерапевта, собаку емоційної підтримки та собаку візитера. Собака емоційної підтримки, на відміну від каністерапевтичної, не проходила відповідного навчання та не сертифікувалась. Проте, вона теж буде спокійною, грайливою і безпечною для людини та сприятиме гарному настрою і самопочуттю.

Схожими на них є собаки-візитери, які отримали свою назву через їх функцію – навідуватись у лікарні, будинки для людей похилого віку, інтернати та ін. для того, щоб давати тим, хто там перебуває позитивні емоції. Вони мають бути досить витривалими, тому що такі візити забирають багато енергії та сил. В Україні такий досвід реалізували в м. Чернівці у геріатричному пансіонаті.

Натомість, собака-терапевт проходить дуже серйозну та тривалу підготовку, аби брати участь в сеансах, які можна називати каністерапією. Перш за все, це курс, на якому вона вчиться послуху і контрольованості поведінки. Далі саме навчання каністерапії та вмінню до правильної взаємодії з людиною. Після чого тварина проходить необхідне тестування та сертифікацію [32].

Тестування складається із двох рівнів складності. Собаки, які пройшли лише першу його частину отримують звання «Собака-помічник», а вже ті, які впорались із тестуванням повністю можуть вважатись «Собакою терапевтом». Між ними є суттєва різниця. В «Собаки-помічника» значно менший спектр

запитів, з якими він може працювати. Найголовніше, що він не може брати участь у терапевтичній роботі та тривалих реабілітаційних програмах.

Але такий пес має змогу ефективно працювати зі здоровими людьми, дітьми, бути учасником соціальних програм, виступів. З ним можна відвідувати, наприклад, дитячі будинки, щоб дітки отримали позитивні враження. Це абсолютно безпечно, адже наявність сертифікату «Собаки-помічника» означає, що він добре виконує команди, які отримує від людини та головне – ні за яких умов не виявляє агресивної поведінки. В свою чергу, «Собака-терапевт» може працювати з дітьми, у яких виявлено, наприклад, аутизм, ДЦП, з людьми, які пережили травмуючу подію та ін.

Є певні вимоги до приміщення, в якому буде проводитись тестування. Зокрема, там має бути штучне освітлення, підлога не повинна бути слизькою. Також важливо, щоб в приміщенні не було холодно та була хороша звукоізоляція, аби собак нічого не відволікало та результати тестування були об'єктивними. Щодо віку та інших необхідних для допущення до тестування характеристик собаки, то він має бути старшим шести місяців, обробленим від гельмінтів, мати всі необхідні вакцинації, ветеринарне свідоцтво та ідентифікаційну мітку.

Висновок за тестуванням приймають лікарі-неврологи та каністерапевти. Але важливою умовою є недопущення до оцінення каністерапевтом собаки, якого вони безпосередньо підготовували до тестування.

Для зарахування тестування собака повинен пройти усі пункти, без виключень. На ньому не повинно бути нічого окрім звичайного собачого ошийника.

Враховується не стільки швидкість та точність виконуваних команд, стільки поведінка собаки при цьому – він має бути спокійним, не агресувати, але і не тікати, не поводитись знервовано, не робити різких рухів. Важливо, щоб пес не відволікався на інших собак та людей, а щодо взаємодії з

перевіряючим, то він не повинен також проявляти до цієї людини надмірну увагу, тобто давати лапу або вилазити на руки без команди.

До поведінки екзаменатора також є ряд вимог. Він теж не повинен поводити себе по відношенню до собаки агресивно, різко доторкатись до нього, смикати за якісь частини тіла чи повідець.

Перший етап тестування має назву «Зустріч». Спершу, екзаменатор повинен підійти до собаки та його хазяїна на відстані двох метрів, далі підходить ближче і вітається з хазяїном, тисне йому руку. Потім він має поцікавитись ім'ям собаки та голосно його сказати, походити навколо. Він має погладити собаку, обійняти його, доторкнутись до мордочки, вух. На даному етапі перевіряється не лише поведінка собаки, а і його загальний стан, чи є він здоровим, чистим, чи немає зайвої ваги, бліх та ін.

Наступний етап має цікаву назву «Незграбний незнайомець». Тепер перевіряючий не просто підходить до собаки, а робить це навмисно незграбною ходою, супроводжуючи це дивним голосом та легенько штовхаючи пса паличкою, на яку при цьому опирається.

Далі настає етап «Спілкування». У кімнаті зі спеціальними стрілками, які вказують напрямком повинні знаходитись декілька людей та собак. Вони можуть розмовляти, пересуватись кімнатою. Собака, який проходить тестування повинен за командою хазяїна «Поряд» пройти в напрямку за стрілками, потім повз групу собак та людей кілька разів.

Після цього люди вони теж мають пройти повз собаку та його хазяїна. Під час проходження цієї частини тестування повинно враховуватись чи відволікався собака на присутніх в кімнаті (окрім свого хазяїна), чи рухався чітко за стрілками, як в цілому себе поведив. Допускається робити недовгі паузи, якщо собака поводить себе знервовано, дати команду «Сидіти» і зачекати доки хвилювання пройде, але потім він має бути в змозі йти далі і поводити себе спокійно.

Наступним йде етап «Агресія до їжі». Під час нього на підлогу розкидають шматочки їжі. Собака повинен пройти біля них разом із хазяїном

(за командою «Поряд») та не брати їжу без відповідної вказівки. Така ж процедура повторюється ще раз, але перевіряючий вже теж проходить поруч і при цьому забирає їжу з підлоги. Собака, знову ж таки, не повинен звертати на них увагу.

Переходимо до етапу «Ходунок». Екзаменатор переміщується кімнатою за допомогою ходунка. При цьому він повинен голосно розмовляти. Наближуючись до собаки, він може його погладити та легенько зачепити ходунком.

На нашу думку, така перевірка є дуже важливою, адже собак часто залучають до занять з людьми та дітьми із особливими потребами. І вони дійсно можуть ненавмисно зачепити собаку чимось, або випадково зіткнутись з ним. Звісно, важливо, щоб реакція песика не була агресивною та щоб його це не злякало.

Після цього йде етап під назвою «Послух». Звичайний повідець при цьому варто замінити на десятиметровий. Перевіряючий просить хазяїна по черзі давати собаці різні команди: «Сидіти», «Лежати», «До мене», «Чекати». При перших трьох командах собака повинен виконати відповідну дію, якщо він не робить цього одразу, можна потворити заклик кілька разів.

Для виконання команди «Чекати» хазяїн має, давши відповідну вказівку, відійти від собаки на відстань близько десяти метрів, потім зупинитись і повернутись лише тоді, коли дозволить екзаменатор. Собака весь цей час повинен залишатись на місці.

Далі переходимо до етапу «Собака-собака, реакція». Для цього крім хазяїна та собаки потрібна ще одна людина і один пес. Люди мають стати один навпроти одного на відстані десяти метрів і говорити про щось, собаки відповідно теж знаходяться поруч. Вони не повинні надмірно зацікавлюватись один одним або, навпаки, ховатись чи порушувати команду «Сидіти». По завершенню розмови дається команда «Поруч», яку чотирилапі теж мають виконати не відволікаючись один на одного та людину, яка знаходиться навпроти.

Потім слідує етап «Милиці», який дуже схожий з етапом «Ходунок». Екзаменатор так само має злегка штовхнути собаку, лише цього разу милицями, пес же, в свою чергу, має залишатись спокійним та врівноваженим і нічим йому не зашкодити.

Наступний етап має назву «Людина-собака, реакція». Він трохи схожий до етапу «Спілкування», але має суттєві ускладнення. А саме, люди повинні розмовляти дуже голосно, деякі можуть навіть кричати один до одного, активно жестикулювати, плескати в долоні, сміятись, бігати навколо собаки, біля нього впускають на підлогу металеву тацю, відкривають та закривають парасольку та ін. Собака має не збиватись зі шляху руху за стрілками та залишатись у спокійному стані.

Далі слід перейти до етапу «Робота в групі з іншим собакою-терапевтом». Собаці дається команда «Сидіти», після чого перевіряючий з іншим псом підходять до нього приблизно на півтора метри і знаходяться поруч десять секунд. Далі вони повинні обійти навколо собаки і знову затриматись на десять секунд. Реакція має відповідати тій же, що описана в попередніх етапах.

Етап «Крісло-гойдалка». Екзаменатору для цього потрібно сісти в крісло-гойдалку і коли собака підійде до нього, почати активно з ним спілкуватись, просити дати лапу, говорити до нього. Крім того, він має трохи штовхнути собаку ногою. Реакція, як завжди, має залишатись спокійною, без агресії.

Слідуючий етап називається «Гра з пацієнтом». Для нього необхідно підготувати дві іграшки собаки, який проходить тестування. Екзаменатор буде кидати їх на невелику відстань, а собака має за командою принести йому іграшки. Наступним кроком є протягування собаці іграшки, яку він має взяти та протримати в зубах до десяти секунд і за командою або якщо людина просто потягнеться за іграшкою віддати.

Далі йде етап «Переляк». Перевіряючий повинен зімітувати поведінку людини, яка злякалась собаки, тобто різко відскочити, закричати та ін.

Хорошою реакцією вважається, якщо собака ляже на підлогу. Якщо він не зробив цього самостійно, можна дати команду «Лежати», але не можна змушувати його лягти фізичною силою.

Етап «Лапи». Він заключається в тому, щоб собака за командою подавав лапу, без команди він цього робити не повинен. Екзаменатор може також сам взяти лапу до рук і пес повинен погодитись. Перевіряючий буде легенько стискати лапу в руках і звісно, з боку собаки не має бути агресивної реакції на цю дію.

Останнім етапом тестування є «Агресія до іграшки». Тут вже іграшка має бути не та, якою звик гратись собака, а та, яку він бачить вперше. Іграшку кидають з-за спини собаки. Цього разу він не повинен бігти за нею, гавкати, поводитись знервовано чи агресивно.

Якщо вимоги, які були зазначені в кожній частині тестування собака виконав, то тестування йому зараховується. Якщо ж ні, то його можна перескласти через тиждень. Для сертифікації на «Собаку-помічника» не обов'язково складати такі етапи тестування, як «Послух», «Крісло-гойдалка», «Гра з пацієнтом» та «Лапи». Звичайно, пес обов'язково повинен мати необхідні щеплення, регулярно проходити обробку від гельмінтів та бліх і не мати тяжких захворювань [106].

У психологічній практиці каністерапію широко використовують при роботі із дітьми з особливими освітніми потребами, а саме ДЦП, розумовою відсталістю, розладами аутичного спектру, РДУГ, тривожними та депресивними станами, затримкою психічного розвитку і навіть епелепсією, напади якої собака-терапевт може відчувати та запобігти ним. Вони радо йдуть на контакт з собакою (а потім і зі психологом), не хвилюються, що пес буде їх оцінювати чи критикувати, або буде розумнішим та вмілішим за них (що вони часто переживають при спілкуванні з іншими дітьми), мають можливість розвивати дрібну моторику рук, органи чуття, тренувати витримку, наприклад, годуючи її, заспокоюються в її присутності, розвивають емпатію та частково задовольняють потребу у спілкуванні [86].



Як правило, під час таких сеансів дитина виявляє більше мотивації, коли їй пропонують, наприклад, допомогти песику, ніж якби просто просили щось зробити. Це також підвищує її самооцінку, шляхом відчуття, що вона щось може і цього разу не звертається за допомогою, а сама стає в нагоді, у даному випадку, тварині [56].

Дитині не потрібно здогадуватись, чого хоче пес чи що він мав на увазі, тому вона не ризикує виглядати безглуздо та бути присоромленою. Первагою є й те, що команди, які можна давати собаці, зазвичай є дуже простими, що не створює додаткових труднощів у поясненні своїх намірів. Звісно, в міру того, як дитині вдається з ними впоратись, завдання по-трохи можна ускладнювати. Водночас, важливо і те, що собака не буде піддаватись, «ведучись» на плач або крик, тому не закриватиме можливість для розвитку в дітей.

Для покращення моторики дитині можна пропонувати розстібнути та застібнути ошийник, розчесати песика, дістати або скласти іграшку, яку любить собака, погодувати її та ін. Трішки легшими можуть бути прохання типу, доторкнутись до правого та лівого вуха собаки, взяти за передню ліву, потім передню праву лапку, погладити по-черзі по голові, шії та тулубу.

Щоб активувати ноги варто, щоб дитина витягувала ногу, а собака через неї перескакувала. Або більш складний варіант – підняти витягнуту ногу, а пес пролазить під нею. Собакою може керувати кінолог або, якщо стан пацієнта дозволяє, він може сам її скеровувати, даючи команди та приманюючи кормом. За потреби працювати із порушеннями мовлення, більш корисними будуть звукові команди від пацієнта.

Для розвитку координації дитині потрібно давати завдання провести собаку, тримаючи за повідок, спочатку просто по кімнаті, а далі через певні перепони або по конкретній траєкторії. Якщо песик невеликий, дитина може взяти його на руки і йти до заданої точки.

Якщо метою є тренування витримки та концентрації, дитину просять виставити долоню, щоб пес подав їй лапу, щоразу час, який потрібно буде почекати, поки собака подасть лапу, можна збільшувати. Більш цікавою

вправу можливо зробити, якщо в руці тримати смаколик для песика і чекати, поки він його з'їсть.

Каністерапія є продуктивною не лише у психологічній, а й у фізіологічній реабілітації завдяки різноманітним вправам, які є корисними для опорно-рухового апарату. На органи чуття вона теж добре впливає, наприклад, стимулює центральну частину зорового аналізатора, нюх, слух та активують відділ кори головного мозку, який відповідає за тактильність і його підкіркові долі [75].

В контексті інклюзії собаки-терапевти можуть бути корисними ще й, як з'єднувальна ланка дітей з ООП та дітей з тимповим розвитком, беручи участь в їх спільному дозвіллі, вони стають тим спільним інтересом, якого часом так не вистачає в такого роду ситуаціях. Розпочинати завжди варто зі знайомства із собакою, першими дотиками до неї і якщо отримуємо позитивний відгук на це, вже проводити певні вправи. Хорошою практикою буде дотримуватись передбачуваних ритуалів привітання та прощання, тому що це дає відчуття стабільності та зменшує тривогу.

Часто собака-терапевт може зчитувати настрій людини і адаптувати свою поведінку під нього – бути грайливою та жвавою із тими, хто перебуває в хорошому настрої та спокійно посидіти на руках і дозволяти себе обіймати, гладити тим, хто сумує або просто є більш спокійним. Її поведінкові прояви не викликають тривоги, бо вони не імпульсивні та є дуже передбачуваними і доступними для розуміння [107].

В рамках прогами «Собака-лікар» песики надають психологічну допомогу тим, хто потрапив в автокатастрофу і зараз в шоковому стані. Було помічено, що людям стає легше вже навіть від простих обіймів з собаками. Рятувальникам, які працюють на місці подій це теж слугує підтримкою та розрядкою.

Після страшної трагедії у Флоридській школі, в якій відбулась стрілянина 14 лютого 2018 року, організація Humane Society of Broward County долучилась до психологічної підтримки учнів, яким вдалось вижити.

Для цього у шкільних класах знаходились собаки, яких вони могли обійняти, погратись з ними або просто побути поруч. Це дало хороший ефект і доводить, що каністерапію можна застосовувати у відновленні людини після кризових подій [52].

Вартий уваги такий вид каністерапії, як малювання з участю собаки, адже окрім психологічної користі, він стимулює практично усі органи чуття індивіда: тактильний контакт зі шкірою, зір, нюх (якщо мова про фарби), слух (малювання, особливо олівцями, супроводжується певними звуками). Крім того, під час таких занять розвивається абстрактне мислення, творчість та інтелект. Плюс до цього всього, психолог отримує інформацію для діагностики зі створених людиною малюнків та її реакцію та не те, що зобразив пес.

Собака малює просто вмочаючи лапу у фарбу або ж тримаючи зубами пензлик. Учаснику теж дається свобода дій – малювати спеціальними засобами чи вмочати руки в фарбу. Не забороняється й іншого роду контакт з песиком, наприклад, обіймати його під час створення малюнку. Необхідно дотримуватись правил безпеки щодо відсутності гострих предметів та таких, які можуть розбитись.

Згаданий метод має кілька позитивних функцій, однією з яких є можливість вираження на зображенні тих почуттів, які складно вербалізувати або якими не хочеться ні з ким ділитись. Також, це можливість отримати визнання за свою творчу роботу та пишатись власним творінням. Малювання з песиком не перевантажує нервову систему і зазвичай триває не довше, ніж пів години [8].

Однак, серед вчених сьогодення є й ті, хто не поділяє визнання ефективності каністерапії. В. А. Шимко та А. Н. Бабаджанова висувують гіпотезу про ефект плацебо, який призводить до продуктивних змін у самопочутті пацієнтів, що звертались до даного методу. Серед аргументів на користь своєї позиції вони називають невеликі вибірки досліджуваних у доказовій інформації щодо дієвості каністерапії, не надання достатньої уваги

супутнім змінним і індивідуальним особливостям респондентів та короткотривалі спостереження.

Вчені також вважають, що великий вплив має позитивне налаштування та приємні очікування пацієнтів перед заняттям, що звісно добре, але не говорить про доказовість самого процесу каністерапії. Крім того, очевидно, що люди, які брали участь в таких дослідженнях і погоджуються на контакт із собакою, досить добре сприймають цих тварин, що не дозволяє об'єктивно оцінити універсальність такої теарпії [102]. Ми не поділяємо погляд щодо заперечення ефективності цього методу і водночас, розуміємо, що такі судження науковців дають додаткові підстави для актуальності нашого дослідження.

Звісно, як і у будь-якого методу реабілітації, у каністерапії є певні обмеження. Зокрема, це тривалість заняття, обумовлена можливостями собаки-терапевта – не більше 30 хвилин. До таких обмежень відносять і алергію на шерсть, панічний страх перед будь-якою собакою та протипоказання її для тих, хто має інфекції, захворювання шкіри або незагоєні рани. Неприємним фактом є і те, що на жаль, собаки-терапевти витрачають під час їх роботи дуже багато енергії, через що тривалість життя у них дещо нижча, ніж у інших тварин таких же порід.

Ще одним «підводним каменем» є те, що пацієнти, особливо діти, можуть дуже звикнути до песика і тоді етап завершення може бути складним та болючим. Найгіршим варіантом розвитку подій в такому випадку є не лише відсутність покращення, а й погіршення самопочуття [32].

Каністерапія є організованим процесом, який має чітко визначені етапи, першим з яких є діагностика емоційного самопочуття пацієнта та окреслення того кола проблем, до вирішення яких можна залучити собаку-терапевта (зняття тривоги, налагодження контакту, нівелювання апатії та ін.). Після цього можна приступати до розробки індивідуальної реабілітаційної програми, яка буде доцільною в саме цьому випадку.

Хоча собака привчена поводитись спокійно та без агресивних реакцій, все одно не буде зайвим проговорити, що можна з нею робити, а що ні. По-перше, це важливо з огляду гуманного ставлення до тварин, а по-друге якщо пацієнтом є дитина, вона може подумати, що будь-який пес відреагує на такий жест спокійно, тоді як ті з них, хто не є собаками-терапевтами можуть вдатись до агресивної та небезпечної реакції.

Тільки по завершенню цих етапів можемо починати безпосередньо проведення каністерапевтичної сесії, здійснюючи постійний моніторинг динаміки психічного стану людини, на основі якого можна робити остаточні висновки про результативність сеансів [96]. Не можна пропускати жодну із зазначених стадій або хаотично «перескакувати» з однієї на іншу, адже вони є взаємопов'язаними та логічно обґрунтованими.

Л. Кашуба та О. Чекан описують одну з таких програм, яка включає в себе сеанси каністерапії з періодичністю один раз на тиждень та тривалістю до 45 хвилин. Починається вона зі встановлення контакту з собакою, після чого учасник спілкується та взаємодіє з нею.

Якщо на цьому етапі все проходить добре, можна проводити групові вправи для покращення навичок міжособистісного спілкування та розвитку соціалізації. На завершення учасники діляться своїми враженнями, аспектами, які їм сподобались та тими, які викликали неприємні відчуття (якщо такі були), спеціаліст, який проводить заняття міг зробити конструктивні висновки та за потреби змінити щось у програмі [47].

При організації цього процесу важливо дотримуватись правила партнерства, тобто активної участі усіх суб'єктів (пацієнт, пес, психолог, кінолог, за потреби соціальні чи інші фахівці) в здійснюваній діяльності. Також, необхідно мати на меті покращити не лише одну сферу життя людини, а й інші, наприклад, професійну, соціальну та ін. [108].

В наукових джерелах зазначається, що має велике значення порода собаки, при виборі якої варто опиратись на проблематику, з якою людина звернулась. Зокрема, хаскі, маламути та самоїди добре працюють з дітьми, які

мають певні фізіологічні порушення або поведінку, що порушує загальноприйняті правила [32].

Каністерапія має визнання в європейських та інших країнах світу (Литва, Норвегія, Німеччина), в Польщі навіть на офіційному рівні існує спеціальність «каністерапевт», а каністерапія визначається, як метод, який сприяє особистісному зростанню індивіда, його реабілітації та навчанню, рушійною силою якого є собаки, що спеціально для цього кваліфікувались та каністерапевт. У Іспанії, Ізраїлі та Чехії можна отримати освіту за цим фахом.

Цікавим є досвід Америки, де заспокоїливий вплив собаки-терапевта пропонують абітурієнтам та студентам напередодні вступних випробувань або важливих підсумкових іспитів. В країні також функціонує міжнародна організація анімалтерапії і ще з 1982 року відбуваються конференції міжнародного рівня, тематикою яких є взаємодія людей із тваринами та її результати [93, 105].

У Солт-Лейк-Сіті існують бібліотеки, де надають допомогу дітям (перавжно 5-9 років), які мають труднощі із читанням. Вони впроваджують в практику пропонувати дитині почитати песику протягом 30 хвилин або стільки, скільки вона зможе. Авжеж, такі собаки мають відповідні навики, вони не тікають, не засинають, а дійсно уважно слухають, дивлячись на дитину.

Безперечно, це більш комфортно, ніж читати перед класом чи вчителем, тому що пес точно не сміятиметься та не критикуватиме її. Протягом року майже у всіх дітей, що брали участь в програмі якість читання та мотивація до нього стали значно ліпшими. З таких же причин каністерапія корисна для дітей із затримкою мовленнєвого розвитку [6, 32].

Хочемо звернути увагу на ізраїльську ідею, яку запровадив психолог доктор Шай Хен Галь – іграшкового песика Хібукі (в перекладі з івриту «обійми»), у якого на передніх лапках знаходяться липучки і при поміщенні їх навколо шиї, собака ніби обіймає людину. Найбільше цей метод застосовують із дітьми, але можна й з дорослими. У собачки сумний вираз мордочки для

того, щоб дитина не була проти з ним контактувати, а навіть хотіла втішити песика та поділитись у відповідь своїм болем.

В контексті нашого дослідження, вражає те, що навіть іграшкова собака може нести певний терапевтичний ефект. Це саме той випадок, коли для анімал терапії застосовують образи тварин, що підтверджує, що із живою тваринкою буде ще більш позитивний результат. Таким прикладом є і персона пса Патрона, зображення якого друкують на одязі, виготовляють за його подобою іграшки, брелки, статуетки та ін., які підтримують моральний дух українців [5].

Українські фахівці сфери психічного здоров'я почали включати каністерапію до реабілітаційних програм близько семи років тому [47]. Зокрема, нині в Чернівцях функціонує безкоштовний центр каністерапії. В Запоріжжі за програмою «Собаки-терапевти для України» теж ще 2018 року відкрили центр «Доктор Дог», що спеціалізується на допомозі дітям, які постраждали внаслідок війни. Песиками-терапевтами цієї установи є лабрадор на ім'я Рита та спаніель Євсей, які викликають багато симпатії у маленьких відвідувачів.

Проект «Друг героя», на жаль, не отримав достатньо коштів для його реалізації, що підтверджує необхідність більше висвітлювати поняття каністерапії та її переваги. Успішну діяльність з каністерапії проводить полтавський центр «CANIS-клуб».

В Лисичанську майстер спорту з поводження із службовими собаками О. С. Цвік проводить показові заняття в темі каністерапії. В місті також працює лабораторія, яка вивчає методику взаємодії з природою, в рамках роботи якої теж піднімаються питання каністерапії [66].

В Чернігові добре функціонує центр «Відродження», діяльністю якого є реабілітація дітей з інвалідністю, одним з елементів якої є каністерапія. Роль собаки-терапевта в ньому виконує кане-корса Лілу, господарем якої є керівник компанії «COLLAR» Юрій Синиця. Разом із кінологом вони відвідують центр двічі на тиждень [19].

Отже, анімалтерапія використовувався ще з давніх давен, задовго до того, як її почали визнавати на офіційному рівні. Найпопулярнішими її видами є каністерапія, дельфінотерапія, фелінотерапія та іпотерапія. В процесі реабілітації за допомогою каністерапії використовують спеціальних собак, які навчалися дій діяльності, пройшли тестування та є сертифікованими.

Ряд, проаналізованих нами досліджень, в науковій літературі доводить, що каністерапія сприяє зниженню тиску і гормону стресу та, натомість, підвищенню гормонів радості. Вона є фективною при реабілітації фізіологічних, розумових та психічних порушень. Даний метод нині досить поширений в нашій державі та інших країнах світу, але наразі потребує ретельнішого наукового обґрунтування.

### **1.3 Каністерапія як метод соціально-психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР**

В Україні та світі нині часто використовують каністерапію, як один із методів соціально-психологічної реабілітації військових із ПТСР і спостерігають позитивну динаміку. Зокрема, вона допомагає у подоланні таких симптомів, як порушення сну (пес сприяє швидшому та приємнішому засинанню, може будити під час кошмарних сновидінь, відчуваючи неспокій господаря), депресивна та тривожна проблематика, відчуженість, апатія, дартівливість, недостатній самоконтроль. Комабатанти отримують досвід, у якому вони можуть бути корисні (годування собаки, прогулянка з нею) та мають контроль над ситуацією, адже пес-терапевт є дуже слухняним, радо виконує команди та не проти тактильних контактів [120].

А завдяки виділенню гормонів радості та зниженню кортизолу відбуваються позитивні фізіологічні зміни, що особливо доречно для тих, хто пережив бойовий стрес, адже він викликає багато неприємних соматичних симптомів. Крім того, гормон окситоцин дає змогу відчути емоції, схожі на ті, якими супроводжуються обійми із близькою людиною. Це є дуже позитивним



стимулом, коли ветерани проходять реабілітацію і ще не можуть повернутися додому.

В той же час, завдяки окситоцину нейронні ланцюги в мигдалеподібному тілі з'єднуються із медіальною префронтальною корою головного мозку, що впливає на зменшення заціпеніння та здатності до об'єктивного аналізу ситуації і розробки плану дій щодо її констуркивного вирішення. Для пацієнтів із постравматичним стресовим розладом це має велике значення, адже вони часто страждають від того, що емоційні афекти беруть гору над реальним баченням дійсності [132]. У накових джерелах також представлено інформацію про те, що вивільнення окситоцину знижує соматичну реакцію військового, яка зазвичай виникає при спогадах про бойові дії [141].

Враховуючи вище наведену інформацію, каністерапія має перевагу над іншими видами анімалтерапії та рештою альтернативних методів реабілітації коабтантів із ПТСР. Адже у собак окситоцинергічна нейронна мережа має багато спільного із людською. Доведено, що структура гена рецептора окситоцину в них, а саме у порід німецька вівчарка та бордер-коллі (як і у людей) містить в собі поліморфізми, які свідчать про здатність до соціальної взаємодії [131].

Як відомо, військові зазвичай не дуже охоче вступають у взаємодію із психологами. Причиною цього можуть бути стереотипні упередження, що така допомога потрібна лише психічно хворим, що психолог їх не зрозуміє, бо не був там, де вони, побоювання показати свою вразливість, очікування осуду від сім'ї та знайомих, страх перед різного роду психологічними вправами або просто ігнорування своїх проблем та небажання витрачати на це час.

Тут каністерапія теж стане в нагоді, адже спілкування із твариною викликає набагато менше сорому, страхів та переживань щодо засудження чи розголошення інформації і виглядає таке проведення часу набагато цікавіше та приємніше. До того ж, було помічено, що після занять із собаками

комбатанти більш довірливо та доброзичливо ставляться і до лікарів та психологів, що є великим плюсом при їх реабілітації [9].

Висновок, що каністерапія є доречною при реабілітації ветеранів із посттравматичним стресовим розладом, випливає і з експерименту, проведеному вченими із Німеччини (Johanna Lass-Hennemann, Peter Peuck, Markus Streb, Elena Holz, Tanja Michael) на базі лабораторій кафедр психотерапії та клінічної психології Саарландського університету. Хоча вибірку дослідження складали здорові люди, в контексті нашої теми цікавими є обставини, за яких воно проводилось. А саме те, що реакцію респондентів на присутність собаки аналізували в стресових обставинах – протягом 11 хвилин показували відео із потенційно травмуючими для психіки кадрами (фільм «Незворотність» Гаспара Ное).

Учасників було поділено на чотири групи під час відтворення фільму:

- ті, поруч з якими був пес породи глаткошерстий ретривер, лабрадор-ретривер, карне корсо, ховаварт);
- ті, біля кого знаходилась інша людина;
- ті, яким було вручено іграшкового собаку;
- ті, хто був взагалі наодинці.

Для аналізу рівня стресу та тривожності досліджуваних було застосовано психодіагностичні опитувальники (State-Trait-Anxiety-Inventory-Trait (STAI-S), Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)), вимірювання рівня кортизолу в слині та спостереження за фізіологічними реакціями (артеріальний тиск, серцевий ритм).

У тих, хто був в кімнаті із собакою-терапевтом рівень тривоги після перегляду відео підвищився, але був помітно нижчим, ніж у тих, хто дивився фільм сам або з іграшковим песиком. В той же час, він практично не відрізнявся від показників групи, яка проходила експеримент в товаристві іншої людини.

Як відомо, ПТСР супроводжується психологічною напругою та стресовими переживаннями. Тому дані про позитивну реакцію досліджуваних

на присутність собаки під час сеансу емоційного важкого відео дозволяють припустити, що і при вище згаданому розладі після каністерапії спостерігатиметься покращення ментального самопочуття [135].

Звісно, варто враховувати на скільки складний психічний стан має конкретний пацієнт і які ще засоби необхідно залучити до його реабілітації. Каністерапія є ефективним методом, але звичайно вона не заміняє, наприклад, медикаментозне лікування.

Професор Університету Денвера (США) Р. Tedeschi виступає також за те, щоб в реабілітаційному процесі із застосуванням каністерапії людей із складними емоційними станами, зокрема посттравматичним стресовим розладом, враховувався і добробут та безпека собаки. Адже навіть спеціально підготовлений собака-терапевт віддає багато енергії та може відчувати стрес, перебуваючи поряд із таким пацієнтом. З точки зору гуманності та етики, не варто перевантажувати таких песиків, обов'язково спостерігати за їх самопочуттям та давати їм достатньо часу на відновлення [154].

Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців, які брали участь в бойових діях здійснюється під час відвідування військових шпиталів. Відмічається, що військові отримують значну психологічну розрядку від спілкування з тваринами і це безумовно має позитивний вплив на їхній психоемоційний стан в цілому. До кожного з них необхідно мати індивідуальний підхід, адже в кожного військового свій психоемоційний стан, поведінкові та емоційні реакції на події, які вони пережили та безпосередньо на спілкування із собаками.

За період роботи фахівцям з каністерапії вдалося напрацювати ефективний психолого-кінологічний підхід до військових. Зокрема, важливо враховувати, що між процесами збудження та гальмування нервової системи дуже маленький проміжок.

Найбільш ефективними в процесі соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців виявились заняття із гігантськими породами собак, наприклад, ньюфаундленди дуже добре входять в контакт та стають

справжніми улюбленцями серед військових. Щодо манери поведінки тварини, то перевага в роботі з подібними запитами віддається флегматичним породам, які не є занадто рухливими та грайливими, поводять себе спокійно та врівноважено, але відгукуються на стимули, охоче йдуть на контакт, люблять тактильність.

Військовим варто пропонувати гладити собак, обіймати їх. Щоб вони почувались в безпеці і розуміли що відбувається, можна при цьому вести бесіди про тварин, розказувати цікаві історії саме про тих собак, які в цей момент присутні на занятті.

Також вони дуже радо підтримують розмови про тварин в їх військовому досвіді. Це хороший метод хоча б часткового припрацювання отриманої ними психологічної травми. Адже якщо прямо запитати, що там відбувалось, що вони пережили, це може ще більше їх травмувати. Але разом з тим, важливо щоб цей досвід теж був опрацьований та не залишився в імпліцитній пам'яті.

І розмови про тварин, які були поруч із ними стають досить доречними, вони висвітлюють ту частину інформації, яку зараз відчують можливим привідкрити і це певною мірою сприяє інтеграції пережитого. Крім того, вони охоче згадують своїх домашніх улюбленців, пригадують приємні моменти, а це теж є свого роду зціленням.

Спостерігається, що під час описаних вище розмов комбатанти жвавішають, стають веселішими, починають активно взаємодіяти з собаками-терапевтами, міцно обіймати їх. За їх словами, навіть звичайні песики в зоні бойових дій були для них підтримкою, способом підняти настрій та хоча б частково відчувати зв'язок із домом (особливо, якщо вони самі мали собаку чи іншу тваринку і сумували за нею) [117]. Вони також відзначають, що після занять із каністерапії помітили, що в них з'являється відчуття розслабленості, радості, зниження психоемоційної напруги, тривоги, апатії, з'являється бажання щось робити, взаємодіяти спочатку із собаками, а потім і з оточуючими загалом.

Отже, можемо зробити висновок, що каністерапія є результативною при роботі з таким симптомом посттравматичного стресового розладу, як психоемоційне збудження. А в тих, хто згодився доєднатися до розмов про тварин, з якими вони перетинались на фронті, велася робота із симптомом уникнення розмов про травмуючу подію, що теж є досить важливим елементом терапії посттравматичних станів.

Було також помічено позитивний вплив на загальний фізіологічний стан, а саме нормалізацію артеріального тиску. До того ж, військові, які брали активну участь в заняттях з каністерапії стали помітно відкритішими, в них спостерігається менше ворожих реакцій та негативного бачення майбутнього, вони менше конфліктують з оточуючими.

Можна проводити як групові, так і індивідуальні заняття з каністерапії із військовими. Такий розподіл має відбуватись виходячи із побажань самих учасників. Зазвичай, ті, хто обирає індивідуальний сеанс перебувають в більш пригніченому психоемоційному стані. На заняттях з ними достатньо одного собаки та кінолога.

Розпочати варто з мінімального контакту із собакою, такого як поглажування, стискання лапи, можна, щоб військовий спробував дати йому прості команди типу «Сидіти», «Лежати». При цьому обов'язково потрібно спостерігати як він реагує, чи з'являються позитивні емоції. Якщо так, то наступним етапом може стати годування собаки з рук, ходьба з ним на повідці. Але якщо вираженої позитивної динаміки не помічено одразу, не поспішаємо, заняття розбиваємо на короткі серії, щоб не було зайвого нервового напруження.

Групові заняття проходять більш динамічно та інтенсивно. Військові, які обирають працювати в групах жвавіше йдуть на контакт з собакою та швидше починають з ним активну взаємодію, тобто годування, давання команд та ін. На таких заняттях можуть бути присутніми двоє та більше собак-терапевтів. Але як і під час індивідуальних сеансів, необхідно постійно спостерігати за настроєм та емоційним станом учасників, уникати перенапруження.

Хорошою формою такого заняття є прогулянка разом з собакою. Це знижує відчуття незручності та сором'язливості, які можуть відчувати ветерани у приміщенні, де на них звернена вся увага.

Зазвичай заняття тривають близько години, але категоричних обмежень по часу немає. Деякі учасники можуть йти раніше визначеного часу, інші навпаки, прийти трішки пізніше.

Спілкування із собаками-терапевтами є також і діагностичним інструментарієм. Адже демонструє на скільки людина замкнулась в собі. Наприклад, якщо постраждалий не йде на контакт із людьми, але не відмовляється від взаємодії з собакою, то можемо зробити висновок, що позитивний прогноз в питанні його соціально-психологічної реабілітації є більш вірогідним та те, що можливо пацієнту складно наразі взаємодіяти з оточуючими, але прагнення до контакту у нього не втрачено, а це вже дуже хороший показник.

Якщо учасник не йде на контакт прямо, тому відсутня можливість спитати чи не проти він взаємодіяти із собакою, варто зробити це дуже обережно. В такому разі, собаку спочатку просто заводять до приміщення, де знаходяться учасники не ближче, ніж за три метри до них та дають команду «Сидіти» або «Лежати», щоб положення собаки не викликало страху та максимально сприяло позитивній атмосфері.

Далі дивимось на реакцію присутніх. Якщо не помічено страху чи агресії, можна повільно підвести собаку ближче.

Собаки-терапевти можуть працювати і з тими військовослужбовцями, які зазнали важких травм та є на даний момент сидячими чи лежачими. Лежачих варто класти на матраці на підлогу, аби забезпечити якомога тісніший контакт із собакою. Щодо сидячих, то важливо аби стілець або коляска були розміщені впритул до стіни, щоб уникнути випадкової травматизації.

Якщо необхідно задіяти певні групи м'язів, то можна скеровувати собаку у відповідному напрямку. І хоча команди собаці дає інструктор,

важливо, щоб пацієнт був максимально переконаний, що собака слухає саме його.

У контексті роботи з комбатантами, враховуючи, що фізично травмованих пацієнтів серед них може бути чимало, це є великою перевагою каністерапії у порівнянні, наприклад, з іпотерапією, яка є не такою універсальною і недоступна багатьом людям з інвалідністю. Взаємодія з собакою практично не може викликати відчуття «я не можу це зробити, я не в порядку». Тоді як, іпотерапія або дельфінотерапія можуть виглядати, як завдання, із яким індивід не може впоратись.

Це підтверджує дослідження вчених із Нідерландів (L. Elisabeth Burton, Fares Qeadan, Mark R. Burge), в якому взяли участь 20 військовослужбовців, 10 з яких протягом шести тижнів мали сеанси іпотерапії (до 1 години), інші 10 проходили стандартизовану реабілітацію. Вони були переважно серенього віку, а тривалість їх військової служби становила 3-15 років, близько 60% мали інвалідність.

Висновки робились на основі зміни чи не зміни рівня кортизолу та використання психодіагностичних методик (Шкала стійкості Коннора-Девідсона CD-RISC, Контрольний список ПТСР – військова версія (PCL)). Так, за PCL позитивна динаміка була в обох групах, а за CD-RISC спостерігалось покращення у групі, якій надавались заняття з іпотерапії. Проте, значних відмінностей між показниками за результатами методик та вмісті кортизолу в слині із контрольною групою не було [119].

Вправи з собаками можуть розвивати чуттєвість, увагу до своїх фізіологічних відчуттів. Можна просити порівнювати на дотик, наприклад ніс собаки, коли він мокрий і сухий, холодний і теплий, шерсть гладку і більш шершаву, різницю між м'якими подушечками на лапах та твердими кігтями. Якщо пацієнт не відмовляється розмовляти, варто попросити описати яка йому на дотик шерсть собаки в різних частинах тіла (на вухах, тулубі, лапах, хвості, животі), чим вона відрізняється на вигляд і дотик.

Окрім занять із пристуністю каністерапевта, існує таке поняття, як «ненаправлена каністерапія», коли собака проживає із людиною і цим самим здійснює позитивний вплив на її психічний стан. Для ветеранів вона є дуже актуальною, по-перше, через те, що деякі з них можуть так і не погодитись працювати із психологом, навіть в контексті занять із собакою, тому їм буде корисний індивідуальний контакт з нею.

По-друге, по завершенню певної реабілітаційної програми їм все ще потрібна підтримка та стимули для приємних емоцій, з чим чудово може впоратись підходящий для цього пес. По-третє, пес є такою твариною, яка дає відчуття надійності, адже на відміну від інших хатніх улюбленців, він завжди радо зустрічає господаря, приходить, коли його кличуть та може виконувати різні команди [54, 100].

Собака часто будить їх під час кошмарів та залишається поруч, що допомагає прийти до тями після нічного жахіття. Спеціально навчені собаки можуть вмикати світло в таких ситуаціях, сидати поруч, чим заспокоювати людину. Пацієнти з посттравматичним стресовим розладом відзначають, що вони сприймають собаку, як безпечного партнера для взаємодії, адже він не засудить їх, не оцінюватиме, не знецінюватиме їх переживання не насміхатиметься, не «лізтиме в душу».

В присутності собак вони не мають відчуття неповноцінності через певні фізіологічні травми, які отримали під час бойових дій. Фахівці каністерапевти зазначають, що собаки стають своєрідним містком між потерпілим та психологом, допомагають встановити з ним контакт та розпочати спілкування. Крім того, що вони допомагають налагодженню позитивного спілкування, пес може відчуватись, як захист, завдяки якому пацієнт не так сильно стресуватиме від взаємодії із спеціалістом, якої він боїться або сприймає скепично [120].

Хорошим бонусом є те, що піклування про собаку розвиває такі якості, як відповідальність, дисциплінованість, терпіння, емпатію та допомагає переключитись із неприємних думок. Вона може зближувати членів родини та



збільшити кількість позитивних соціальних зв'язків (наприклад, спілкуючись з іншими власниками песиків на прогулянці).

Психологи з Латвії та Америки здійснювали психологічний аналіз сімей, в яких проживають тварини і тих родин, в яких домашніх улюбленців немає. Вони зазначили, що в перших психоемоційний фон набагато сприятливіший, а стосунки доброзичливіші, конфлікти вирішуються швидше та більш конструктивно [54, 85].

Діти у родинах, які мають собаку, навіть легше переживають розлучення батьків, отримуючи від пухнастого друга тепло та підтримку. Самі ж батьки, діти яких виросли і переїхали від них, маючи домашніх улюбленців почувались значно краще, ніж ті, хто тваринок не мав [142].

О. В. Чернілевська-Ісайко у своїх наукових працях висвітлює схвальні відгуки щодо їх психічного стану від військових, які мають службових собак. Вони стверджують, що їм приносить спокій впевненість, що пес поруч і зможе допомогти, наприклад, при панічній атаці. Також, вони говорили про те, що наявність собаки стимулює її господаря виходити надвір та не замикатись в собі, і навіть може зменшувати напади тривоги у місцях великого скупчення людей [99].

Німецькі науковці (Andrea Beetz, Ira Schöfmann, Roland Girgensohn, Roger Braas, Christiane Ernst) також згадують про ефективність каністерапії в роботі із комбатантами. В описаному ними дослідженні взяло участь 29 військових з посттравматичним стресовим розладом: 3 жінки та 26 чоловіків віком близько 38 років, 19 з яких перебували в офіційному або громадянському шлюбі.

Для максимальної об'єктивності, приблизно такі ж ознаки мала і контрольна група, які не отримували реабілітаційної допомоги із участю собак. Дані для аналізу психічного стану досліджуваних (анкетування, орієнтоване на демографічні і соціальні характеристики, особливості військового досвіду, ліків, які наразі застосовують, динаміки в терапії посттравматичних симптомів, ставлення до куріння, алкоголю та інших

психоактивних речовин; Шкала робочої та соціальної адаптації; Контрольний список симптомів Гопкінса-25 для діагностики депресії та тривожності; Шкала сприйнятого стресу) було зібрано напередодні першого та після останнього заняття із песиками, а також через 1 та 3 місяці після закінчення усього курсу.

Для першої групи пацієнтів проводили заняття тривалістю до трьох годин один раз на тиждень, на яких вони мали змогу гуляти із собаками, грати з ними в ігри, доглядати за тваринами та просто відпочивати у їх присутності. Важливим нюансом було те, що проводити такі заходи мали ті, хто теж є військовослужбовцем.

Тож і собаки, відповідно, теж мали бути службові, були об'єднані у команди, які мали досвід взаємодії не менше 7 місців і належали до порід бенгальська вівчарка малінуа та лабрадор-ретривер. Щоб брати участь в проєкті, кожен пес проходив навчання за програмою «Правила дресирування та іспитів для собачого втручання Федеральних збройних сил» та раз на рік мав скласти тестування, яке складалось із таких етапів:

1. Провокація буденними ситуаціями (людина випадково зачіпає собаку, проходячи поруч, довго дивиться їй в очі та ін.). Пес має залишатись при цьому спокійним та не робити агресивних дій.
2. Перевірка того, як собака відгукується на команди. Вона не повинна бути байдужою і водночас, має орієнтуватись на сигнали кінолога щодо того, чи реагувати та певні прояви пацієнта.
3. Знаходження у приміщенні, в якому багато шуму, люди голосно говорять або навіть кричать, підходять до собаки та торкаються до неї, не питаючи дозволу.
4. Випробування емоційної стійкості собаки надворі, а саме в гучній місцевості та осередках скупчення великої кількості людей.
5. Спостерігання за тим, як поводить ся пес, контактуючи із іншими собаками (чи не нападає він на них та чи не лякається сам).

У підсумку, та група пацієнтів, які не відвідували сеанси каністерапії, демонструвала гірші результати в плані адаптації до соціуму. Натомість ті, хто отримував таку допомогу, зазначили, що краще почуваються і частіше відчують радість.

Вчені підкреслюють, що при тривалішому періоді інтервенцій із застосуванням каністерапії результати, вірогідно, будуть ще більш помітними [116]. З цього припущення випливає і потреба зробити перебування військовослужбовців в шпиталі більш пролонгованим, щоб вони могли отримати дійсно повноцінну допомогу.

До таких же висновків прийшов і L. S. Stern, вивчаючи динаміку психічного стану комбатантів США, які певний час жили із собакою. Було помічено, що вони стали спокійнішими, відчували себе у безпеці (адже в разі чого, пес відреагує на небезпеку і в деяких обставинах навіть, захистить господаря та його близьких), не самотньо та майже не виявляли симптомів депресії [151].

Цікавим є досвід американських вчених (Sarah C. Leighton, Leanne O. Nieforth, Marguerite E. O'Haire), які проаналізували 16 наукових досліджень, у яких йшлося про вплив каністерапії на психічне здоров'я ветеранів із посттравматичним стресовим розладом. В усіх обраних для розгляду джерелах йшлося про те, що у респондентів спостерігалось значне зменшення симптомів ПТСР, підвищення самооцінки, під час занять із собаками вони почувались у безпеці.

У двох статтях навіть йшлося про те, що після курсу каністерапії пацієнти відповідальніше ставились і до інших медичних процедур і охочіше виокнували рекомендації лікарів та іншого персоналу лікарні. Кілька респондентів поділились, що спілкування із собаками стало для них великою підтримкою, яка зіграла значну роль у зменшенні або повному зникненню думок про самогубство.

Серед істотних змін у фізичному самопочутті було відмічено покращення сну та зменшення необхідності в прийомі деяких медикаментів,

зокрема снодійних і седативних препаратів. Звісно, корисними й були вправи на координацію в просторі, які дуже доречно вписуються у програму занять із собаками-терапевтами.

Щодо соціальної сфери, теж були позитивні результати, а саме подальше зростання громадської активності у пацієнтів та більша залученість у різного роду комунікацій. Вони говорили про те, що обговорення песиків є нейтральною та безпечною темою для підтримки розмови у багатьох колах спілкування [136].

Терапевтичним є навіть просто спостереження за тваринами. Коли комбатанти бачать які вони відкриті, як радіють, розслаблено себе поводять, то теж певною мірою переймаємо собі таку поведінку та настрій. Це відбувається через те, що в мозку людини є спеціальні дзеркальні нейрони, які реагують на настрій, погляди, емоції інших людей. Тобто ми так чи інакше, переймаємо прояви, які спостерігаємо в оточуючих нас людей, а в даному випадку собак, що є навіть ще більш ефективним.

В такому разі, каністерапевту варто гратися з собакою в полі зору учасників, давати йому смаколики, гладити, обіймати. Можна також давати йому різні команди, просити виконувати цікаві трюки. Зазначені дії можна виконувати близько десяти хвилин, якщо сеанс проводиться вперше, а надалі до 20-25 хвилин.

Нам імпонує ініціатива програми Pets for Vets, яка займається індивідуальним підбором песиків для ветеранів. Для цього військові відповідають на запитання щодо бажаної тварини та з якими психологічними труднощами їм важливо впоратись.

Схожий проект K9s For Warriors перед тим, як передати собаку людині, проводять для неї відповідне навчання протягом трьох тижнів. Програма Paws for Purple Hearts залучає камбатантів до тренування та терапевтичних вправ із собаками, що звісно є її перевагою.

Особливо цікавим є підхід організації Warrior Canine Connection, який був започаткований професійним дресирувальником та соціальним

працівником Ріком Янтом та апробований протягом 2008-2009 років у Менло-Парку (штат Каліфорнія). Він пропонує, щоб один військовий тренував собаку для іншого, що забезпечує згуртованість, відчуття єдності та несамотності, підтримки і власної користі для інших.

Досліджувані, які брали участь в даній програмі повідомляли про покращення здатності до терпіння та очікування, контролю над своїми емоціями та їх безпечному вираженню, зниження тривожності та психосоматичних скарг, налагодження відносин із родиною і знайомими та загальне поліпшення комунікативних навичок, фокусуванні на теперішньому замість постійного прокручування спогадів про минуле, збільшення часових проміжків, у яких вони відчували спокій та хороший настрій, мали мотивацію жити і діяти, нормалізацію режиму та якості сну[145, 147].

Американська некомерційна організація Warrior Canine Connection (WCC) в рамках угоди із військово-медичного центру імені Уолтера Ріда з 2011 року надає програму дресирування собак-помічників для програми з трудотерапії закладу. Вона показала хороші результати, тому у 2014 році її розширили до трудотерапевтичної програми військового медичного центру в Форт-Бельвуар. А згодом стали застосовувати в роботі із пацієнтами, яким було діагностовано посттравматичний стресовий розлад та черепно-мозковою травмою, а також із їх родинами в Національному центрі передового досвіду «Інтріпід» та реабілітаційному закладі NeuroRestorative (штат Меріленд) [154].

Протягом чотирьох років участь в проєкті взяло понад 3000 військових, при чому наявності лише 25 собак, 12 з яких у результаті пройшли акредитацію на звання собаки-помічника, а 13 стали собаками-терапевтами у військових лікарнях. Тому можемо сказати, що програма не лише ефективна, а й досить оптимальна з точки зору фінансових витрат, які необхідні на її реалізацію.

В Україні хочемо відзначити діяльність Територіального медичного об'єднання МВС України по Одеській області та центру кінології ГУНП в Одеській області, які влаштовують заняття із службовими собаками для

комбатантів. Починають вони із знайомства з песиками та розповіді про особливості функціонування кінологічного центру. Кінологи проводять майстер-клас і дресирування та різноманітних завдань, які може виконувати службовий пес (пошук наркотичних та вибухових речовин, людей, певних предметів, трюки та ін.).

За ним слідує підготовчий етап до взаємодії із собакою, під час якого варто визначити ставлення індивіда до тварин за допомогою вільної бесіди або спеціальних опитувальників. Після нього ті, хто виявили позитивне ставлення та прихильність до собак можуть окремо або в групах переходити до першого контакту з ними – гладять, спостерігають, виконують різного роду завдання, просто знаходяться поруч.

В кінці обов'язково проводиться рефлексія та обговорення. Здебільшого, ветерани говорили про зацікавленість до занять із тваринами і їх дрисерування, у них з'являлось бажання розповісти про своїх песиків та тих, яких вони мали на бойових позиціях. Після цих заходів вони відзначали у себе хороший настрій, значно менше тривоги та більш охочу соціальну активність [99].

У шпиталі, який знаходиться в Рівенській області за допомогою громадської організації Pets centre «Bron» каністерапію практикують з 2023 року. Участь в реабілітаційних заходах беруть вісім спеціально відібраних собак.

Враховуючи все зазначене вище, можемо стверджувати, що каністерапія показує хорошу динаміку при роботі із військовими, у яких діагностовано ПТСР. Вони охоче взаємодіють із собаками та за їх допомогою більше відкриваються і психологу. Практика українських спеціалістів та зарубіжний досвід підтверджують, що каністерапія є одним із найкращих методів реабілітації комбатантів. Однак, не вистачає чітко розроблених програм реабілітації, які б були наукового обґрунтовані.

## Висновки до розділу I

Отже, посттравматичний стресовий розлад є відстроченою реакцією людини на психотравмуючі обставини і супроводжується трьома головними симптомами: повторювані нав'язливі спогади та переживання; уникання спогадів про пережитий стрес; стан гіперчутливості та збудженості.

В нашому дослідження висвітлено такі наукові концепції тлумачення ПТСР:

- психодинамічний, який пояснює дисоціацію та уникання згадок про травму тим, що психіка не здатна це усвідомити і таким чином захищає себе від болю;
- психосоціальний, за положеннями якого важливим фактором при реабілітації ПТСР є підтримка і розуміння від оточуючих, а за їх відсутності цей процес значно ускладнюється;
- біологічний – концентрує увагу на гормональні зміни та інші процеси в головному мозку людини під час переживання психологічної травми;
- когнітивний, що зазначає про вплив ставлення людини до стресової ситуації, яке й визначає чи буде у неї в подальшому посттравматичний стресовий розлад.

Ми порівняли методи реабілітації, які найчастіше застосовують у реабілітації комбатантів з ПТСР і можемо зазначити, що попри їх часткову ефективність існують і певні обмеження. Зокрема, не завжди військові хочуть спілкуватись із психологом і переконати їх зробити це досить важко. Також, більшість із цих психотерапевтичних методів не достатньо фокусуються на соціальному аспекті реабілітаційного процесу. А деякі інтервенції можуть здаватись пацієнтам складними та не цікавими.

Для вирішення цих та деяких інших проблем соціально-психологічної реабілітації комбатантів, на нашу думку, добре підходить метод каністерапії. Проаналізувавши наукові джерела, ми визначаємо каністерапію, як комплекс

реабілітаційних заходів, направлених на покращення психологічної, соціальної та фізіологічної сфери життя пацієнта, у яких ключову роль відіграють собаки, які мають відповідну сертифікацію і звання «собака-терапевт».

Нами було знайдено досить велику кількість інформації щодо практичного застосування каністерапії для реабілітації військових, але практично відсутні надійні наукові дослідження з цієї тематики, особливо пролонгованого характеру.



## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

### **2.1 Програма, етапи та методи емпіричного дослідження**

Дослідження стану психотравматизації учасників бойових дій складалось з трьох основних етапів. Першим з яких був етап теоретичного аналізу наукової літератури проблеми посттравматичного стресового розладу у комбатантів та методів їх соціально-психологічної реабілітації (вересень 2022 р. – вересень 2023 р.). Завдяки опрацьованим літературним джерелам було сформовано мету дослідження та його основні завдання.

Другим етапом (вересень 2023 р. – вересень 2024 р.) була розробка та реалізація програми емпіричного дослідження, яка містила у собі такі завдання:

- вибір та обґрунтування діагностичних методик для визначення стану психотравматизації ветеранів;
- проведення констатувального експерименту, метою якого було визначення інтенсивності симптомів ПТСР (нав'язливі спогади, емоційний дистрес, фізіологічні реакції, гіперпильність, порушення сну, уникання думок/почуттів, уникання ситуацій/місць, негативний настрій, втрата інтересів, відчуженість, емоційне оніміння, негативні переконання, самозвинувачення/звинувачення інших, амнезія, дратівливість/спалахи гніву, надмірна здригливість, порушення концентрації, ризикова/саморуйнівна поведінка) у військових.

У дослідженні взяли участь дві групи комбатантів: експериментальна та контрольна. Учасники експериментальної групи пройшли курс занять із каністерапії, тоді як учасники контрольної таких інтервенцій не отримували та слугували еталоном для інтерпретації результатів формувального експерименту.

Під час третього етапу дослідження (вересень 2024 р. – вересень 2025 р.) було проведено формувальний експеримент, під час якого було розроблено та апробовано програму соціально-психологічної реабілітації комбатантів методом каністерапії. На цьому етапі було здійснено порівняльний аналіз динаміки симптоматики ПТСР експериментальної та контрольної групи комбатантів, з метою оцінки ефективності запропонованої реабілітаційної програми.

Дослідження було проведене на базі Державної установи «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ України». Вибірка досліджуваних складалась із ветеранів системи МВС, звільнених зі служби, які брали участь в АТО, ООС та заходах, спрямованих на захист України від збройної агресії російської федерації. Кількість респондентів була 37 учасників у експериментальній групі та 37 у контрольній. Гендерний аспект та вік до уваги не брався.

На різних етапах дослідження ми використовували відповідні методи аналізу. Зокрема, для теоретичного опрацювання необхідної інформації з наукових джерел було застосовано синтез, узагальнення і типологізацію, з метою найбільш повно дослідити особливості протікання посттравматичного стресового розладу у військових, засобів для їх реабілітації, феномену каністерапії як методу соціально-психологічної реабілітації ветеранів. Це дозволило визначити критерії та особливості діагностики ПТСР в учасників бойових дій; виокремити ключові етапи та аспекти, які повинні міститися в реабілітаційній програмі комбатантів; окреслити терапевтичний інструментарій каністерапії в цьому процесі.

Для емпіричного дослідження ми застосували метод спостереження (включене та невключене), констатувальний та формувальний експеримент, бесіду, анкетування та тестування. Завдяки цьому нам вдалось дібрати найбільш доцільний інструментарій для діагностики посттравматичного стресового розладу у ветеранів; зрозуміти психічний стан респондентів на початку роботи та динаміку його зміни після реабілітаційної програми, а також

їхнє безпосереднє враження та ставлення до каністерапії, як засобу реабілітації.

На етапі інтерпретації результатів було застосовано такі методи статистичної перевірки гіпотез:

- двопропорційний z-тест доцільність якого полягає у можливості провести порівняльний аналіз розподілу учасників за рівнями різних психодіагностичних шкал;

- $\chi^2$ -критерій Пірсона для таблиць спряженості формату  $2 \times 3$  було використано з метою оцінити, чи існують статистично значущі відмінності у розподілі учасників експериментальної та контрольної груп, коли порівнюються дві незалежні групи за трьома рівнями певної змінної (наприклад, низький, середній і високий рівні);

- t-критерій Вельча, головною перевагою якого є те, що він використовує спеціальну процедуру обчислення ступенів свободи за формулою Саттертвайта. Завдяки цьому розрахунок p-значення стає точнішим, а ризик отримати хибнопозитивний результат (тобто помилку першого роду) значно знижується;

- тест Манна–Уїтні, який оцінює різницю між групами на основі рангового порівняння значень, тобто аналізує не самі числові результати, а їх відносне положення у загальній вибірці. Такий підхід дозволяє точно визначити, чи існує систематичне зміщення однієї групи щодо іншої, навіть за умов, коли дані є асиметричними, містять викиди або представлені у шкалах із не рівними інтервалами;

- Корекція Bonferroni та корекція Holm. Метод Bonferroni використано для суворого контролю помилки першого роду: він зменшує критичний рівень  $\alpha$  пропорційно кількості тестів і тим самим запобігає випадковому отриманню статистично значущих результатів лише через велику кількість перевірок. Корекцію Holm обрано як більш гнучкий варіант, який завдяки послідовному коригуванню p-значень дозволяє зберегти кращу

статистичну потужність, водночас надійно контролюючи загальну ймовірність помилки першого роду.

При виборі психодіагностичних методик ми звертали увагу на основні показники, які підтверджують їх доцільність, а саме: валідність – здатність певного тесту виміряти саме той показник, який нас цікавить; надійність – стійкість до впливу випадкових чинників. Опираючись на згадані критерії було обрано такі методики:

1. PCL – шкала самооцінки наявності посттравматичного стресового розладу, перевагою якої є охоплення широкого спектру симптомів посттравматичного стресового розладу, що дозволяє детально визначити психологічний стан учасників експерименту і зробити більш розгорнутий та якісний порівняльний аналіз. Вона включає в себе кластери симптомів ПТСР, зазначених у довіднику діагностичних критеріїв DSM-5 (опис травмуючого досвіду; інтрузивні реакції; уникання усього, що нагадує про пережиту травму; негативні переживання та когніції; гіперпильність) та має окрему версію адаптовану спеціально під військових. Методика складається з 17 тверджень, які досліджуваній повинен оцінити за шкалою від 1 до 5, в залежності від того чи стикався він із ними (1 – ніколи не стикався; 2 – інколи; 3 – помірно; 4 – часто; 5 – дуже часто).

Про вірогідність посттравматичного стресового розладу свідчить кількість балів, що перевищує 50. За більш детальної інтерпретації береться до уваги на які саме питання респондент відповів «помірно» або вище. Щоб розглядати ймовірність у комбатантів ПТСР, така оцінка повинна бути не менш, ніж в одному пункті серед питань 1-5; не менше трьох в діапазоні питань 6-12 та мінімум двох з пунктів 13-17.

2. Міссісіпська шкала ПТСР, яка не використовується для первинної діагностики через те, що є недостатньо специфічною, про те є ефективною для підтвердження або спростування даного діагнозу у пацієнта та оцінку тяжкості його перебігу. У варіанті опитувальника для військових міститься 35 пунктів, з яких 11 слугують для оцінки симптомів по типу флешбеків, ще 11 –

уникання, 8 – надмірного збудження, 5 – почуття провини та суїцидальних тенденцій.

Респонденти оцінюють твердження методики від 1 до 5, на основі того, чи притаманно їм це, де 1 – абсолютно ні, а 5 – абсолютно так. При інтерпретації питання поділяються на дві групи: прямі та ті, які обчислюються у зворотних значеннях, після результати по обом з них сумуються. При посттравматичному стресовому розладі бал має сягати близько 130.

3. Опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова, що зазвичай використовують для детального аналізу симптоматики ПТСР. Його доцільність полягає в тому, що в результаті ми бачимо показники по окремих групах симптомів (повторне переживання травми, уникнення, дисоціація, гіперпильність, дезадаптація і дистрес) та чотирьох контрольних субшкалах (L – неправда, Ag – агравація, Di – дисимуляція, depres – депресія).

Крім того, є спеціальний ключ для діагностики гострого стресового розладу, який часто плутають із ПТСР та окремі ключі для інтерпретації результатів у чоловіків та жінок. Таким чином, можемо більш чітко окреслити сферу проблематики, із якою індивід потребує допомоги та переконатись в достовірності отриманих даних.

Досліджувані ознайомлюються із 110 твердженнями, оцінюючи їх від 1 (зовсім не вірно) до 5 (зовсім вірно). Інтерпретуючи результати, слід використовувати ключ, в якому вказано відповідність певного пункту до кожної зі згаданих вище субшкал.

Отримані «сирі» бали необхідно перевести в Т-бали, за якими варто робити припущення щодо наявності в людини ГСР або ПТСР. Якщо значення нижче 50 – симптоми згаданих вище розладів відсутня; 50-65 – симптоматика виражена у незначній мірі; 65-70 – помірна симптоматика; вище 70 – ймовірність діагнозу ГСР/ПТСР; вище 80 – висока ймовірність даних діагнозів.

4. Для визначення впливу конкретних чинників на психотравматизацію досліджуваних було використано анкету «Стрес-фактори» розроблену науково-дослідним відділом воєнно-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України. Кожному з 30 тригерів респондент повинен поставити від 1 до 30 балів (1 – найменш значимий фактор; 30 – найбільш значимий фактор). Отримана інформація дозволить зрозуміти, яким саме темам варто приділити особливу увагу в терапії та оцінити чи зменшився вплив цих тригерів після формувального експерименту.

5. З метою розуміння загального психоемоційного стану комбатантів було застосовано Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS), розроблену А. С. Зігмундом та Р. П. Снайтом. Тестова методика складається із 14 тверджень, непарні з яких відповідають за субшкалу тривоги, а парні – депресії. В залежності від запитання, варіанти відповіді у кожному пункті різні та відповідають балам від 0 до 3.

Часу рекомендовано відводити на проходження опитувальника не більше пів години. Результати в межах 0-7 балів вважаються нормою, 8-10 – можуть вказувати на субклінічну тривогу/депресію; вище 11 – клінічно виражена тривога/депресія.

6. Щоб уникнути негативного впливу на об'єктивність дослідження внаслідок різної типології характеру респондентів, яка має вплив як на проживання тривматичного досвіду, так і на реакцію на терапевтичний вплив, було застосовано Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) «Адаптивність-200». На запропоновані 200 тверджень методики респонденти можуть відповісти «так» або «ні».

Після чого ми отримуємо бали за шкалою достовірності, що безперечно є перевагою цього опитувальника, адже виключає можливість не помітити нечесність відповідей досліджуваних (якщо вона є). Далі якщо показники шкали «Достовірність» є не високими, можемо переходити до аналізу шкали «Рівень стійкості до бойового стресу», яка формується додаванням наступних

основних шкал: «Шкала поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості», «Шкала комунікативного потенціалу», «Шкала морально-етичної нормативності та соціалізації». Також методика надає інформацію за додатковими шкалами: «Шкала військово-професійної спрямованості», «Шкала схильності до девіантої (адиктивної та делінквентної) поведінки» та «Шкала суїцидального ризику». Кожна з них має свій набір рівнів (наприклад: високий, достатній, в цілому достатній, недостатній та низький) та відповідну до них кількість балів.

## **2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження**

Експериментальне дослідження було проведене на базі Державної установи «Головний медичний клінічний центр Міністерства внутрішніх справ України». В експерименті взяли участь дві групи комбатантів, обидві з яких мали бойовий досвід. Кількість досліджуваних складала 74 осіб: 37 – експериментальна група та 37 – контрольна. Вік та гендер не був принципово значущий в рамках нашого дослідження.

При проведенні констатувального експерименту було використано психодіагностичний комплекс методик, які дозволили оцінити ступінь психотравматизації учасників бойових, побачити картину симптоматики за окремими кластерами, визначити тригерні фактори та зрозуміти загальний ментальний стан досліджуваних.

На цьому етапі нам важливо було перевірити, чи ідентичним є психічний стан експериментальної та контрольної групи перед початком курсу каністерапії, з метою отримання максимально об'єктивного порівняльного аналізу після його проходження першою групою. Тому ми застосували двопрпорційний z-тест, так як кожен симптом фіксувався як наявний або відсутній, отримані дані є дихотомічними, тобто представлені у вигляді пропорцій.

Цей метод дозволяє оцінити пропорцію прояву кожного симптому у контрольній та експериментальній групах, визначити різницю між пропорціями; розрахувати стандартну помилку на основі пулінг-оцінки; отримати z-значення та двостороннє р-значення; визначити 95% довірчий інтервал для різниці пропорцій.

Алгоритм розрахунків полягав у таких кроках:

1. До окремих симптомів було визначено пропорцію учасників контрольної та експериментальної групи, у яких він проявлявся за такою формулою:

$$p_1 = \frac{n_1}{N_1}, p_2 = \frac{n_2}{N_2}$$

де  $n_1$  та  $n_2$  – кількість учасників із проявом симптому у контрольній та експериментальній групі, а  $N_1$  та  $N_2$  – загальна чисельність відповідних груп.

Різниця пропорцій між групами обчислювалась як:

$$\Delta p = p_1 - p_2$$

Це значення відображає наскільки частка прояву симптому відрізняється між групами.

2. Для проведення Z-тесту була використана пулінгована пропорція:

$$p_{pool} = \frac{n_1 + n_2}{N_1 + N_2}$$

На її основі розраховувалася пулінгована дисперсія різниці пропорцій:

$$SE_{pool}^2 = p_{pool}(1 - p_{pool}) \times \left( \frac{1}{N_1} + \frac{1}{N_2} \right)$$

Значення Z-критерію обчислювалося за формулою:

$$z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{SE_{pool}^2}}$$

Двостороннє р-значення визначалося як:

$$p = 2 \times (1 - \Phi(|z|))$$

де  $\Phi$  – функція розподілу стандартного нормального закону. Р-значення показує ймовірність отримати таку різницю пропорцій або більшу випадково, якщо у вибірці справжньої різниці немає.



Для оцінки масштабів ефекту та невизначеності оцінки використовувалася непулінгована стандартна помилка:

$$SE_{unpool} = \sqrt{\frac{p_1(1-p_1)}{N_1} + \frac{p_2(1-p_2)}{N_2}}$$

Довірчий інтервал для різниці пропорцій визначався за формулою:

$$\Delta p \pm Z_{0.975} \times SE_{unpool}$$

де  $Z_{0.975} \approx 1.96$  – критичне значення стандартного нормального розподілу для рівня довіри 95%.

Результати дослідження за PCL (шкала самооцінки наявності посттравматичного стресового розладу) дозволи зробити наступні висновки (табл 2.1). У контрольній групі симптоми нав'язливих спогадів виявлено у 32 учасників (86,5%), тоді як у експериментальній – у 34 учасників (91,9%).

Незважаючи на дещо вищий відсоток у експериментальній групі, статистичний аналіз показав, що різниця між пропорціями є невеликою (-0,054) і не досягає рівня статистичної значущості ( $z = -0.749$ ;  $p = 0.454$ ). Довірчий інтервал  $[-0.195; 0.087]$  охоплює нуль, що свідчить про можливу рівність часток у генеральній сукупності. Це означає, що вихідний рівень симптомів нав'язливих спогадів є практично однаковим у двох групах.

Показники уникання дещо відрізнялися: у контрольній групі симптом фіксувався у 35 осіб (94,6%), у експериментальній – у всіх 37 учасників (100%). Однак, попри видиму різницю у відсотковому представленні, різниця пропорцій (-0.054) не є статистично значущою ( $z = -1.434$ ;  $p = 0.1517$ ). Довірчий інтервал  $[-0.127; 0.019]$  містить нуль, що підтверджує відсутність достовірної різниці між групами. Таким чином, симптоми уникання були приблизно однаково поширені в обох досліджуваних вибірках.

У кластері негативних думок та емоцій симптоми спостерігались у 30 учасників контрольної групи (81,1%) та у 33 учасників експериментальної (89,2%). Різниця пропорцій становила -0.081, що вказує на дещо вищу частоту симптомів у експериментальній групі.

Проте статистичний аналіз не виявив значущих відмінностей між групами ( $z = -0.980$ ;  $p = 0.3269$ ). Довірчий інтервал  $[-0.242; 0.080]$  є достатньо широким, але містить нуль, що свідчить про відсутність систематичної відмінності. Таким чином, обидві групи мають рівні результати щодо наявності негативних когнітивно-емоційних змін.

У контрольній групі 32 учасники (86,5%) продемонстрували вираженість симптомів кластеру гіперпильності, тоді як в експериментальній – 28 учасників (75,7%). Тут тенденція є зворотною: частка симптомів дещо вища у контрольній групі, тож різниця пропорцій (0.108) вказує на відносне збільшення частоти симптомів в її учасників, але і ця різниця не є статистично значущою ( $z = 1.187$ ;  $p = 0.2351$ ). Довірчий інтервал  $[-0.069; 0.285]$  включає значення нуля, що дозволяє стверджувати про відсутність достовірної різниці між групами щодо симптомів надмірної пильності.

Загальний рівень симптоматики ПТСР виявлено у 35 учасників контрольної групи (94,6%) та у 34 учасників експериментальної (91,9%). Незначна різниця (0.027) не має статистичного підґрунтя ( $z = 0.463$ ;  $p = 0.6433$ ). Довірчий інтервал  $[-0.087; 0.141]$  демонструє, що справжня різниця між групами може коливатися в межах, близьких до нуля. Це свідчить про те, що загальний рівень ПТСР у двох вибірках був практично однаковим.

Таблиця 2.1

**Порівняння частоти прояву симптомів посттравматичного стресового розладу між контрольною та експериментальною групою за допомогою двопропорційного z-тесту**

Показник	КГ	ЕГ	$p_1$	$p_2$	$\Delta p$	$z$	$p$	95% CI
Кластер В	86.5%	91.9%	0.865	0.919	-0.054	-0.749	0.4540	$[-0.195, 0.087]$
Кластер С	94.6%	100%	0.946	1.000	-0.054	-1.434	0.1517	$[-0.127, 0.019]$

Продовження таблиці 2.1

Кластер D	81.1%	89.2%	0.811	0.892	-0.081	-0.980	0.3269	[-0.242, 0.080]
Кластер E	86.5%	75.7%	0.865	0.757	0.108	1.187	0.2351	[-0.069, 0.285]
ПТСР	94.6%	91.9%	0.946	0.919	0.027	0.463	0.6433	[-0.087, 0.141]

Примітки: КГ – кількість учасників контрольної групи із симптомом; ЕГ – кількість учасників експериментальної групи із симптомом;  $p_1$ ,  $p_2$  – пропорція (частка) учасників із симптомом у контрольній та експериментальній групах;  $\Delta p$  – різниця пропорцій ( $p_1 - p_2$ );  $z$  – Z-критерій для перевірки статистичної значущості;  $p$  – двостороннє р-значення; 95% CI – довірчий інтервал для різниці пропорцій.

Усі результати однозначно свідчать про те, що контрольна та експериментальна групи не мали статистично значущих відмінностей за жодним із кластерів симптомів посттравматичного стресового розладу, а також за інтегральним рівнем посттравматичної симптоматики, що візуально підтверджує рис. 2.1. Це підтверджує їхню початкову однорідність та забезпечує методологічну коректність подальшого дослідження ефективності психологічного втручання.

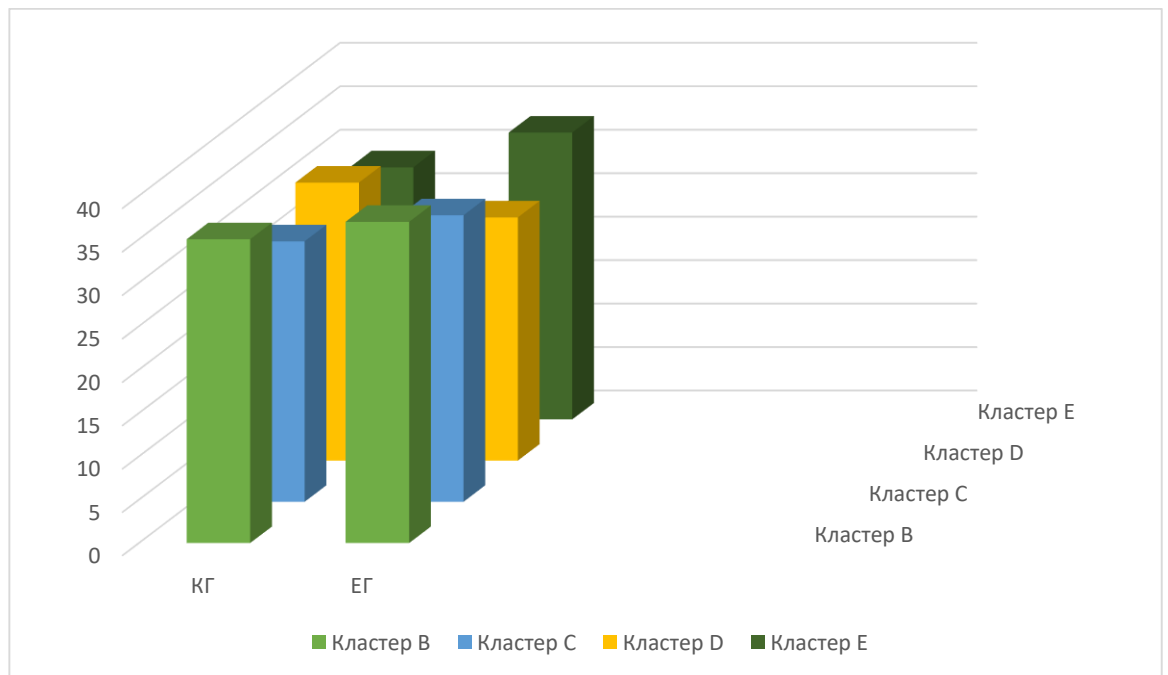


Рис. 2.1. Порівняльний розподіл вираженості симптомів ПТСР за кластерами у контрольній та експериментальній групах

Для підтвердження відсутності статистично значущих міжгрупових відмінностей у ступені тяжкості посттравматичного розладу на момент проведення констатувального експерименту було використано Міссісіпську шкалу ПТСР. Для статистичного аналізу було обрано  $\chi^2$ -критерій для таблиць спряженості  $2 \times 3$ , що є оптимальним статистичним інструментом у випадках порівняння категоріальних змінних із кількома рівнями між двома незалежними вибірками (табл. 2.2, рис 2.2).

Загальна чисельність вибірки становила:

$$N = \sum_{i,l} O_{i,l} = 74$$

Розрахунки здійснювались за таким алгоритмом:

1. Обчислення очікуваних частот, виходячи з припущення нульової гіпотези про однаковий розподіл рівнів тяжкості посттравматичного стресового розладу у двох групах. За нульовою гіпотезою в обох групах має спостерігатися однаковий розподіл рівнів тяжкості посттравматичного стресового розладу. Тому очікувані частоти  $E_{ij}$  розраховуються за класичною формулою:

$$E_{ij} = \frac{(\text{рядковий підсумок})_i \times (\text{стовпчиковий підсумок})_j}{N}$$

Оскільки чисельність експериментальної та контрольної груп однакова (по 37 осіб), очікувані частоти для кожної категорії рівня тяжкості є половиною відповідного рядкового підсумку:

- для категорії «помірні симптоми» (14 осіб загалом):

$$E = \frac{14 \times 37}{74} = 7$$

- для категорії «виражені симптоми» (42 особи загалом):

$$E = \frac{42 \times 37}{74} = 21$$

- для категорії «тяжкі» (18 осіб загалом):

$$E = \frac{18 \times 37}{74} = 9$$

2. Обчислення статистики  $\chi^2$  на основі порівняння спостережуваних і очікуваних частот у кожній клітинці таблиці спряженості. Для кожної комірки обчислювався внесок у загальне значення  $\chi^2$  за такою формулою:

$$\chi_{ij}^2 = \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Після підсумовування всіх компонентів отримано загальне значення критерію:

$$\chi^2 = \sum_{ij} \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 0.508$$

3. Наступним етапом було визначення кількості ступенів свободи, необхідних для подальшої оцінки статистичної значущості. Оскільки таблиця має розмірність  $2 \times 3$ , кількість ступенів свободи дорівнює:

$$Df = (r - 1) \times (c - 1) = (2 - 1) \times (3 - 1) = 2$$

4. Після цього було обчислено р-значення, яке дозволяє оцінити ймовірність отримання такого або більш екстремального значення  $\chi^2$  за умови справедливості нульової гіпотези.

Для  $df = 2$  р-значення може бути обчислене за відомою спрощеною формулою:

$$p = \exp\left(-\frac{\chi^2}{2}\right)$$

Підставлення емпіричного значення дає:

$$p = \exp\left(-\frac{0.508}{2}\right) = \exp(-0.254) \approx 0.776$$

5. Завершальним етапом стало інтерпретування отриманих статистичних показників з точки зору наявності або відсутності значущих відмінностей між групами.

Оскільки отримане значення:

$$p = 0.776 > 0.05,$$

то різниця між експериментальною та контрольною групами є статистично незначущою. Це означає, що обидві групи характеризуються однаковим розподілом рівнів тяжкості посттравматичного стресового розладу. Такий результат свідчить про їхню статистичну еквівалентність на момент початку дослідження, що є важливою умовою для подальшої оцінки ефективності психологічного втручання.

Таблиця 2.2

**Порівняльний аналіз рівнів тяжкості ПТСР в контрольній та експериментальній групі за допомогою  $\chi^2$ -критерію**

Категорія	О експ	Е	$(O-E)^2/E$	О контр	Е	$(O-E)^2/E$
Помірні	6	6.99	0.140	8	6.99	0.143
Виражені	21	21.02	0.00002	21	21.02	0.00002
Тяжкі	10	8.99	0.113	8	8.99	0.109

Примітки: О експ – спостережувані частоти в експериментальній групі; О контр – спостережувані частоти в контрольній групі; Е – очікувані частоти (Expected), розраховані за теоретичним розподілом;  $(O-E)^2/E$  – внесок кожної категорії у значення  $\chi^2$  у відповідній групі.

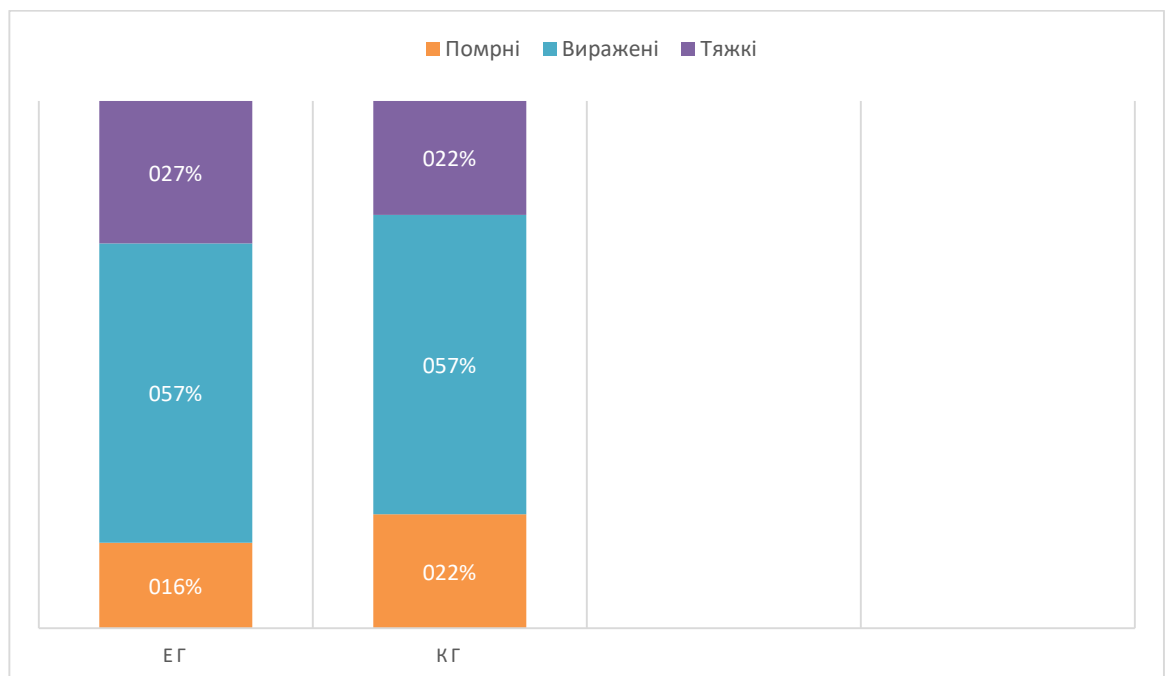


Рис. 2.2. Порівняльна гістограма рівнів тяжкості посттравматичного стресового розладу у відсотках серед учасників експериментальної та контрольної груп

Для порівняння показників ПТСР та його загального рівня між експериментальною та контрольною групами, а також перевірки достовірності відповідей досліджуваних, було застосовано Опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова. Ця методика обґрунтована тим, що ми можемо побачити чіткий бал по кожному із кластерів симптомів посттравматичного стресового розладу та рівень субшкал «неправда», «агравация», «дисимуляція», «депресія». З метою доведення відсутності статистично значущих відмінностей між групами ми використали комплексний статистичний підхід, який дозволяє всебічно оцінити можливі міжгрупові відмінності.

Оскільки дана методика передбачає отримання кількісних показників (сумарного балу та балів за окремими кластерами симптомів), для оцінки відмінностей між двома незалежними вибірками насамперед доцільно застосовувати параметричні методи порівняння середніх значень. Тому на цьому етапі ми обрали t-критерій Вельча, який є більш надійним у випадках нерівності дисперсій та різних варіацій даних у вибірках.

Вибір тесту Вельча також зумовлений тим, що він забезпечує коректні значення ступенів свободи за допомогою формули Саттертвайта, що дозволяє отримувати точніші р-значення й уникнути підвищення ймовірності помилки першого роду. Для підвищення надійності результатів також було використано непараметричний критерій Манна–Уїтні, який не потребує припущення нормальності розподілу і ґрунтується на аналізі рангів, а також обчислення медіани та міжквартильного розмаху (IQR). Узгодженість цих критеріїв дозволяє робити впевнені висновки про відсутність міжгрупових відмінностей.

Розглянемо алгоритм, за яким було виконано описані вище обчислення:

1. Для порівняння середніх значень за сумарним балом посттравматичного стресового розладу і за кластерами симптомів між двома незалежними вибірками використовувався t-критерій Вельча, що розраховується за формулою:

$$t = \frac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

де:

$\overline{X}_1, \overline{X}_2$  – середні значення в експериментальній і контрольній групах;

$s_1^2, s_2^2$  – вибіркові дисперсії в групах;

$n_1, n_2$  – кількість учасників у групах.

Ступені свободи для цього тесту визначаються за формулою Саттертвайта:

$$df = \frac{\left(\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}\right)^2}{\frac{\left(\frac{s_1^2}{n_1}\right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{s_2^2}{n_2}\right)^2}{n_2 - 1}}$$

2. Паралельно для перевірки стійкості результатів застосовувався тест Манна–Уїтні. Він аналізує не самі значення, а їх ранги, тому є стійким до відхилень від нормальності. На першому етапі всі значення з обох груп об'єднуються в один масив і ранжуються у порядку зростання. Кожному значенню приписується відповідний ранг. У випадку рівних значень використовується середній ранг, який займають спостереження з однаковими показниками.

Після ранжування обчислюється сума рангів у кожній вибірці:

$R_1$  – сума рангів експериментальної групи,  $R_2$  – сума рангів контрольної групи.

На основі цих сум обчислюється статистика Манна–Уїтні. Значення  $U$  для кожної групи визначається за формулами:

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1 \times (n_1 + 1)}{2} - R_1$$

де

$n_1$  – кількість учасників в експериментальній групі,

$n_2$  – кількість учасників у контрольній групі.



Для подальшого аналізу використовується менше зі значень:

$$U = \min (U1, U2)$$

Оскільки обидві вибірки великі, доцільним є переведення значення  $U$  у стандартизовану  $Z$ -оцінку. Перед цим обчислюється математичне сподівання статистики  $U$ :

$$\mu_U = \frac{n_1 n_2}{2}$$

А також стандартне відхилення:

$$\sigma_U = \sqrt{\frac{n_1 n_2 (n_1 + n_2 + 1)}{12}}$$

Далі виконується стандартизація:

$$Z = \frac{U - \mu_U}{\sigma_U}$$

Отримане значення  $Z$  було використано для обчислення  $p$ -значення. Якщо  $p > 0.05$ , вважаємо, що статистично значущих відмінностей між групами немає.

Для кожного показника (сумарного ПТСР та чотирьох кластерів) було розраховано значення медіани та міжквартильного розмаху (окремо для експериментальної та контрольної групи). Розрахунки здійснювалися таким чином:

Для визначення центральної тенденції вибірки було обчислено медіану, яка є значенням, що ділить впорядкований ряд даних навпіл. Обчислення проводилось за формулою для непарної кількості досліджуваних:

$$Me = x_{\frac{n+1}{2}}$$

де:

$x_i$  – впорядковані від найменшого до найбільшого значення вибірки;

$n$  – кількість учасників у групі.

Для більш глибокого аналізу розподілу були визначені квартилі, які дозволяють оцінити структуру варіативності даних. Перший квартиль ( $Q1$ ) –

значення, нижче якого лежить 25% вибірки; третій квартиль ( $Q_3$ ) – значення, нижче якого лежить 75% вибірки. Формули розрахунків:

$$Q_1 = X_{0.25(n+1)} \quad Q_3 = X_{0.75(n+1)}$$

Якщо отримана позиція не є цілим числом, інтерполяція здійснюється лінійно між двома сусідніми значеннями.

Для кількісного описання ширини центральної частини розподілу симптоматики посттравматичного стресового розладу в досліджуваних обчислювався міжквартильний розмах (IQR), який визначається як різниця між третім і першим квартилями ( $IQR = Q_3 - Q_1$ ). Цей статистичний показник дозволяє оцінити ступінь варіабельності у межах середніх значень та є стійким до впливу аномальних спостережень.

Отримані результати свідчать про те, що за контрольними субшкалами (неправда, агравація, дисимуляція, депресія) бали в обох вибірках невисокі, тому можемо вважати їхні відповіді достовірними. Порівняння загального рівня ПТСР в учасників експериментальної та контрольної групи за  $t$ -критерієм Вельча ( $t = 0.742$ ;  $df = 71.53$ ;  $p = 0.461$ ) не показало статистично значущих відмінностей (табл. 2.3, рис. 2.3).

Аналогічна тенденція простежується і для окремих кластерів симптомів. Зокрема, для кластеру В (повторне переживання травми) ( $t = -0.323$ ;  $df = 71.79$ ;  $p = 0.747$ ) та кластеру С (симптоми уникання) ( $t = 0.199$ ;  $df = 71.94$ ;  $p = 0.843$ ) статистично значущі відмінності також не виявлені. Це дозволяє зробити висновок, що учасники двох груп характеризувалися приблизно однаковою інтенсивністю травматичних переживань та уникаючої поведінки.

Аналіз кластера D, що охоплює симптоми гіпервозбудження (гіерпильність, дратівливість, порушення сну, надмірна настороженість тощо), показав збереження тенденції до певного підвищення показників у експериментальній групі, однак ця різниця виявилася статистично незначущою. Середнє значення в ЕГ становило 40.24, а в КГ – 36.50. Значення  $t = 1.760$  при  $df = 70.98$  та  $p = 0.083$  не досягає рівня статистичної значущості

( $p < 0.05$ ). Таким чином, хоча рівень гіперпильності в ЕГ є номінально вищим, статистично ця різниця не підтверджується.

Подібна відсутність значущих відмінностей спостерігається і щодо кластеру F, що відображає рівень загального дистресу та ступінь дезадаптації ( $t = 0.273$ ;  $df = 71.07$ ;  $p = 0.786$ ). Отже, за показниками емоційного неблагополуччя та порушень адаптивного функціонування групи також були статистично подібними.

Таким чином, здійснений порівняльний аналіз показників посттравматичного стресового розладу та його структурних компонентів у експериментальній та контрольній групі виявив відсутність статистично значущих відмінностей за всіма ключовими параметрами – як за сумарним рівнем ПТСР, так і за кожним із окремих кластерів. Отримані результати свідчать, що досліджувані вибірки є еквівалентними на даному етапі, що забезпечує коректність подальшого застосування експериментального впливу та можливість інтерпретації змін у динаміці як таких, що зумовлені саме впровадженням втручання, а не початковими відмінностями між групами.

Таблиця 2.3

**Порівняння сумарного балу посттравматичного стресового розладу та його симптоматики у досліджуваних групах за t-критерієм Вельча**

Показник	М(ЕГ)	М(КГ)	t	df	p
Сумарний бал ПТСР	73.70	72.16	0.742	71.53	0.461
Кластер В	31.49	32.27	-0.323	71.79	0.747
Кластер С	37.57	37.00	0.199	71.94	0.843
Кластер D	40.24	36.50	1.760	70.98	0.083
Кластер F	17.51	17.11	0.273	71.07	0.786

Примітки: М(ЕГ) – середнє значення показника в експериментальній групі; М(КГ) – середнє значення показника в контрольній групі; t – значення t-критерію Вельча; df – ступені свободи; p – рівень статистичної значущості.

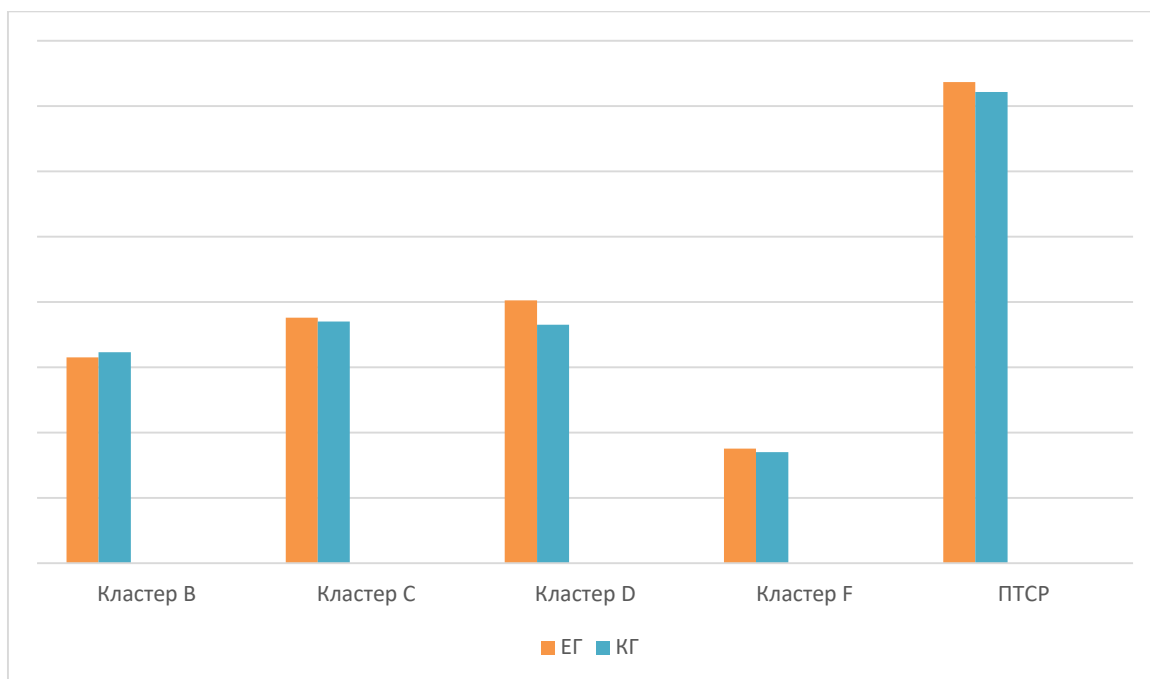


Рис. 2.3. Порівняння середніх значень за загальним балом ПТСР та його окремими кластерами в учасників експериментальної та контрольної групи

З метою перевірки стійкості отриманих результатів також було застосовано критерій Манна–Вітні (табл. 2.4). Аналіз загального рівня посттравматичного стресового розладу показав, що значення  $U = 613.0$  за умови  $\mu_u = 684.5$  та  $\sigma_u = 92.5$  відповідає  $Z = -0.773$  ( $p = 0.442$ ). Це свідчить про відсутність статистично значущих відмінностей між експериментальною та контрольною групою.

Щодо Кластеру В (інтрузії), отримане значення  $U = 644.5$  при  $Z = -0.432$  ( $p = 0.6689$ ) також не вказує на наявність суттєвих міжгрупових відмінностей. Отже, частота та інтенсивність нав'язливих спогадів, флешбеків та пов'язаних із травмою переживань залишається подібною в обох групах.

Для Кластеру С (уникання) отримано  $U = 677.0$ , що відповідає  $Z = -0.081$  ( $p = 0.9357$ ). Такий високий рівень  $p$ -значення свідчить про практично повну відсутність різниці між групами за поведінкою та когнітивними стратегіями уникання травматичних нагадувань.

Аналіз Кластеру D (гіперпильність та фізіологічне збудження) показав дещо нижче значення  $U = 532.0$  при  $Z = -1.479$ , але отримане  $p = 0.1402$  не

досягає рівня статистичної значущості. Для Кластеру F (дистрес та дезадаптація) показник  $U = 660.0$  при  $Z = -0.265$  ( $p = 0.7949$ ) демонструє, що групи не відрізняються за даним кластером симптомів.

Таким чином, жоден із проаналізованих показників не показав статистично значущих відмінностей між експериментальною та контрольною групою ( $p > 0.05$  у всіх випадках). Це свідчить про те, що на момент проведення констатувального експерименту обидві групи характеризувалися подібним рівнем вираженості ПТСР та його симптоматики, що дає підстави вважати вибірки порівнюваними за вихідними психологічними характеристиками.

Таблиця 2.4

**Порівняльний аналіз інтегрального показника ПТСР та його кластерів в експериментальній і контрольній групі за критерієм Манна–Вітні**

Показник	U1	U2	U	$\mu_u$	$\sigma_u$	Z	p
ПТСР	756.0	613.0	613.0	684.5	92.5	-0.773	0.4420
Кластер В	644.5	724.5	644.5	684.5	92.5	-0.432	0.6689
Кластер С	677.0	692.0	677.0	684.5	92.5	-0.081	0.9357
Кластер D	800.0	532.0	532.0	666.0	90.63	-1.479	0.1402
Кластер F	709.0	660.0	660.0	684.5	92.5	-0.265	0.7949

Примітки:  $U_1$  – значення U-критерію для експериментальної групи;  $U_2$  – значення U-критерію для контрольної групи;  $U$  – фактичне значення U-критерію, використане для розрахунку  $Z$ ;  $\mu_u$  – математичне сподівання розподілу  $U$ ;  $\sigma_u$  – стандартне відхилення розподілу  $U$ ;  $Z$  – стандартизоване значення U-критерію;  $p$  – рівень статистичної значущості.

На рис. 2.4 представлено графічне порівняння показників експериментальної та контрольної груп, виконане на основі медіан та міжквартильних розмахів. Для візуалізації використано бульбашкову діаграму, яка дозволяє одночасно відобразити як центральну тенденцію, так і варіабельність даних у кожній із груп.

Положення бульбашок уздовж горизонтальної осі відповідає медіанним значенням відповідних показників, що дає змогу оцінити відмінності між двома вибірками саме за центральним рівнем вираженості симптомів. Водночас площа кожної бульбашки є пропорційною величині міжквартильного розмаху, який відображає ширину основної частини розподілу значень у межах групи та характеризує внутрішньогрупову варіабельність.

В контексті представлення результатів нашого дослідження, уздовж осі X наведено умовні коди кластерів: 1 – сумарний показник ПТСР; 2 – кластер В (інтрузії); 3 – кластер С (уникання); 4 – кластер D (гіперпильність); 5 – кластер F (дистрес та дезадаптація). По осі Y відображено медіанні значення відповідних показників в експериментальній та контрольній групі. Розмір бульбашки відповідає міжквартильному розмаху (IQR), який характеризує внутрішньогрупову варіабельність.

Аналіз медіанних значень та міжквартильних розмахів для загального рівня посттравматичного стресового розладу та окремих кластерів симптоматики засвідчив високий ступінь подібності між експериментальною та контрольною групою. Медіана загального показника ПТСР в експериментальній групі становила 76, тоді як у контрольній – 73, що свідчить про порівнюваний рівень вираженості симптомів у двох вибірках. Значення міжквартильних розмахів, які відображають ширину основної частини розподілу, також виявилися практично ідентичними (12 проти 14), що демонструє схожість у їхніх показниках.

Подібна картина спостерігається й у межах окремих кластерів. У кластері В, який відображає прояви повторного переживання травми, медіанні значення в експериментальній та контрольній групах майже не відрізнялися між собою (31 проти 33), а отримані величини IQR (14; 11) свідчать, що обидві групи характеризувалися близьким рівнем розмаху даних. Це означає, що частота та інтенсивність нав'язливих спогадів, флешбеків та

інтрузій у вибірках є порівнюваними й не демонструють виразних відмінностей.

У кластері С, що відображає уникання, також простежується мінімальна різниця між медіанами двох груп (36 проти 37). Ідентичні значення міжквартильних розмахів (19 в обох групах) додатково підтверджують, що групи подібні за симптомами поведінкового та когнітивного уникання травматичних стимулів.

У кластері D, який характеризує надмірне збудження, спостерігається дещо більша різниця між групами. Хоча медіана експериментальної групи була дещо вищою, різниця міжквартильних розмахів не є статистично суттєвою. Це може свідчити про те, що хоча в окремих учасників експериментальної групи спостерігається більш виражена негативна афективність, загальна структура розподілу значень залишається подібною до контрольної вибірки.

У кластері F, який включає прояви дистресу та дезадаптації, медіанні значення також демонструють помітну подібність між групами, а величина міжквартильних розмахів підтверджує близький рівень їхніх показників. Це означає, що такі прояви, як гіперпильність, порушення сну та труднощі в концентрації уваги, проявляються в обох вибірках приблизно на однаковому рівні.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що аналіз медіан та міжквартильних розмахів не виявив істотних розбіжностей між експериментальною та контрольною групою ні за загальним рівнем посттравматичного стресового розладу, ні за окремими кластерами його симптомів. Це повністю узгоджується з результатами тесту Манна–Уїтні, який також у всіх випадках показав статистично незначущі відмінності між групами. Відповідно, можемо стверджувати, що досліджувані групи є порівнянними за рівнем посттравматичного стресу та структурою симптомів, а тому подальші аналізи можуть проводитися без ризику системної відмінності вибірок.

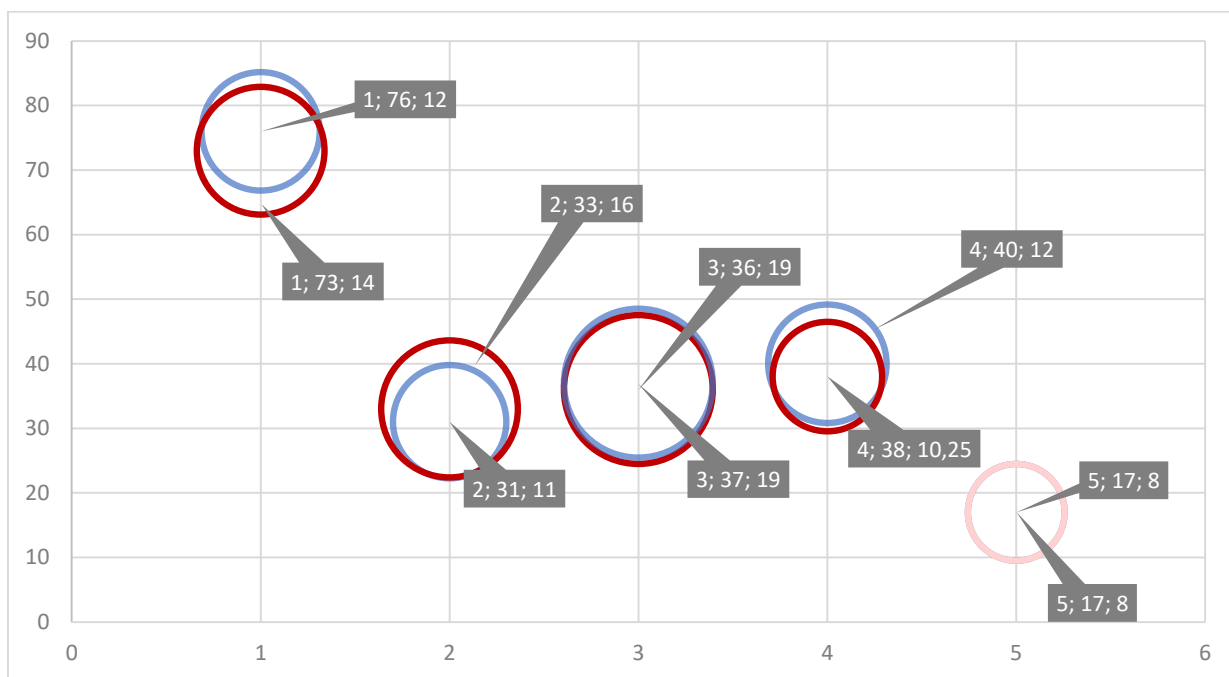


Рис. 2.4. Порівняння медіанних значень та міжквартильних розмахів загального показника посттравматичного стресового розладу і його кластерів між експериментальною та контрольною групами

Примітки: ○ – експериментальна група; ○ – контрольна група; ○ – спільна точка експериментальної та контрольної групи.

Для того, щоб впевнитись, що досліджувані групи максимально подібні в контексті ПТСР та його проявів, ми застосували анкету «Стрес-фактори», яка передбачає ранжування 30 потенційних бойових і службових стресорів за ступенем їх тригерності. Кожен учасник впорядковував ситуації за інтенсивністю емоційного реагування, присвоюючи найбільш тригерному пункту 30 балів, а найменш тригерному – 1 бал. Таким чином, кожен пункт має інтервальну шкалу, а більші значення відповідають вищому рівню суб'єктивної загрози.

Подальший статистичний аналіз був спрямований на визначення того, чи існують міжгрупові відмінності у сприйнятті специфічних бойових та побутових тригерів. Для цього було застосовано непараметричний критерій Манна–Уїтні (U), який дозволяє порівнювати незалежні вибірки, коли розподіл не є нормальним або коли дані мають рангову природу.



Оскільки порівняння виконувалися для кожного з 30 пунктів методики окремо, загальна кількість незалежних статистичних тестів становила 30. Проведення такої кількості порівнянь підвищує ймовірність випадкового виявлення хибнопозитивного результату (помилки першого роду).

Щоб компенсувати цей ризик і забезпечити достовірність інтерпретації, було застосовано корекцію Bonferroni, яка множить кожне отримане р-значення на кількість виконаних тестів. Такий підхід дозволяє оцінити, чи залишаються потенційні відмінності статистично значущими після врахування множинності порівнянь.

Двобічне р-значення, що оцінює загальну ймовірність відхилення між групами, яке є не меншим за абсолютною величиною, ніж спостережуване, обчислювалось за формулою:

$$p_{\text{raw}} = 2(1 - \Phi(|Z|))$$

Так, як на даному етапі ми проводили велику кількість незалежних тестів, то загальна ймовірність помилки першого роду зростає. Тому було використано метод Bonferroni, який дозволяє її контролювати. Це показник розраховується таким чином:

$$p_{\text{Bonf}} = p_{\text{raw}} \times m,$$

де  $m$  – кількість незалежних тестів.

Якщо скориговане р-значення ( $p_{\text{Bonf}}$ ) більше за 0.05, різниця між групами вважається статистично незначущою; якщо  $p_{\text{Bonf}} \leq 0.05$ , то відмінності є значущими.

З огляду на те, що метод Bonferroni надійно знижує ризик хибнопозитивних висновків, але водночас і підвищує ризик хибнонегативних (втрачених справжніх ефектів), ми застосували також корекцію Holm (послідовний метод Шидака / Холма), який обчислюють за таким алгоритмом:

1. Нехай маємо:

$m$  – кількість статистичних тестів;

$p(1), p(2), \dots, p(m)$  – ті самі  $p$ -значення, але впорядковані від найменшого до найбільшого.

$i$  – порядковий номер  $p$ -значення у цьому впорядкованому списку (тобто  $i = 1$  – найменше  $p$ ,  $i = m$  – найбільше).

$j$  – індекс, що використовується для позначення конкретних тестів у залежності від результатів перевірки.

Починаючи з найменшого  $p$ -значення, кожне з них порівнюємо із відповідно послабленим порогом значущості:

$$p(i) \leq \frac{\alpha}{m - i + 1}$$

де:

$$\alpha = 0.05,$$

а « $m - i + 1$ » – це кількість тестів, що залишилися неперевіреними.

2. Шукаємо перше  $p$ -значення, яке більше за свій поріг. Тобто, перше  $p(i)$ , для якого:

$$p(i) > \frac{0.05}{m - i + 1}$$

Коли таке  $p$  знайдено (назвемо його позицією  $i$ ), робимо висновок:

- усі  $p$ -значення з номерами меншими за  $i$  (тобто  $p(1) \dots p(i-1)$ ) можна трактувати як статистично значущі;
- усі  $p$ -значення від номера  $i$  та далі ( $p(i) \dots p(m)$ ) – вважаються статистично незначущими.

Якщо ж такого  $i$  немає, тобто всі  $p$ -значення були достатньо малими, тоді всі порівняння вважаємо статистично значущими.

У процесі аналізу було визначено, що учасники експериментальної та контрольної групи демонструють практично ідентичні профілі емоційного реагування на ситуації, які пов'язані з безпосередньою загрозою життю та фізичному благополуччю особистості. До таких подій можна віднести: можливість власної загибелі, ризик поранення, контузії чи отримання тяжких фізичних ушкоджень, а також ситуації, де досліджувані стикалися з

жахливими картинами смерті, людськими стражданнями чи втратами побратимів.

Навіть ті переживання, які можуть мати найбільшу психотравмуючу силу – наприклад, перша участь у фізичному знешкодженні противника, перебування в умовах реальної загрози полону або переживання моментів, коли полону піддавалися товариші, оцінювалися обома групами достатньо подібним чином. Це свідчить про те, що реакції на гострі та життєво небезпечні бойові стимули формуються в учасників дослідження на основі схожого попереднього досвіду та узгоджених механізмів емоційного реагування.

Окрім цього, порівняльний аналіз показав, що досліджувані як експериментальної, так і контрольної групи досить подібно оцінювали ситуації, пов'язані з морально-етичними дилемами та внутрішніми конфліктами. Це могло бути почуття провини, відповідальність за життя цивільних чи побратимів, необхідність застосовувати зброю або приймати рішення, які мають критичні наслідки для самого індивіда або для когось із його оточення.

Схожою мірою обидві групи реагували й на переживання, які пов'язані з помилками в оцінці операційної обстановки чи діях командування, а також на досвід власних невдалих рішень чи прорахунків. Це дозволяє припустити, що внутрішні моральні орієнтири, професійні стандарти та вимоги до себе є схожими в учасників обох вибірок.

Також не спостерігалось різниці в тому, як дві групи оцінювали стресори, що виникають внаслідок надмірних інформаційних навантажень, необхідності швидкого прийняття рішень, довготривалих відповідальних завдань або різких змін у службових умовах. Тобто організаційний тиск, вимушена дисципліна, підвищена відповідальність та постійне перебування у середовищі, яке потребує чіткого та швидкого реагування, викликали аналогічний рівень тригерності у представників обох груп. Однаково інтенсивними для них виявилися й переживання, пов'язані з монотонністю

служби, вимушеним перебуванням на ній чи необхідністю постійно виконувати накази командирів.

Не було помічено статистично значущих відмінностей і в оцінюванні побутових та міжособистісних труднощів, серед яких досліджувані зазначали проблеми у сімейному житті, сексуальну дисгармонію, незадоволені матеріальні або базові біологічні потреби, а також напружені конфліктні ситуації. Ці аспекти, пов'язані з якістю життя та соціальними взаємодіями, були ранжовані учасниками експериментальної та контрольної групи із практично однаковою емоційною значущістю.

Важливо, що навіть сильні сенсорні подразники, характерні для бойових дій, такі як гучні вибухи, гуркіт техніки, стрілянина, різкі запахи газів чи запахи загиблих, а також візуальні стимули у вигляді руйнувань, крові або великої кількості поранених, спричинювали подібний рівень емоційного напруження в експериментальній та контрольній групі. Це свідчить про те, що їх учасники мають подібність за бойовим досвідом та його впливу на їх психічний стан.

Таким чином, узагальнений аналіз анкети «Стрес-фактори» продемонстрував стійку закономірність: попри те, що досліджувані оцінювали велику кількість різних ситуацій (від безпосередньої загрози життю до побутових чи міжособистісних проблем) за жодним із 30 тверджень не було статистично значущих відмінностей між групами. Первинні  $p$ -значення не наближалися до рівня статистичної значущості.

Крім того, після застосування Bonferroni-корекції показники експериментальної та контрольної групи теж не продемонстрували жодної тенденції до значущих розбіжностей. Це означає, що обидві вибірки характеризуються однаковим ступенем емоційної чутливості до різних типів стресових переживань і що їхні реакції є подібними та порівнюваними в межах усіх 30 пунктів методики.

Таблиця 2.5

**Порівняння медіанних рангів 30 пунктів стресових тригерів в експериментальній і контрольній групі за критерієм Манна–Вітні з корекціями Bonferroni та Holm**

Пункт	Медіана ЕГ	Медіана КГ	U	$p_{raw}$	$p_{Bonf}$ (точне)	$p_{Holm}$ (точне)	Значимість після корекцій
1	17	16	641	0.684	20.52	0.684	Немає
2	18	17	633	0.652	19.56	0.652	Немає
3	19	18	618	0.589	17.67	0.589	Немає
4	20	19	629	0.637	19.11	0.637	Немає
5	22	21	610	0.556	16.68	0.556	Немає
6	23	22	647	0.702	21.06	0.702	Немає
7	24	23	652	0.721	21.63	0.721	Немає
8	25	24	640	0.681	20.43	0.681	Немає
9	26	25	628	0.633	18.99	0.633	Немає
10	27	26	615	0.578	17.34	0.578	Немає
11	28	27	601	0.527	15.81	0.527	Немає
12	29	28	619	0.593	17.79	0.593	Немає
13	30	29	610	0.556	16.68	0.556	Немає
14	29	30	595	0.505	15.15	0.505	Немає
15	27	28	607	0.544	16.32	0.544	Немає
16	26	27	612	0.564	16.92	0.564	Немає
17	28	29	603	0.533	15.99	0.533	Немає
18	24	25	621	0.602	18.06	0.602	Немає
19	23	24	645	0.694	20.82	0.694	Немає
20	22	23	634	0.657	19.71	0.657	Немає
21	21	22	620	0.597	17.91	0.597	Немає
22	20	21	642	0.688	20.64	0.688	Немає

Продовження таблиці 2.5

23	19	20	650	0.714	21.42	0.714	Немає
24	18	19	611	0.56	16.8	0.560	Немає
25	17	18	623	0.61	18.30	0.610	Немає
26	16	17	637	0.668	20.04	0.668	Немає
27	15	16	649	0.71	21.30	0.710	Немає
28	14	15	654	0.728	21.84	0.728	Немає
29	13	14	630	0.64	19.20	0.640	Немає
30	12	13	622	0.606	18.18	0.606	Немає

Примітки: медіана ЕГ – медіанне значення рангу пункту в експериментальній групі; Медіана КГ – медіанне значення рангу пункту в контрольній групі; U – статистика критерію Манна–Вітні;  $p_{\text{raw}}$  – вихідне (некориговане) р-значення;  $p_{\text{Bonf}}$  (точне) – р-значення після точної Bonferroni-корекції;  $p_{\text{Holm}}$  (точне) – р-значення після точної корекції Холма.

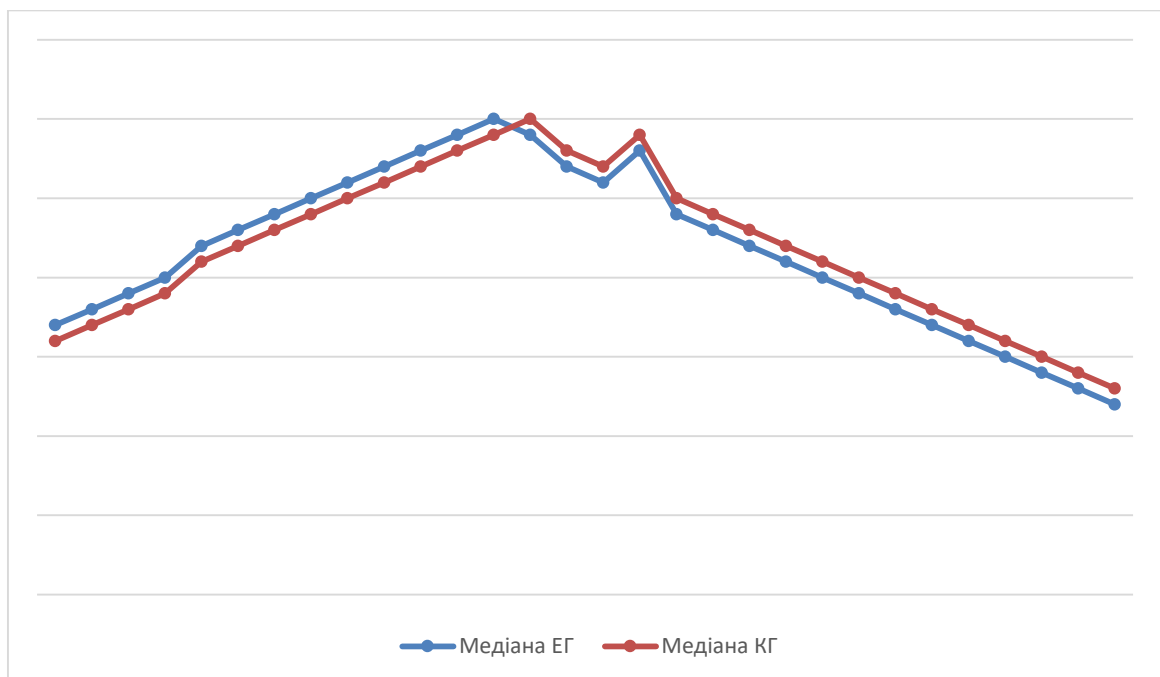


Рис. 2.5. Графічне представлення подібності медіанних рангів стрес-факторів у експериментальній та контрольній групі

Щоб наше дослідження було максимально об'єктивним, ми вважаємо, що необхідно переконатись не лише в подібності вибірок за симптоматикою посттравматичного стресового розладу, а й за їх психологічним станом в

цілому, зокрема, за наявності тривожних та/або депресивних станів. З цією метою було використано методику «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)». Для перевірки статистичної значущості результатів застосовано  $\chi^2$ -критерій Пірсона (табл. 2.6, рис. 2.6).

У процесі аналізу рівня тривоги серед учасників експериментальної та контрольної груп було здійснено розподіл респондентів за трьома категоріями: низький, середній та високий рівні тривожності. Отримані дані демонструють загалом подібну структуру проявів тривоги в обох групах, що дозволяє оцінити їхню порівнянність.

В експериментальній групі лише 4 особи (10,8%) виявили низький рівень тривожності, що свідчить про достатній емоційний баланс та відсутність виражених реакцій напруження серед незначної частини вибірки. Дещо більшу частку становили учасники із середнім рівнем тривожності – 8 осіб (21,6%), у яких емоційні реакції можуть мати ситуативний, помірний характер і не виходять за межі адаптивних показників. Найчисельнішою виявилася група респондентів з високим рівнем тривоги – 25 осіб (67,6%). Така значна частка свідчить про поширеність виражених проявів тривожності серед учасників, що може вказувати на підвищену чутливість до стресових впливів та загальний емоційний дискомфорт.

У контрольній групі спостерігається аналогічна тенденція. Низький рівень тривожності зафіксовано у 6 учасників (16,2%), що лише незначно перевищує показник експериментальної групи. Середній рівень було визначено у 10 респондентів (27,0%), що також дещо більше, ніж в експериментальній групі, але ці відмінності не є суттєвими. Найчисельнішою категорією, як і в експериментальній групі, залишаються особи з високим рівнем тривожності – 21 учасник (56,8%). Хоча це значення є трохи нижчим, ніж у експериментальній групі, загалом обидві групи характеризуються домінуванням високих рівнів тривожності.

Порівняння структур розподілу між експериментальною та контрольною групою показує, що отримані показники є дуже близькими.

Різниця між групами коливається в межах від кількох відсотків до приблизно десяти, але не створює якісних розбіжностей у наявності низького, середнього чи високого рівня тривожності. Тобто загальний профіль тривоги виглядає подібним у двох групах, а співвідношення респондентів за категоріями практично віддзеркалює одне одного.

Це підтвердив і статистичний аналіз за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона. Отримане значення  $\chi^2 = 0,93$  при рівні значущості  $p = 0,628$  вказує на відсутність статистично значущих відмінностей між експериментальною та контрольною групою. Таким чином, рівень тривоги респондентів не залежить від їхньої належності до тієї чи іншої групи, а виявлені відмінності є випадковими й не перевищують меж статистичної значущості.

Під час аналізу рівня депресії також було проведено порівняння експериментальної та контрольної групи за трьома категоріями: низький, середній і високий рівні проявів депресивної симптоматики. Отримані дані свідчать про те, що обидві групи демонструють майже ідентичний розподіл респондентів між категоріями, що вказує на їхню початкову схожість.

В експериментальній групі низький рівень депресії спостерігався у 5 учасників, що становить відносно невелику частку вибірки. Це означає, що лише окремі респонденти характеризувалися мінімальними проявами емоційного виснаження чи пригніченості. Середній рівень було зафіксовано у 10 осіб – ця категорія охоплює учасників із помірно вираженими симптомами, які не свідчать про значне погіршення психоемоційного стану, але можуть вимагати додаткової уваги. Найбільше респондентів виявилось у групі з високим рівнем депресії – 22 особи. Це свідчить про те, що для більшості учасників експериментальної групи характерні доволі інтенсивні прояви депресивних переживань.

У контрольній групі спостерігається практично такий самий розподіл. Низький рівень депресії встановлено у 7 учасників – це лише трохи більше, ніж в експериментальній групі. Середній рівень визначено у 9 респондентів, що за чисельністю майже збігається з відповідним показником



експериментальної групи. Високий рівень депресії переважає і тут – його продемонстрували 21 учасник. Таким чином, у контрольній групі також більшість респондентів мають виражені депресивні симптоми.

Порівняння між групами свідчить, що відмінності у кількості респондентів в кожній категорії є мінімальними. Співвідношення осіб із низьким, середнім і високим рівнем депресії практично збігається. Це підтверджує, що обидві групи мають дуже схожі профілі емоційного стану, а жодна з них не демонструє суттєвого відхилення в бік більшого чи меншого прояву депресивності.

Статистичний аналіз на основі  $\chi^2$ -критерію Пірсона також підтверджує відсутність суттєвих відмінностей між групами. Значення внеску кожної категорії в загальне  $\chi^2$  є однаковими для експериментальної та контрольної груп, що свідчить про рівномірність відхилень між фактичними та очікуваними показниками. Підсумкове значення  $\chi^2 = 0,20$ , а рівень значущості  $p = 0,905$  свідчать про те, що різниця між експериментальною та контрольною групами є статистично незначущою

Отже, підсумовуючи результати, можна чітко сформулювати висновок: аналіз, представлений у таблиці, демонструє, що розподіл учасників за рівнями депресії в експериментальній і контрольній групах є статистично подібним. Такий результат підтверджує еквівалентність груп за показником депресії на етапі початкових вимірювань і створює надійну основу для коректного тлумачення подальших міжгрупових порівнянь у рамках дослідження.

Таблиця 2.6

**Показники депресії та тривоги і їх внесок у  $\chi^2$ -критерій Пірсона в експериментальній і контрольній групі**

Рівень тривоги	О (ЕГ)	О (КГ)	Е (ЕГ)	Е (КГ)	Внесок у $\chi^2$ (ЕГ)	Внесок у $\chi^2$ (КГ)
Симптоми відсутні	4	6	5.00	5.00	0.20	0.20

Продовження таблиці 2.6

Субклінічно виражена тривога	8	10	9.00	9.00	0.11	0.11
Клінічно виражена тривога	25	21	23.00	23.00	0.17	0.17
Рівень депресії	О (ЕГ)	О (КГ)	Е (ЕГ)	Е (КГ)	Внесок у $\chi^2$ (ЕГ)	Внесок у $\chi^2$ (КГ)
Симптоми відсутні	5	7	6.0	6.0	0.167	0.167
Субклінічно виражена депресія	10	9	9.5	9.5	0.026	0.026
Клінічно виражена депресія	22	21	21.5	21.5	0.012	0.012

Примітки: О (ЕГ) – фактична кількість учасників експериментальної групи в кожній категорії; О (КГ) – фактична кількість учасників контрольної групи в кожній категорії; Е (ЕГ) – очікувана кількість учасників експериментальної групи, розрахована на основі загального розподілу частот; Е (КГ) – очікувана кількість учасників контрольної групи, розрахована на основі загального розподілу частот; внесок у  $\chi^2$  (ЕГ) – величина внеску кожної категорії експериментальної групи у значення  $\chi^2$ -критерію; внесок у  $\chi^2$  (КГ) – величина внеску кожної категорії контрольної групи у загальне значення  $\chi^2$ -критерію.

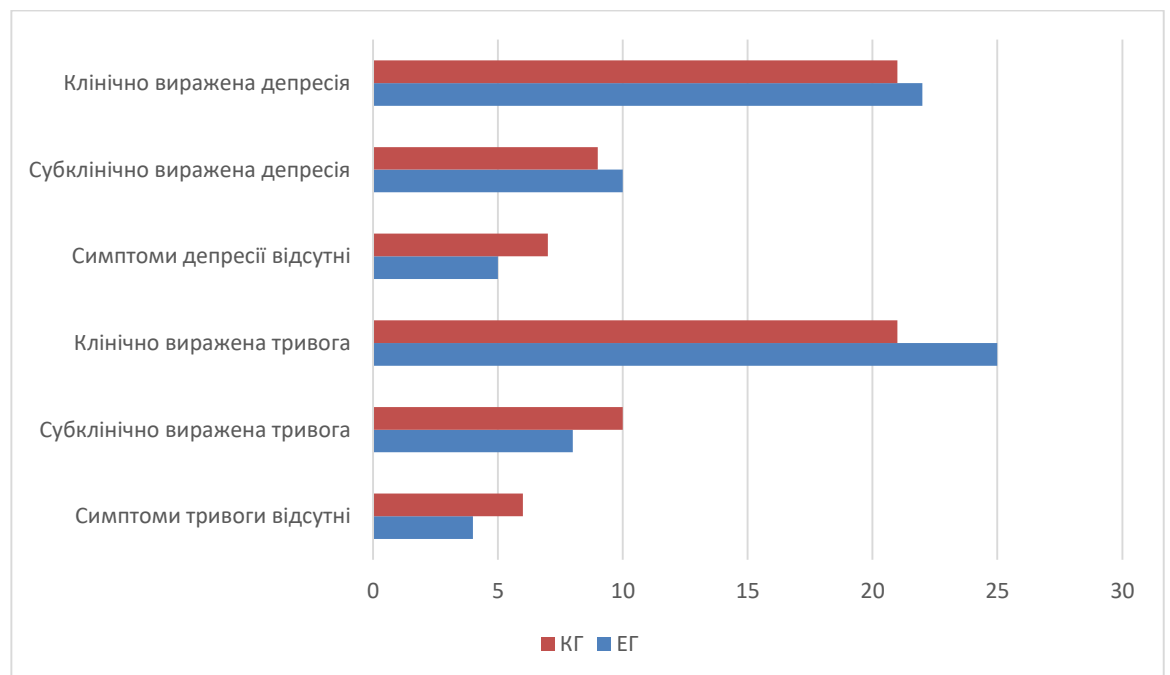


Рис. 2.6. Графічне представлення рівня тривоги та депресії у експериментальній та контрольній групі

З огляду на те, що на особливості проживання психотравми та реакції на терапевтичні інтервенції мають великий вплив індивідуальні психологічні характеристики людини, нам також було важливо перевірити їх подібність в експериментальній та контрольній групі. Для цього було обрано методику «Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) «Адаптивність-200»», адже він надає достатньо повну картину характерологічних особливостей індивіда та має шкалу «достовірність», завдяки якій ми можемо переконатись, що досліджуваний давав правдиві відповіді.

Для статистичної обробки отриманих даних ми застосували  $\chi^2$ -критерій Пірсона. При інтерпретації результатів було зазначено, що в учасників обох груп низькі бали за шкалою достовірності, отже дані можна вважати правдивими.

За шкалою «Рівень стійкості до бойового стресу» в експериментальній та контрольній групі переважає категорія «низький» рівень, що свідчить про домінування знижених показників стресостійкості серед досліджуваних, які вважаються недостатніми для участі в бойових діях. У експериментальній групі до цієї категорії увійшли 24 особи, тоді як у контрольній – 28, що демонструє лише незначну різницю у чотири респонденти.

Подібна ситуація спостерігається і в інших рівневих категоріях. Кількість учасників із задовільним рівнем, який є мінімально допустимим для виконання бойових завдань, у двох групах також відрізняється мінімально (7 проти 5). Достатній рівень, який характерний військовослужбовцям із добре розвинутою адаптивністю, виявлено у 6 учасників експериментальної групи та 4 учасників контрольної. Таким чином, загальна картина розподілу рівнів стійкості до бойового стресу в обох вибірках є схожою.

Цю подібність підтверджує і статистичний аналіз за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона, показуючи дуже незначні відхилення між спостережуваними та очікуваними частотами. Локальні внески в  $\chi^2$  для кожної категорії є малими, що вказує на відсутність диспропорцій, які могли б суттєво вплинути на підсумковий статистичний показник. Отримане загальне значення  $\chi^2$  не

перевищує критичних меж, а відповідне значення  $p$  суттєво вище рівня статистичної значущості ( $p > 0,05$ ) (табл. 2.7).

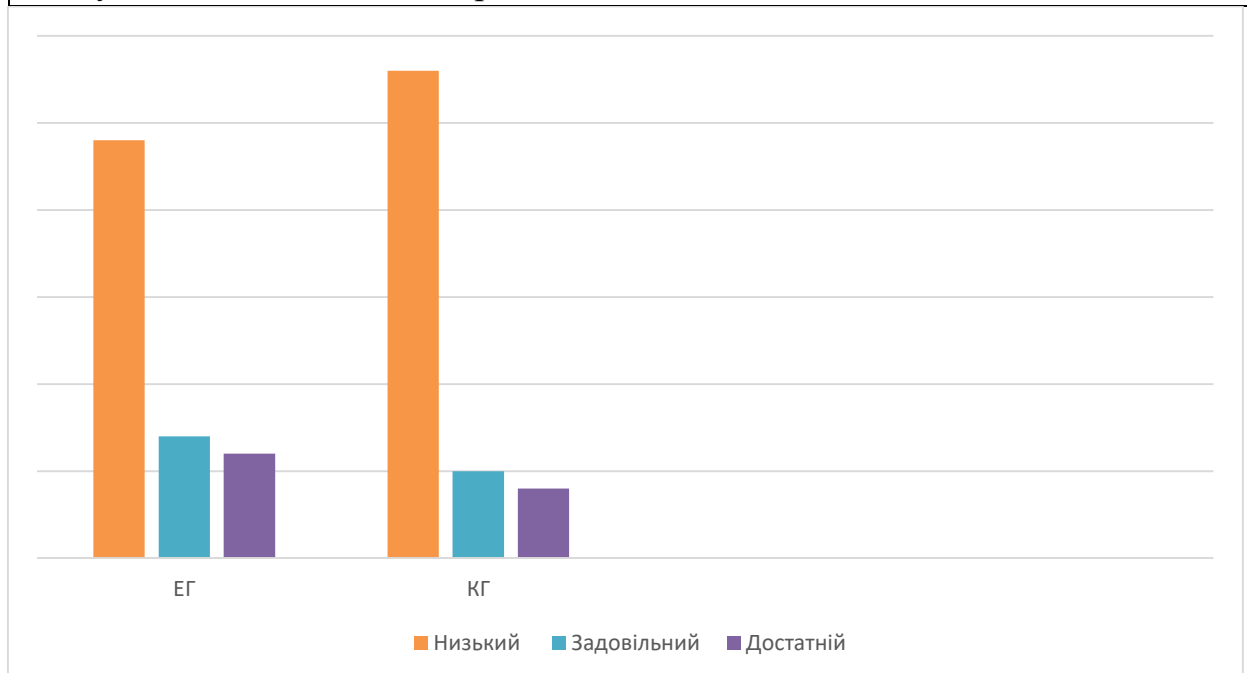
Таким чином, аналіз дозволяє зробити висновок про відсутність статистично значущих відмінностей у рівні стійкості до бойового стресу на початковому етапі дослідження в експериментальній та контрольній групі. Це свідчить про їхню порівнюваність, яку ми можемо візуально простежити на рис. 2.7 та забезпечує коректність подальших міжгрупових порівнянь.

Таблиця 2.7

**Статистичне порівняння стійкості до бойового стресу в експериментальній та контрольній групі за допомогою  $\chi^2$ -критерію**

**Пірсона**

Рівень	О (ЕГ)	О (КГ)	Е (ЕГ)	Е (КГ)	Внесок у $\chi^2$ (ЕГ)	Внесок у $\chi^2$ (КГ)
Низький	24	28	26.000	26.000	0.154	0.154
Задовільний	7	5	6.000	6.000	0.167	0.167
Достатній	6	4	5.000	5.000	0.200	0.200
Підсумок: $\chi^2 = 1.041$ , $df = 2$ , $p = 0.5942$ .						



**Рис. 2.7. Порівняльний розподіл рівнів стійкості до бойового стресу в експериментальній та контрольній групі**

Розподіл учасників експериментальної та контрольної груп за шкалою поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості теж демонструє подібну структуру показників. У більшості рівнів спостерігається майже ідентичний або дуже близький відсотковий розподіл, що вказує на відсутність суттєвих відмінностей між групами (табл. 2.8).

Зокрема, достатній рівень нервово-психічної стійкості, який передбачає працездатність до роботи до в надзвичайних умовах і певну толерантність до фізичних та психологічних стресових чинників, було зафіксовано у 4 учасників експериментальної та 6 учасників контрольної групи. Хоча абсолютні значення дещо різняться, очікувані частоти для обох груп є однаковими (5.0), а внесок кожної з груп у  $\chi^2$  становить лише 0.200, що свідчить про мінімальний вплив цієї категорії на загальне значення даного критерію.

Дещо понижений рівень нервово-психічної стійкості, за якого працездатність є нестабільною (особливо в екстремальних умовах) і може призводити до дезадаптації та порушень функціонування організму, теж має дуже подібні показники у вибірках: 10 осіб в експериментальній групі та 9 у контрольній. Очікувані значення становлять 9.5 для кожної групи, а внесок у  $\chi^2$  є практично нульовим (0.026), що демонструє високий ступінь відповідності емпіричних спостережень очікуваному розподілу.

Окремі ознаки нервово-психічної нестійкості, які передбачають ще нижчу здатність до роботи в надзвичайних умовах, високу реактивність на фізичні та психологічні тригери і неможливість зберігати стабільну працездатність в таких обставинах, помічено у 16 учасників експериментальної групи та у 19 контрольної. Незважаючи на невелику різницю у кількості, очікуване значення (17.5) майже точно збігається з середнім значенням між групами, а величина внеску в  $\chi^2$  (0.125) залишається незначною та не впливає суттєво на загальний результат.

У категорії з вираженими ознаками нервово-психічної нестійкості, якій характерна висока дезадаптивність, дуже низкий рівень працездатності,

схильність до важких порушень у функціонуванні організму та майже повна відсутність змоги виконувати професійні завдання, виявлено 2 учасники в експериментальній групі та 1 у контрольній. Обидві очікувані частоти дорівнюють 1.5, а внесок у  $\chi^2$  становить 0.167, що також не є суттєвим відхиленням.

Найбільша різниця між фактичними та очікуваними значеннями спостерігається у категорії вкрай високого рівня нервово-психічної нестійкості, за якої вже можливі серйозні нервово-психічні порушення, та існує великий ризик зриву професійної діяльності, де в експериментальній групі зафіксовано 5 осіб, а у контрольній 2. Очікувана частота становить 3.0, а внесок у  $\chi^2$  рівний 0.444 – найбільший серед усіх категорій. Про те, навіть ці відмінності не створюють суттєвого впливу на загальне значення  $\chi^2$ .

Отже, сумарний внесок категорій за рівнями поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості у  $\chi^2$  є нижчим за критичний поріг, тому статистично значущої різниці між вибірками немає. Це підтверджує валідність подальших порівнянь у рамках формувального експерименту.

Таблиця 2.8

**Статистичне порівняння рівня поведінкової регуляції і нервово-психічної стійкості в експериментальній та контрольній групі за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона**

Рівень	О (ЕГ)	О (КГ)	Е (ЕГ)	Е (КГ)	Внесок у $\chi^2$ (ЕГ)	Внесок у $\chi^2$ (КГ)
Достатній рівень нервово-психічної стійкості	4	6	5.000	5.000	0.200	0.200
Дещо понижений рівень нервово- психічної стійкості	10	9	9.500	9.500	0.026	0.026

Продовження таблиці 2.8

Окремі ознаки нервово-психічної нестійкості	16	19	17.500	17.500	0.125	0.125
Виражені ознаки нервово-психічної нестійкості	2	1	1.500	1.500	0.167	0.167
Вкрай високий рівень нервово-психічної нестійкості	5	2	3.000	3.000	0.444	0.444
Підсумок: $\chi^2 = 1.407$ , $df = 4$ , $p = 0.8437$						

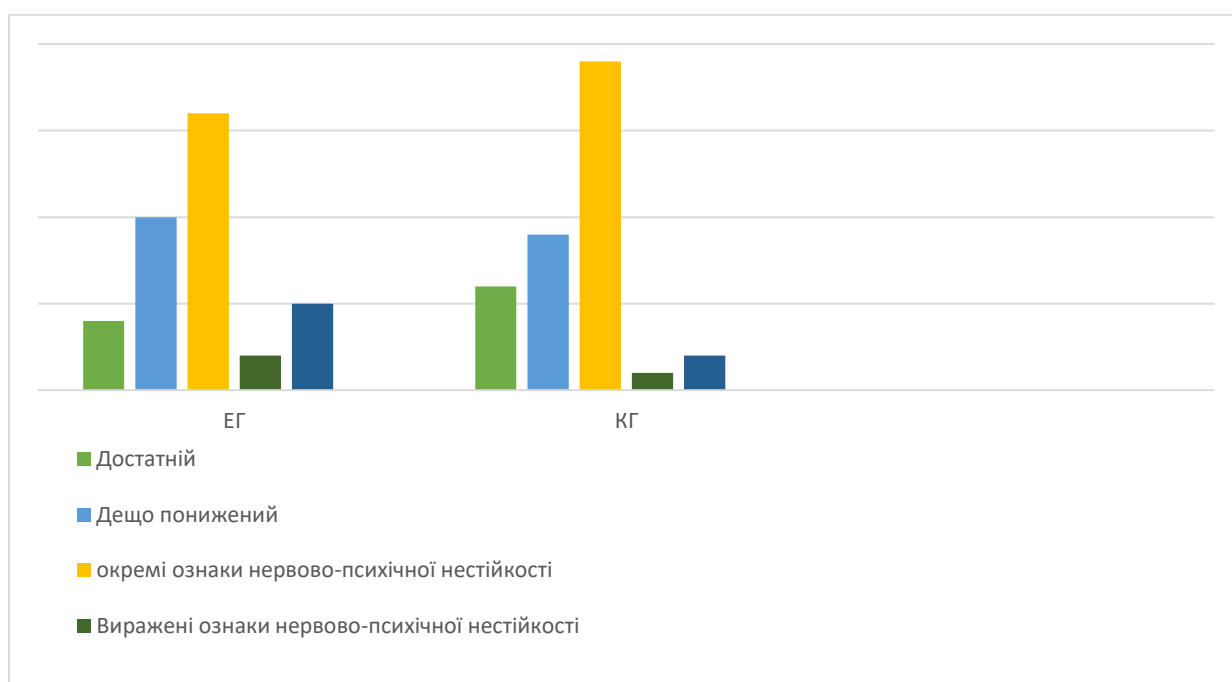


Рис. 2.8. Порівняльний розподіл рівнів поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості в експериментальній і контрольній групі

Результати за шкалою комунікативного потенціалу свідчать про схожість даного профілю в учасників обох груп (табл. 2.9, рис. 2.9). У категорії «Достатній рівень комунікативних здібностей» зафіксовано 12 учасників експериментальної групи та 15 контрольної, що свідчить про їх здатність добре адаптуватись в колективі, заводити нові знайомства та підтримувати

пожальше спілкування без великих конфліктів, а також про коректну реакцію на критику та гнчкості в зміні птаернів своєї поведінки.

Попри невелику кількісну різницю, очікувана частота становить 13.5 для кожної групи, що вказує на мінімальні відхилення від прогнозованого рівномірного розподілу. Внесок у  $\chi^2$  (0.167) демонструє незначний вплив цієї категорії на загальний результат.

У категорії «Середній рівень комунікативних здібностей», для якої характерна хороша адаптивність до нових угруповань, спокійна реакція на зауваження і адекватна самооцінка, про те можуть бути деякі труднощі у встановленні соціальних зв'язків, маємо 14 учасників експериментальної групи та 10 контрольної. Хоча на перший погляд різниця виглядає більш відчутною, очікуване значення становить 12.0 у кожній групі, тобто обидві вибірки відхиляються від нього симетрично. Частковий внесок у  $\chi^2$  (0.333) є найбільшим серед усіх категорій, однак цього все одно недостатньо, щоб робити висновок про наявність статистично значущих відмінностей між вибірками.

Категорія «Задовільний рівень», респонденти якої важко адаптуються в колективі, мають недостатній навик рефлексії, але все ще з адекватною реакцією на критику, демонструє близький розподіл: 6 учасників експериментальної групи та 8 контрольної. Очікувана частота (7.0) практично збігається з фактичними значеннями, а внесок у  $\chi^2$  (0.143) залишається низьким, що свідчить про відсутність суттєвих відхилень.

Для рівня пониженого рівня комунікативного потенціалу властивий дуже утруднений процес адаптації та створення екологічних взаємин із оточуючими та практично повна нездатність до коректної реакції на зауваження. Таких учасників у вибірках небагато: 3 в експериментальній групі та 2 у контрольній. Теоретично очікуване значення становить 2.5 для кожної групи, а внесок у  $\chi^2$  (0.100) підтверджує, що ці відмінності є статистично несуттєвими.





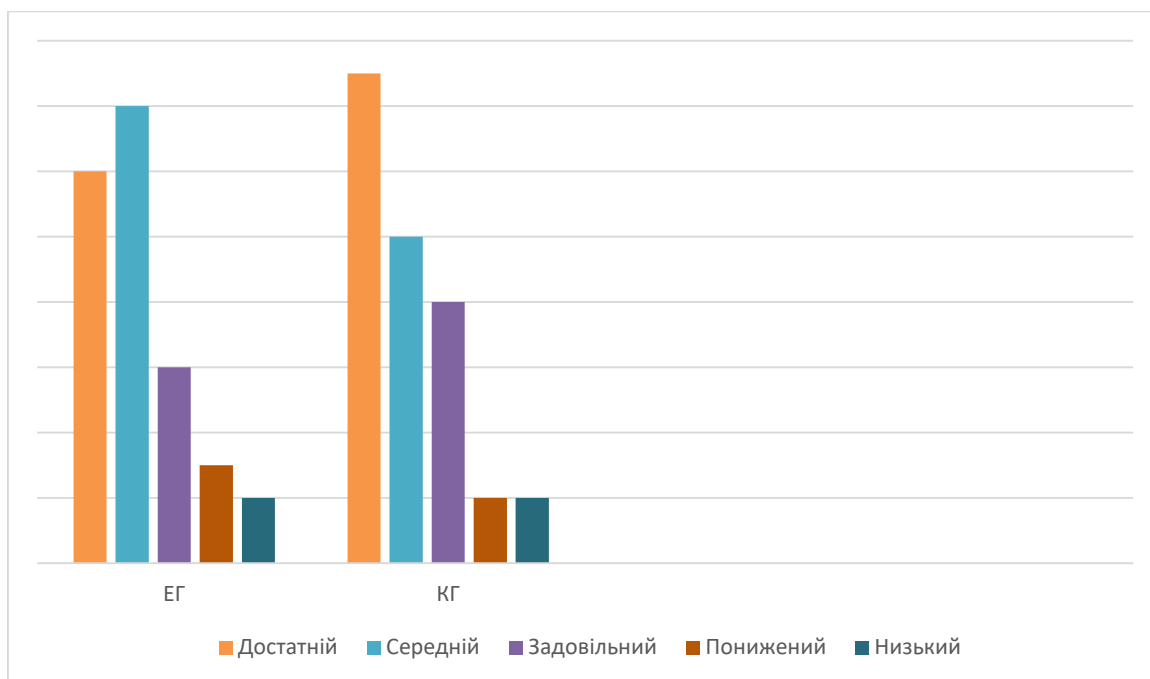


Рис. 2.9. Порівняльний розподіл рівнів комунікативного потенціалу в експериментальній та контрольній групі

Далі подано результати порівняння учасників експериментальної та контрольної групи за рівнями морально-етичної нормативності та соціалізації, що дозволяє оцінити, наскільки однорідними були вибірки за цим показником на момент обстеження (табл. 2.10, рис. 2.10). У категорії «Достатньо високий рівень» зафіксовано 14 учасників в експериментальній групі та 17 у контрольній, тоді як очікуване значення становило 15,5 для обох груп. Респондентам цього рівня характерне слідування суспільним правилам та нормам, враховування інтересів інших членів групи.

Незважаючи на те, що кількість учасників у двох групах незначно відрізняється, це відхилення є мінімальним і відображається у дуже малому внеску до загальної величини  $\chi^2$ , який дорівнює лише 0,145 для кожної групи. Це свідчить про майже повну відповідність реальних даних теоретично очікуваному розподілу.

Аналогічна ситуація спостерігається й у категорії «Достатній рівень», де в експериментальній групі виявлено 10 учасників, у контрольній – 11, а очікувані частоти були 10,5 для обох груп. Досліджуванам цієї категорії

властиво практично те ж, що й попередньому рівню, але не в повній мірі.

Невеликий характер відхилення підтверджується одними з найнижчих у всій таблиці внесками в  $\chi^2$  – по 0,024, що вказує на відсутність помітної різниці між фактичними та прогнозованими значеннями.

Дещо більші коливання спостерігаються у категорії «Задовільний рівень», для якої характерно не завжди дотримуватись встановлених у колективі правил. Для цієї групи показників реальні частоти становлять 4 учасники в експериментальній групі та лише 2 у контрольній, хоча очікуване значення дорівнює трьом для кожної. Тут уже видно різницю в абсолютних величинах, однак внески в  $\chi^2$  по 0,333 свідчать про те, що навіть такі коливання не призводять до суттєвого статистичного ефекту, оскільки відхилення все одно лишаються в допустимих межах для вибірок такого розміру.

Ще більш виразним, але все одно статистично невеликим є відхилення в категорії «Недостатній рівень», респонденти якої часто не враховують суспільні правила та можуть їх порушувати. В експериментальній групі тут зафіксовано 3 учасники, у контрольній лише 1, тоді як очікувана частота становила 2 для кожної групи. Хоча така різниця може виглядати помітною на рівні абсолютних величин, внесок у  $\chi^2$  (по 0,5 для кожної групи) залишається невеликим і свідчить про те, що ця розбіжність не є достатньою для формування статистично значущої нерівномірності.

У категорії «Низький рівень», респонденти якої частіше нехтують правилами і нормами, прийнятими в суспільстві та інтересами колективу і є зациклені на власній особі, спостерігається повна відповідність фактичних даних теоретичній моделі: по 6 учасників у кожній групі й повна узгодженість із очікуваними значеннями. Саме тому внесок у  $\chi^2$  дорівнює нулю, що вказує на абсолютну відсутність будь-яких відхилень між реальним і прогнозованим розподілом.

Узагальнюючи отримані дані, можна стверджувати, що сумарні відхилення фактичних частот від очікуваних є мінімальними, а внески окремих категорій у загальну статистичну модель  $\chi^2$  залишаються на низькому

або помірному рівні. Жодна з категорій не демонструє суттєвого перевищення очікуваних значень або істотного дефіциту респондентів. Таким чином, результати  $\chi^2$ -аналізу однозначно свідчать про те, що між експериментальною та контрольною групами не існує статистично значущих відмінностей у рівнях морально-етичної нормативності та соціалізації.

Таблиця 2.10

**Статистичне порівняння рівня соціалізації в експериментальній та контрольній групі за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона**

Рівень	О (ЕГ)	О (КГ)	Е (ЕГ)	Е (КГ)	Внесок у $\chi^2$ (ЕГ)	Внесок у $\chi^2$ (КГ)
Достатньо високий	14	17	15.500	15.500	0.145	0.145
Достатній	10	11	10.500	10.500	0.024	0.024
Задовільний	4	2	3.000	3.000	0.333	0.333
Недостатній	3	1	2.000	2.000	0.500	0.500
Низький	6	6	6.000	6.000	0.000	0.000
Підсумок: $\chi^2 = 1.525$ , $df = 4$ , $p = 0.8243$ .						

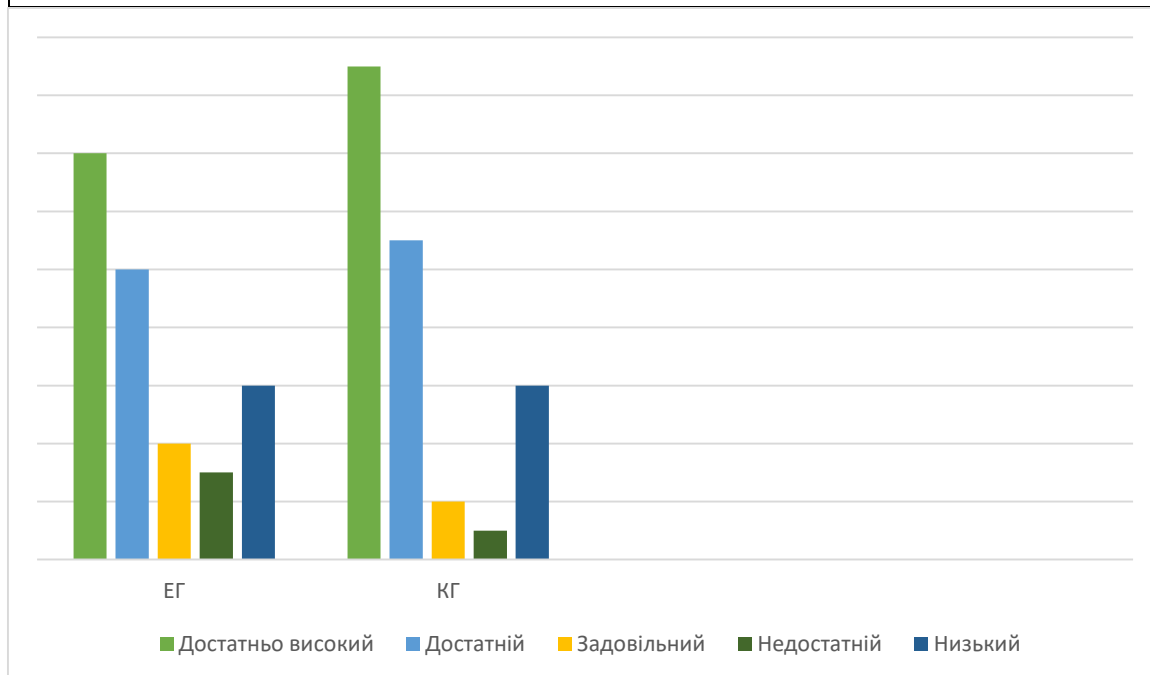


Рис. 2.10. Порівняльний розподіл рівнів морально-етичної нормативності і соціалізації в експериментальній та контрольній групі

Розглянемо результати за шкалою військово-професійної спрямованості – ключового показника, що характеризує міру сформованості мотивів, настанов, інтересів і ціннісних орієнтацій, пов'язаних із майбутньою військовою діяльністю. У категорії «Високий рівень», яка вказує на бажання продовжувати військову службу, кількість учасників експериментальної групи становить 2 особи, тоді як у контрольній – 3.

Очікуване значення для обох груп дорівнює 2,5, що вказує на майже повну узгодженість реального та теоретичного розподілу. Внесок у  $\chi^2$  також є мінімальним (0,100 для кожної групи), що демонструє відсутність будь-яких суттєвих статистичних розбіжностей на цьому рівні. Отже, на момент проведення зрізу обидві групи практично однаково представлені респондентами з високою військово-професійною спрямованістю.

Подібна тенденція спостерігається й у категорії «Достатній рівень», який теж говорить про те, що комбатант в цілому готовий повернутись до виконання своїх професійних обов'язків. У експериментальній групі зафіксовано 4 учасники, а в контрольній 6, тоді як очікуване значення для кожної вибірки становило 5 осіб.

Незначне зміщення фактичних частот відносно прогнозованих знову ж таки відображається дуже невеликим внеском у загальну величину  $\chi^2$  – по 0,200. Це означає, що навіть такі числові відмінності не становлять статистично значущої різниці, оскільки перебувають у межах допустимої варіативності для подібних вибірок.

Найчисельнішою є категорія «Недостатній рівень військово-професійної спрямованості», що вказує на незадоволеність більшості респондентів своїми службовими обов'язками та сумнівами щодо подальшого продовження діяльності. В експериментальній групі таких учасників налічується 21, у контрольній – 18. При цьому очікувані значення становили 19,5 у кожній групі.

Хоча різниця у фактичних величинах між групами дещо більша, ніж у попередніх категоріях, вона все одно не призводить до суттєвого



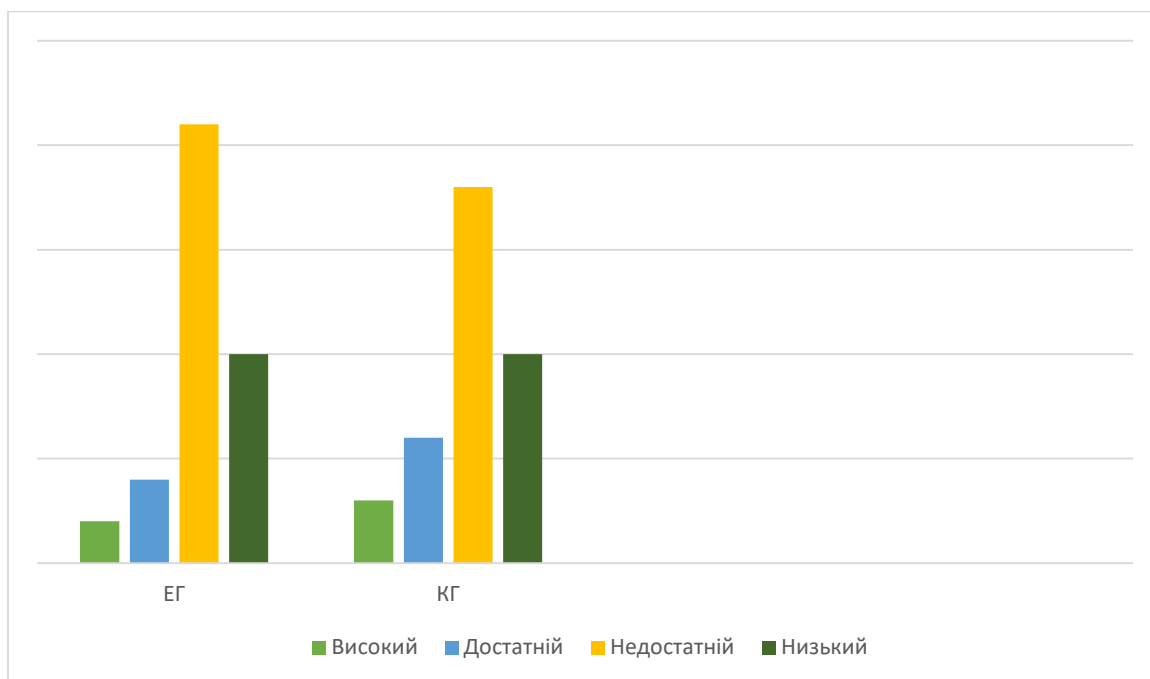


Рис. 2.11. Порівняльний розподіл рівнів військово-професійної спрямованості в експериментальній та контрольній групі

Далі представлено порівняльний аналіз вибірок за шкалою схильності до девіантної (адиктивної та делінквентної) поведінки (табл. 2.12, рис. 2.12). У категорії повної відсутності ознак девіантної поведінки, яка відповідно, не супроводжується агресією чи порушенням закону або правил, спостерігається 10 учасників в експериментальній групі та 13 у контрольній. Незважаючи на те, що контрольна група має на три особи більше, очікувані значення (по 11.5 у кожній групі) показують, що фактичні дані лише трохи відхиляються від прогнозованого розподілу. Внесок цієї категорії до  $\chi^2$  є низьким, що свідчить про неістотний вплив цієї різниці на загальний рівень статистичного відхилення.

Подібна ситуація спостерігається і в категорії «В цілому виражені ознаки відсутні», де в експериментальній групі зафіксовано 14 учасників, а в контрольній 12, які іноді можуть не дотримуватись соціально прийнятної поведінки. Очікуваний показник становить 13 у кожній групі, тобто фактичні відмінності є мінімальними та практично симетричними. Невеликий внесок у

$\chi^2$  свідчить про те, що ця категорія також не створює міжгрупових розбіжностей, які могли б бути статистично значущими.

Ще більш збалансованим є розподіл у категорії «Деякі ознаки девіантної поведінки», де кількість учасників становить 12 у експериментальній групі та 10 у контрольній, яким властиво порушувати правила та проявляти агресію до інших людей. Очікуване значення (по 11 на групу) підтверджує, що фактичні дані практично збігаються з теоретично прогнозованими. Внесок цієї категорії у  $\chi^2$  також мінімальний, що підкреслює відсутність суттєвих відхилень.

У категорії «Виражені ознаки девіантної поведінки», яка є найменш чисельною і характеризується тенденційним порушенням правил та агресивним поведінням, в експериментальній групі виявлено одного учасника, тоді як у контрольній двох. Очікувана частота (1.5 у кожній групі) свідчить про близькість фактичних значень до рівномірного розподілу, а невеликі різниці не мають суттєвого впливу на загальну величину  $\chi^2$ .

Об'єднуючи всі категорії, бачимо, що внесок кожної з них у загальне значення  $\chi^2$  залишається незначним, а сумарний показник не перевищує критичного рівня для відповідного числа ступенів свободи. Це дозволяє зробити однозначний висновок про відсутність статистично значущої різниці між експериментальною та контрольною групами за рівнями схильності до девіантної поведінки на початку дослідження.

Таблиця 2.12

**Статистичне порівняння рівня схильності до девіантної (адиктивної та делінквентної) поведінки в експериментальній та контрольній групі за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона**

Рівень	О (ЕГ)	О (КГ)	Е (ЕГ)	Е (КГ)	Внесок у $\chi^2$ (ЕГ)	Внесок у $\chi^2$ (КГ)
Відсутність ознак девіантної поведінки	10	13	11.5	11.5	0.196	0.196



Продовження таблиці 2.12

Виражені ознаки девіантної поведінки відсутні	14	12	13.0	13.0	0.077	0.077
Деякі ознаки девіантної поведінки	12	10	11.0	11.0	0.091	0.091
Виражені ознаки девіантної поведінки	1	2	1.5	1.5	0.167	0.167
Підсумок: $\chi^2 = 0.805$ , $df = 3$ , $p = 0.8492$ .						

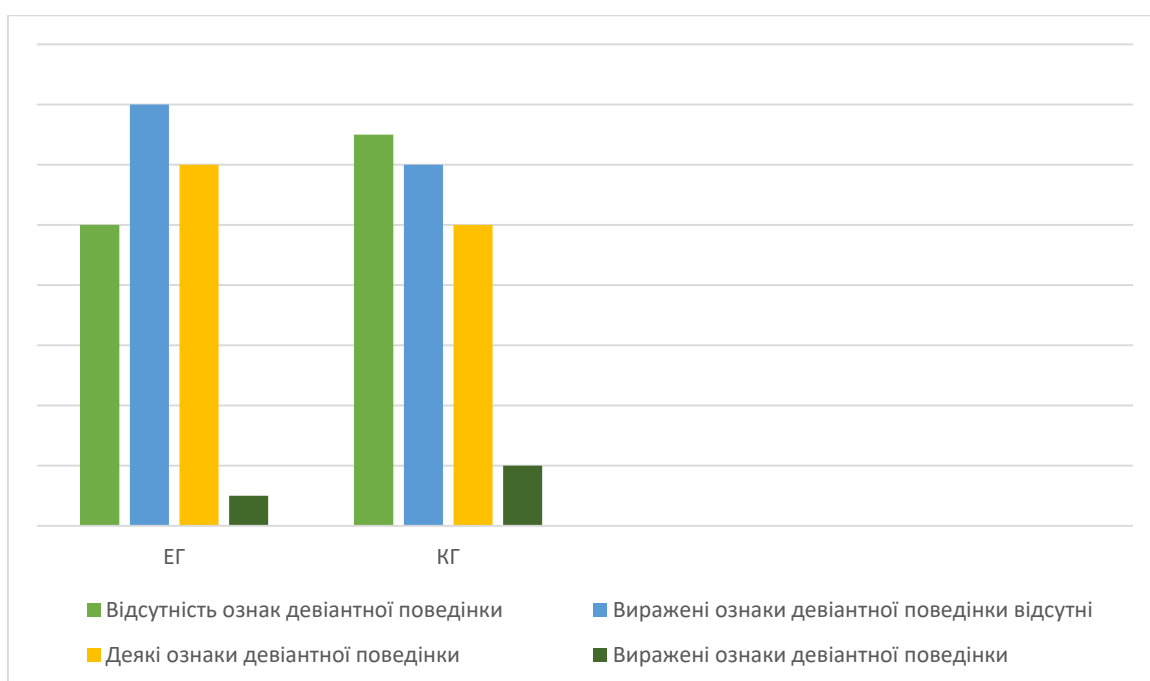


Рис. 2.12. Порівняльний розподіл рівнів схильності до девіантної (адиктивної та делінквентної) поведінки в експериментальній та контрольній групі

Проаналізувавши результати за шкалою суїцидального ризику, можемо стверджувати, що у категорії повної відсутності таких ознак показники двох груп практично ідентичні: в експериментальній групі цей рівень продемонстрували 20 осіб, тоді як у контрольній 19. Очікувані значення в обох випадках становили 19,5, що свідчить про високий ступінь збігу між фактичним і теоретичним розподілом. Внесок цієї категорії у загальне

значення  $\chi^2$  є мінімальним (0.013 у кожній групі), що вказує на відсутність істотних відхилень та абсолютну схожість груп за цим критерієм.

У категорії, де зазначено, що в цілому виражених ознак не виявлено, але можуть бути певні психологічні труднощі, на які варто звернути увагу, спостерігається дещо більша різниця між фактичними та очікуваними показниками: в експериментальній групі кількість учасників становить 10, тоді як у контрольній 13, при очікуваних значеннях 11,5 у кожній із груп. Саме ця розбіжність формує один із найбільших внесків у  $\chi^2$  (0.196 для кожної групи), що вказує на певну, хоча й невелику, тенденцію до відмінності в цій категорії. Водночас рівень відхилень залишається недостатнім, щоб говорити про суттєві групові розбіжності у вираженості слабких проявів суїцидального ризику.

Подальший аналіз категорії, у якій фіксуються окремі ознаки суїцидального ризику, які здебільшого можуть актуалізуватись за зовнішніх стресових умов, демонструє ще менші відхилення між фактичними та очікуваними значеннями. В експериментальній групі цей рівень виявлено у 4 осіб, тоді як у контрольній у 3, при очікуваних показниках 3,5 для кожної групи. Незначна різниця зумовлює низький внесок у  $\chi^2$  (0.071), що свідчить про майже повну схожість груп за цим рівнем суїцидального ризику.

Остання категорія, що відображає наявність виражених ознак суїцидального ризику, учасники якої найбільш схильні дійсно вчинити дії, які загрожуватимуть їхньому життю, також демонструє схожість фактичних і очікуваних значень. В експериментальній групі зафіксовано 3 випадки, у контрольній 2, при очікуваних показниках 2,5 для кожної групи. Різниця є незначною та дає внесок у  $\chi^2$  на рівні 0.100 для кожної групи, що свідчить про відсутність виражених групових відмінностей у випадках підвищеного суїцидального ризику.

У підсумку розподіл учасників обох вибірок за рівнями суїцидального ризику демонструє високу відповідність між фактичними і очікуваними значеннями. Це дозволяє зробити висновок, що експериментальна та

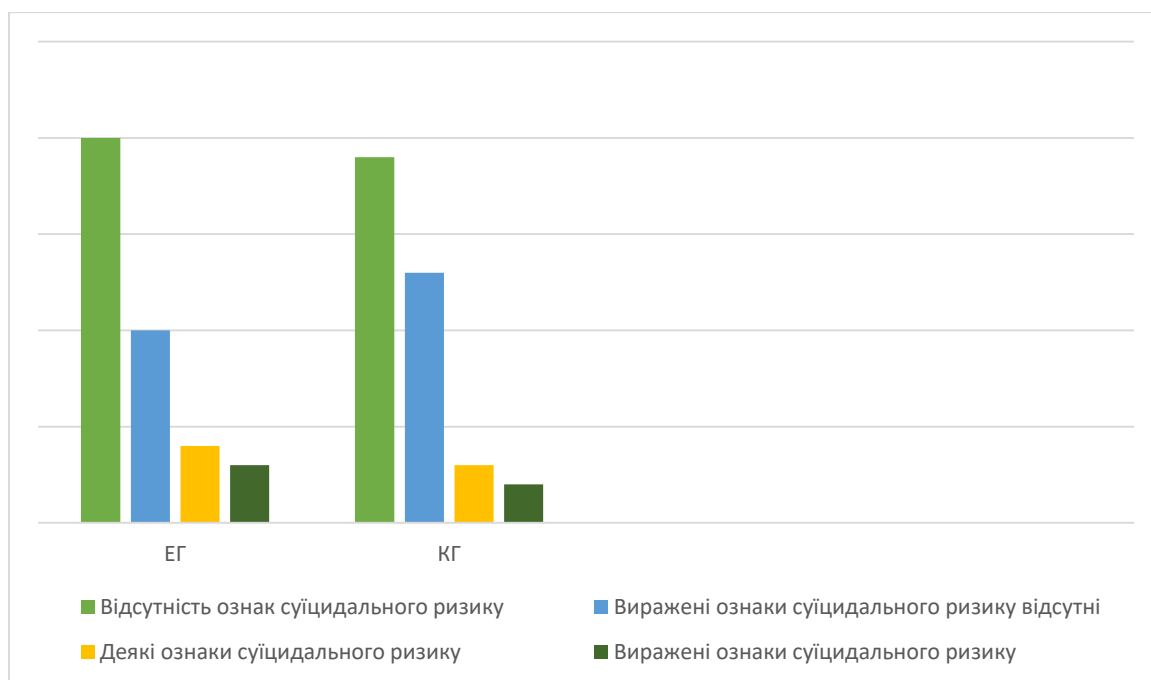
контрольна група не відрізняються між собою за показниками даної шкали, а наявні відхилення є мінімальними та статистично несуттєвими.

Таблиця 2.13

**Статистичне порівняння рівня суїцидального ризику в експериментальній та контрольній групі за допомогою  $\chi^2$ -критерію**

**Пірсона**

Рівень	О (ЕГ)	О (КГ)	Е (ЕГ)	Е (КГ)	Внесок у $\chi^2$ (ЕГ)	Внесок у $\chi^2$ (КГ)
Відсутність ознак	20	19	19.5	19.5	0.013	0.013
В цілому виразних не виявлено	10	13	11.5	11.5	0.196	0.196
Окремі ознаки	4	3	3.5	3.5	0.071	0.071
Виразні ознаки	3	2	2.5	2.5	0.100	0.100
Підсумок: $\chi^2 = 0.381$ , $df = 3$ , $p = 0.9410$ .						



**Рис. 2.13. Порівняльний розподіл рівнів суїцидального ризику в експериментальній та контрольній групі**

## Висновки до розділу II

У другому розділі дисертаційного дослідження представлено діагностичний інструментарій та результати констатувального експерименту. На цьому етапі основним методом, який ми застосовували було тестування, що дозволило робити висновок про порівнюваність експериментальної та контрольної групи за досліджуваним параметром до формувального експерименту. Для статистичної обробки результатів було обрано двопрпорційний z-тест,  $\chi^2$ -критерій Пірсона, t-критерій Вельча, тест Манна–Уїтні, корекцію Bonferroni та корекцію Holm.

Задля оцінки наявності окремих симптомів та загального рівня посттравматичного стресового розладу було використано PCL – шкалу самооцінки наявності посттравматичного стресового розладу, Міссісіпську шкалу ПТСР та Опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова. З метою розуміння які стресові чинники найбільше впливають на респондентів, ми застосували анкету «Стрес-фактори» розроблену науково-дослідним відділом воєнно-психологічних досліджень Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України. Щоб мати повну картину психічного стану комбатантів було виміряно їхній рівень тривожно-депресивного стану за допомогою Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS). А Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) «Адаптивність-200» дав змогу визначити чи є вибірки співставними за типологією характеру, яка впливає на формування та проживання психічної травми.

Результати констатувального експерименту свідчать, що досліджувані обох вибірок мають високі бали за кластерами ПТСР та його сумарного ступеня (ЕГ – 91,9%; КГ – 94,6). Переважній більшості учасників притаманні виражені симптоми посттравматичного стресового розладу (21 особа і в експериментальній, і в контрольній групі). Ці дані переконливо демонструють, що учасники обох груп потребують соціально-психологічної реабілітації, спрямованої на зменшення або усунення посттравматичної симптоматики. Статистичний аналіз показав, що вагомих відмінностей між вибірками за цими

показниками немає, тому їх порівняння після формувального впливу на респондентів контрольної групи буде об'єктивним.

Подібність психічного стану досліджуваних експериментальної та контрольної групи підтвердились і при аналізі анкети стресових факторів, адже їх ранжування було майже ідентичне в обох вибірках і не характеризується статистично значущими відмінностями. Щодо тривожних та депресивних проявів, групи також продемонстрували дуже схожі результати: найбільше досліджуваних із клінічно вираженою тривогою (ЕГ – 25 осіб, КГ – 21) та депресією (ЕГ – 22 особи, КГ – 21). Статистично експериментальна та контрольна група є співставними за даними параметрами (рівень значущості  $p = 0,628$  для тривожної симптоматики та  $p = 0,905$  для депресивної) і очевидно потребують психологічної допомоги.

Рівень стійкості до бойового стресу в обох вибірках є низьким (ЕГ – 24 респонденти, КГ – 28), як і рівень військово-професійної спрямованості (ЕГ – 21 особа, КГ – 18). Показником, який також свідчить, що досліджувані потребують реабілітаційного втручання є окремі ознаки нервово-психічної нестійкості (ЕГ – 16 осіб, КГ – 19). Крім того, у 14 респондентів експериментальної групи та 12 контрольної наявні виражені ознаки схильності до девіантної поведінки.

Дещо кращими є результати за рівнем комунікативного потенціалу (12 учасників із достатнім та 14 із середнім рівнем в експериментальній групі, в контрольній – 15 із достатнім та 10 із середнім) та морально-етичної нормативності (в експериментальній групі 14 респондентів із достатньо високим рівнем та 10 із достатнім, а в контрольній достатньо високий рівень притаманний 17 учасникам, а достатній – 11). Ознаки суїцидального ризику відсутні в більшій частині досліджуваних обох вибірок (20 учасників експериментальної групи та 19 контрольної).

Таким чином, за представленими вище показниками, можемо зробити висновок, що респоненти обох груп мають психоемоційні труднощі, тому є вагома потреба у розробці та апробації програми для їх соціально-

психологічної реабілітації. За всіма згаданими параметрами між вибірками не помічено статистично значущої різниці, що забезпечує належні вихідні дані перед формувальним експериментом.

### **РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ КОМБАТАНТІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ МЕТОДОМ КАНІСТЕРАПІЇ**

#### **3.1 Розробка та обґрунтування ефективності авторської програми соціально-психологічної реабілітації комбатантів з ПТСР методом каністерапії**

Опираючись на завдання нашого дослідження та дані, які було отримано під час констатувального експерименту, було визначено мету та завдання третього розділу дисертаційного дослідження, який зосереджений на проведенні формувального експерименту. Було визначено доцільність розробки програми соціально-психологічної реабілітації для комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії.

У першому розділі ми проаналізували наукові джерела, завдяки чому мали змогу визначити основні постулати реабілітації комбатантів та терапевтичні можливості каністерапії. Завдяки цьому ми можемо розробити етапи та принципи подальшої реабілітаційної програми для військових за участі собаки-терапевта.

Метою формувального експерименту стала розробка і апробація реабілітаційної програми «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з ПТСР методом каністерапії».

Відповідно до мети було сформовано такі завдання:

- розробка плану і структури реабілітаційної програми для військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом, яка передбачатиме застосування каністерапії;
- проведення апробації програми;
- перевірка ефективності програми шляхом формувального експерименту.

Під час розробки та реалізації програми ми опирались на принципи психологічної реабілітації, описаних Н. Пророк, а саме:

1. Дотримання послідовності та наступності, реалізація яких полягала в зв'язку усіх проведених занять між собою та їх чітка структура.

2. Комплексність та системність були враховані в процесі реабілітації шляхом врахування фізіологічного, психологічного та соціального аспекту. Тому в нашій програмі присутні і вправи на координацію рухів та розвиток загальної рухливості, і завдання на відреагування емоцій та почуттів, і спрямованість на покращення моціальних зв'язків учасників. В усі ці аспекти дуже ефективно вписувались собаки-терапевти, що на нашу думку, було основним рушійним фактором успішності програми.

3. Індивідуальний підхід та гнучкість. Зважаючи на цей принцип психологічної реабілітації ми регулярно проводили моніторинг стану та настрою учасників під час занять у форматі бесіди. Знову ж таки, собаки-терапевти тут відграють важливе значення. Адже якщо учасник сьогодні не в ресурсі для повноцінного залучення у вправи, в контеусті інших методів реабілітації досить важко знайти оптимальне вирішення цієї проблеми. Натомість, під час каністерапії песик може навіть просто сісти людині на коліна або поруч і це вже матиме певний позитивний ефект.

4. Активна участь комбатантів та відповідальність в процесі реабілітації, до чого набагато легше залучити учасників, коли їм пропонується взаємодія із собакою-терапевтом.

5. Орієнтація на внутрішні та зовнішні ресурси. Ми підбирали терапевтичний інструментарій таким чином, щоб досліджувані актуалізували і власні риси характеру, які допомагають їм проживати труднощі, і одночасно вчилися просити про підтримку та надавати її іншим.

6. Зосередження на посттравматичному зростанні, яке забезпечувалось протягом усієї реабілітаційної програми.

Локус уваги був зосереджений на зменшенні конкретних симптомів посттравматичного стресового розладу, які було нами визначено раніше –



уникання, флешбеки, негативні когніції, гіперпильність. Також важливим аспектом була терапія найбільш частих комобірджих із ПТСР станами – тривожними та депресивними.

Для структури занять ми враховували важливі аспекти проведення каністерапії, які вдалось виокремити при аналізі наукової літератури. Зокрема, це етапи, послідовність яких забезпечує комфортну та ефективну взаємодію із твариною та покращення психічного стану індивіда. Таким чином, наша реабілітаційна програма складалась із таких стадій:

1. Підготовчий етап (якщо все йде добре, достатньо однієї зустрічі). Перш, ніж розпочинати безпосередні заняття із собакою-терапевтом, важливо проінформувати військових про специфіку таких зустрічей, персвідчитись, що вон не проти контакту із песиком та не мають фобій чи різко неприємних переживань, пов'язаних з цими тваринами. Це забезпечило готовність досліджуваних до пропонованих інтервенцій та їх позитивне налаштування на процес.

2. Етап адаптації (зазвичай 1-2 зустрічі), під час якого учасники поволі починають контактувати з песиками. На цій стадії було підібрано вправи, які дозволяють познайомитись із собакою-терапевтом та майже не потребують докладання особливих зусиль. Її метою є створення сприятливого психологічного клімату для подальшого терапевтичного впливу.

3. Основний етап, який є найтривалішим і складається із занять, які вже направлені саме на реабілітацію та є найбільш вагомою частиною програми.

4. Завершальний етап. Це дуже важлива стадія, якою не можна нехтувати, адже людина встановлює певний емоційний контакт із собакою-терапевтом, тому їй потрібен час на прощання із ним. Ми врахували це у нашій програмі, яка містить завершальну зустріч наприкінці курсу каністерапії.

З огляду на те, що реабілітація ветеранів потребує комплексного підходу, було сформовано завдання програми за такими категоріями:

1. Фізіологічна складова:

- зниження рівня психофізіологічної напруги, тілесних затисків та соматичних проявів стресу;
  - формування відчуття фізичної безпеки та тілесного комфорту;
  - підвищення усвідомлення власних тілесних реакцій у стресових ситуаціях;
  - розвиток навичок тілесної саморегуляції через тактильну та рухову взаємодію з собакою-терапевтом;
  - відновлення здатності до розслаблення та фізичного відпочинку;
  - підвищення загального рівня фізичної активності.
2. Психологічна складова:
- зниження інтенсивності тривожних та депресивних проявів;
  - стабілізація психічного стану та зменшення емоційної напруги;
  - розвиток усвідомлення власних емоційних переживань і реакцій;
  - формування навичок емоційної саморегуляції;
  - зниження рівня внутрішньої настороги і відновлення відчуття безпеки та контролю над власним емоційним станом;
  - зменшення унікаючої поведінки та емоційного відчуження;
  - формування позитивного досвіду безпечної взаємодії;
  - підвищення емоційної стійкості та адаптивних ресурсів особистості;
  - підтримка процесу інтеграції травматичного досвіду без ретравматизації.
3. Соціальна складова:
- відновлення здатності до міжособистісної взаємодії;
  - зниження соціальної ізоляції та відчуття самотності;
  - формування навичок конструктивної комунікації;
  - розвиток позитивного досвіду взаємодії з іншими через опосередкований контакт;
  - підвищення вмотивованості до соціальних контактів і групової взаємодії;

- формування відчуття приналежності та прийняття в групі;
- розвиток навичок співпраці та взаємної підтримки;
- зниження рівня агресивності та конфліктності у міжособистісних стосунках;
- відновлення соціальних ролей і адаптації до мирного життя.

Відповідно до мети та завдань реабілітаційна програма складалась із таких блоків:

1. Діагностичний, який передбачав вхідне та вихідне вимірювання загального рівня ПТСР ті певних його симптомів, стресових тригерів, до яких досліджувані є найбільш вразливими, рівень тривожності та депресії, а також рівень стійкості до бойового стресу, нервово-психічної стійкості, комунікативного потенціалу, морально-етичної нормативності та соціалізації, військово-професійної спрямованості, суїцидального ризику та схильності до девіантної (адиктивної і делінквентної) поведінки. Вимірювання перерахованих показників здійснювалось за допомогою методик: PCL (шкала самооцінки наявності посттравматичного стресового розладу), Міссісіпська шкала ПТСР, Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова, анкета «Стрес-фактори», Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) та Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) «Адаптивність-200».

2. Теоретичний, під час якого учасників знайомили із поняттям каністерапії та метою її проведення, розповідали про досвід роботи із собаками-терапевтами інших ветеранів в Україні та світі та пояснювали правила поводження з песиками. Інтеграція цієї інформації відбувалась у формі бесіди, яка супроводжувалась фото-ілюстраціями.

3. Корекційний, який був найважливішим елементом реабілітаційного процесу. Він включав вправи із собаками-терапевтами, які сприяли позитивній руховій активності, розслабленню через фізичний контакт з песиком, навикам тілесної саморегуляції, зниженню інтенсивності симптоматики посттравматичного стресового розладу або повного її усунення, відновлення внутрішньої рівноваги та спокою, загальне поліпшення

психічного стану, підвищення мотивації до спілкування та удосконалення комунікативних навиків.

Авторська реабілітаційна програма без урахування діагностичного блоку складається із 10 занять по 30-40 хвилин, які відвідували учасники експериментальної групи. Зважаючи на рекомендовану кількість учасників на сесіях із застосуванням каністерапії, усіх військовослужбовців цієї вибірки (37 осіб) було розділено на окремі групи (по 12 досліджуваних у двох та 13 в одній). Це забезпечило можливість рівноцінного контакту з психологом та собаками-терапевтами, можливість моніторингу стану кожного учасника та відсутність психологічного перевантаження для них, яке могло би бути, якби на зустрічі одночасно знаходились усі 37 людей.

Для проведення занять, передбачених нашою реабілітаційною програмою необхідний певний інвентар, який знадобиться під час вправ із собаками. Зокрема, фішки для створення перепон, різні види іграшок, які песик може подавати або шукати, корм для заохочення чи привернення уваги собаки, щітка для розчісування шерсті, мотузка та інші предмети, які знадоблять, наприклад, для завдань, направлених на розвиток рухливості, координації, дрібної моторики тощо. Вправ повинно бути не забагато, щоб ветерани отримували від зустрічі ресурс, а не втрачали його. Далі розглянемо детальніше змістове наповнення програми (табл 3.1).

Першим було ознайомче заняття, напередодні якого військовим повідомили про зустріч із собаками-терапевтами та розповіли як будуть відбуватись сесії. Учасників проінструктували щодо особливостей взаємодії із песиками, пояснили що можна робити, а чого не варто. Під час знайомства комбатанти спостерігали за тваринами та їх взаємодією із кінологом, але поки не вступали у прямий контакт. Вони мали можливість задавати питання та особисто поспілкуватись із фахівцем, якщо ула така необхідність перед основною частиною програми.

Друга сесія була присвячена адаптації до спільного проведення часу з собаками-терапевтами. Спеціальні вправи виконувати ще не пропонувалось,

але вже допускався контакт із собаками, учасникам пропонували її гладити, давати прості команди («сидіти», «лежати», «голос»), годувати, пройтись, ведучи песика на повідку або просто потримати його на руках та посидіти поруч. Цього разу теж була присутня теоретична частина, щоб учасники більше дізнались про собак-терапевтів та знали, що поруч з ними точно безпечно.

Третя зустріч присвячена початку основної, власне корекційної роботи, а саме фізіологічному компоненту. Комбатанти виконували різні активності із собаками-терапевтами, які допомагають розвивати рухову активність та покращувати координацію. Нами було підібрано вправи на активацію та розвиток різних частин тіла в залежності від того, що саме турбує кожного учасника. Зокрема, якщо необхідно було задіяти руки, можна було годувати собаку, гратися із нею м'ячиком на мотузці, який тягнутиме пес. Якщо ноги – варто, наприклад, витягувати їх по черзі, щоб тварина перестрибувала або проповзала під ними.

Одним із запропонованих завдань було провести собаку поміж розставлених на підлозі фішок, привертаючи його увагу кормом в руці. Якщо завдання добре вдається, можемо додати ускладнення – в одній долоні тримаємо корм, а в іншій ракетку для настільного тенісу та тенісний м'ячик, який має на ній балансувати і не впасти. Тим, хто не має змоги пересуватись давали завдання погодувати песика з рук або дістаючи шматочки корму паличка для суші.

На четвертій зустрічі також проводилась робота із фізіологічним станом ветеранів. Вона була направлена на розвиток навичок розслаблення через контакт з тілом. Згадна ціль була досягнута через медитацію із собакою-терапевтом, який допомагав заспокоїтись та зосередитись на моменті «тут і зараз», концентрації на пошуку певного кольору серед інвентарю для прохання до собаки принести його. Було помічено, що навіть під час простого погладжування песика комбатанти відчували заспокоєння і відзначали, що їхнє дихання ставало врівноваженішим.

П'ята сесія мала на меті роботу із психологічним станом комбатантів. Учасники практикували навик заземлення з допомогою собак-терапевтів, фокусуючись на тому, як виглядає пес, які звуки він видає, які запахи вони відчують поруч з ним та які на дотик різні частини тіла тварини (шерсть, подушечки лапок, носик, вушка тощо). Відзначено також, що досліджуваних заспокоювало рівномірне симетричне погладжування собаки, наприклад, праве та ліве вушко, права та ліва щічка тощо.

Під час шостого заняття нашою метою було викликати якнайбільше позитивних емоцій у військових, що сприяє виробленню «гормонів щастя» (ендорфін, дофамін) і має вплив на зниження депресивних та тривожних симптомів. Учасникам пропонували дати песику понюхати якусь річ, потім заховати її та давати команду шукати. Також спеціальні іграшки могли кидати, щоб собака її приносив або грати, ніби він хоче забрати в людини м'ячик, який тягнуть за мотузку або ховають за спиною.

На сьомій зустрічі увагу було зосереджено на розвитку комунікативних навичок та загальній вмотивованості то побудови міжособистісних стосунків. Комбатантам потрібно було піклуватись про песиків протягом заняття, годувати, давати команди, гуляти та гратись з ними, розчісувати. Це розвиває емпатію, бажання контактувати з оточуючими, відчуття «я потрібний, я корисний». Якщо було помічено, що досліджувані охоче виконують завдання, їм пропонувалось об'єднуватись у міні-групи, ділитись відчуттями, давати один одному поради, разом прогулюватись із собаками-терапевтами.

Восьме заняття присвячене тому, щоб військові найбільш повно розвинули та реалізували свій комунікативний потенціал. Також, метою було зменшити поведінково патерну щодо оминання тем, пов'язаних із трамуючим досвідом, щоб спонукати інтегрування цієї інфомації у свідомість і таким чином знизити інтегсивність одного із ключових сипмтомів посттравматичного стресового розладу – уникання.

Завдання цієї зустрічі було реалізовано ініціююванням розмов спочатку про песиків, які були прсиутні на занятті, потім обережно вводячи тему щодо

тваринок, із якими ветерани могли контактувати на фронті. Це дозволило м'яко запросити ветеранів до того, щоб розповісти про бойовий досвід і тим самим перенести ці спогади із імпліцитної в експліцитну пам'ять. Вправа дала досить позитивні результати, адже навіть ті комбатанти, які до цього були дуже закриті і взагалі нічого не розазували про пережиті на війні події, охоче вступали в обговорення про тваринок, яких вони там бачили, ділились, що це піднімало настрій та давало відчуття внутрішнього тепла.

На дев'ятій сесії було підведено підсумки та проведено рефлексію у формі бесіди з усіма досліджуваними. Вони зазначали, що помітили позитивні зміни у своєму психоемоційному стані, стали спокійніше, відчувають більше позитивних емоцій та мають бажання контактувати з соціумом.

Не менш важливим було і десяте заняття, яке полягало в тому, щоб попрощатись із собаками-терапевтами. Це необхідно, щоб в учасників не виникли негативні переживання через припинення зустрічей і терапевтичні стосунки були екологічно завершені. Ветерани робили фото із песиками, дякували їм та залученим фахівцям, ділились враженнями від курсу каністерапії.

Таблиця 3.1

**Структура програми «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії»**

Вхідний контроль (діагностичний блок)	
Вимірювані показники	Інструментарій
Інтенсивність симптомів ПТСР та його загальний показник	PCL (шкала самооцінки наявності посттравматичного стресового розладу); Міссісіпська шкала ПТСР; Опитувальник травматичного стресу І. О. Котєнєва
Інтенсивність впливу конкретних стрес-факторів	Анкета «Стрес-фактори»
Наявність тривожної та депресивної симптоматики	Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

## Продовження таблиці 3.1

Індивідуальні психофізіологічні та соціально-психологічні характеристики		Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) «Адаптивність-200»
Теоретичний блок		
	Мета заняття	Інструментарій
Заняття №1	Ознайомлення учасників із поняттям «каністерапія» та особливостей її проведення	Бесіда, яка мала такий план: - поняття та історія каністерапії - особливості відбору собак-терапевтів - правила поводження із собаками-терапевтами. Індивідуальні бесіди та відповіді на запитання.
Заняття №2	Знайомство із собаками терапевтами та обговорення організаційних моментів	Взаємодія кінолога із собаками-терапевтами, за якою спостерігають учасники. Більш наочний інструктаж щодо поводження – песиками-терапевтами.
Інструментальний блок		
Заняття №3	Розвиток рухової активності та координації	Вправи: - годування собаки різними способами, які розвивають дрібну моторику та координацію (наприклад, беручи корм паличками для суші) - проходження з собакою між фішками на підлозі з різними рівнями ускладнення (наприклад, несучи в іншій руці ракетку для настільного тенісу з балансуючим на ній м'ячиком) - витягування по черзі однієї з ніг, щоб песик проповзав під нею або перестрибував
Заняття №4	Розвиток навичок саморегуляції через роботу з тілом	Вправи: - медитація із собакою - знаходження предметів певного кольору разом із собакою - знімання та одягання амуніції на песика



## Продовження таблиці 3.1

Заняття №5	Вдосконалення навичок саморегуляції та заземлення	Вправи: - адаптація техніки «5-4-3-2-1» - рівномірне погладження песика - модифікований варіант МАК (собака обирає та приносить карту)
Заняття №6	Закріплення здатності відчувати позитивні емоції, зниження тривожних та депресивних симптомів	Вправи: - різні варіації гри «Забери м'ячик» - вправи, де собаки шукають заховані предмети - збирання пірамідки з палстикових стаканчиків разом із собаками
Заняття №7	Розвиток комунікативного потенціалу та вмотивованості до спілкування	Вправи: - дресування собак - доручення учасникам піклуватись про песиків протягом дня - прогулянки із собаками в міні-групах по 2-4 людини
Заняття №8	Вдосконалення комунікативних навичок, зменшення симптому уникання	Вправи: - заохочення розмов про собак-терапевтів та (за умови, що досліджувані не проти) тварин, яких ветерани зустрічали під час бойових дій - індивідуальні бесіди з психологом для тих, хто цього потребував із присутністю собаки-терапевта
Заняття №9	Підведення підсумків та рефлексія	Вправи: - метод незакінчених речень - психологічні погладження від учасників песикам, фахівцям та один одному - неформальна бесіда, під час якої комбатанти ділились враженнями від реабілітаційної програми

## Продовження таблиці 3.1

Заняття №10	Завершення курсу та прощання з песиками	Вправи: - завершальне тепле коло - фототерапія з собаками
Вихідний контроль (діагностичний блок)		
Вимірювані показники		Інструментарій
Інтенсивність симптомів ПТСР та його загальний показник		PCL (шкала самооцінки наявності посттравматичного стресового розладу); Міссісіпська шкала ПТСР; Опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова
Наявність тривожної та депресивної симптоматики		Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)
Індивідуальні психофізіологічні та соціально-психологічні характеристики		Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) «Адаптивність-200»

В кінці програми учасники говорили, що це був новий і дуже позитивний досвід для них. Вони зазначали, що працювати із собаками-терапевтами комфортно і немає відчуття ніяковості, як на звичайних сесіях із психологами. Також, досліджувані помітили зменшення тривоги, більше приємних емоцій протягом дня, спокійніший сон. Крім того, їм стало легше розмовляти про травмуючий досвід, з яким вони зіткнулись.

### **3.2 Аналіз та інтерпретація результатів апробації авторської програми «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії»**

Метою цієї частини роботи є перевірка ефективності застосованої реабілітаційної програми та порівняльний аналіз динаміки за симптомами ПТСР і супутніми психологічними труднощами в учасників експериментальної групи, які проходили програму та контрольної, на яких такий вплив не здійснювався. У другому розділі дослідження ми довели, що між цими вибірками немає статистично значущої різниці за аналізованими

показниками, отже їх порівняльний аналіз на етапі формувального експерименту буде об'єктивний.

Для інтерпретації результатів формувального впливу ми обрали наступні методи статистичного аналізу даних:

- $\chi^2$ -критерій Пірсона було застосовано для аналізу розподілу учасників експериментальної та контрольної групи за певними рівнями психологічних показників. Цей метод дозволяє перевірити, чи пов'язані між собою групова належність і рівень прояву досліджуваної ознаки;
- точний критерій Фішера використано як підсилення результатів за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона та забезпечення коректної оцінки статистичної значущості;
- коефіцієнт V Крамера обчислювався з метою визначення сили зв'язку між належністю до групи та рівнем психологічних показників. Використання цього показника дало змогу інтерпретувати не лише факт наявності відмінностей, але й їхню інтенсивність та практичну значущість;
- t-критерій Вельча було застосовано для порівняння середніх значень між незалежними групами завдяки адаптивному розрахунку ступенів свободи;
- коефіцієнт d Коена використовувався для кількісної оцінки величини міжгрупових відмінностей за неперервними показниками. Його застосування дозволяє визначити практичну значущість виявлених ефектів незалежно від розміру вибірки та рівня статистичної значущості.

Динаміку поширеності симптомів посттравматичного стресового розладу за PCL (шкала самооцінки наявності посттравматичного стресового розладу) в експериментальній та контрольній групі до і після здійснення експериментального впливу проаналізовано за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона, спосіб обчислення якого описано в другому розділі дисертаційного дослідження та точний критерій Фішера, розрахунок якого здійснювався наступним чином:

1. Для кожного показника було побудовано таблицю спряженості  $2 \times 2$ , яка мала такий вигляд:

Група	Ознака наявна	Ознака відсутня	Разом
Експериментальна група	a	b	a + b
Контрольна група	c	d	c + d
Разом	a + c	b + d	N

де a, b, c, d – спостережувані частоти, а  $N = a + b + c + d$  – загальна чисельність вибірки.

2. Після цього було обчислено ймовірність отримання конкретного розподілу при фіксованих граничних сумах за такою формулою:

$$P(a) = \frac{\left(\frac{a+b}{a}\right) \left(\frac{c+d}{c}\right)}{\left(\frac{N}{a+c}\right)}$$

3. Наступним кроком було обчислення двостороннього р-значення, яке визначається як сума ймовірностей усіх можливих таблиць з тими самими граничними сумами, для яких:

$$P(a_i) \leq P(a_{obs})$$

Тобто:

$$p = \sum_{i=P(a_i) \leq P(a_{obs})} P(a_i)$$

де:

$a_{obs}$  – спостережуване значення клітинки,

Якщо:

$$p \geq \alpha \ (\alpha = 0,05),$$

то припущення про наявність статистично значущих відмінностей між вибірками відхиляється;

якщо:

$$p < \alpha,$$

то між контрольною та експериментальною групою виявлено статистично вагомі відмінності.

Аналіз даних за кластером В, який охоплює інтрузивні симптоми та флешбеки, показує, що до початку експериментального впливу обидві групи характеризувалися високою інтенсивністю цих проявів. У контрольній групі симптоми були зафіксовані у 86,5% учасників, тоді як в експериментальній у 91,9%, що вказує на початкову схожість і навіть трохи вищу вираженість проблематики в експериментальній групі.

Після завершення експерименту в контрольній групі показник практично не змінився і становив 85,5%, тоді як в експериментальній групі він знизився до 70,0%. Це зумовило виникнення статистично значущих міжгрупових відмінностей, що підтверджується значенням  $\chi^2$ -критерію Пірсона ( $\chi^2 = 3,91$ ;  $p = 0,048$ ) та практично ідентичним рівнем значущості за точним критерієм Фішера ( $p = 0,047$ ). Таким чином, зміни за кластером В можна розглядати як результат цілеспрямованого формувального впливу.

Подібна тенденція спостерігається і за кластером С, який відображає симптоми уникання. На початковому етапі дослідження практично всі учасники обох груп демонстрували наявність цього кластеру симптомів: у контрольній групі – 94,6%, в експериментальній – 100%.

Після завершення експериментального впливу в контрольній групі показник залишився майже незмінним (93,0%), тоді як в експериментальній групі відбулося помітне зниження частки осіб із симптомами уникання до 80,2%. Результати  $\chi^2$ -аналізу ( $\chi^2 = 4,02$ ;  $p = 0,045$ ) та точного критерію Фішера ( $p = 0,041$ ) підтверджують, що за заключним зрізом між групами сформувалася статистично значуща різниця, яка може бути інтерпретована як позитивний ефект експериментального впливу.

Що стосується кластера D, який охоплює негативні зміни когніцій та настрою, то тут також простежується зниження показників в експериментальній групі після завершення програми. Якщо до експерименту симптоми цього кластера були притаманні 89,2% учасників експериментальної групи та 81,1% контрольної, то після – відповідно 68,2% та 79,5%. Попри те, що різниця між заключними показниками не досягла рівня

статистичної значущості за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона ( $\chi^2 = 1,63$ ;  $p = 0,202$ ) та точним критерієм Фішера ( $p = 0,190$ ), відмінності все одно помітні, що може свідчити про певну ефективність експериментального втручання.

Найбільш вагомі зміни зафіксовано за кластером Е, який характеризує симптоми гіперпильності та підвищеного збудження. До проходження реабілітаційної програми експериментальна група демонструвала показник 75,7%, а контрольна 86,5%.

Після завершення експерименту в контрольній групі показник за цим симптомом залишився практично на тому самому рівні (85,0%), тоді як в експериментальній групі він суттєво знизився до 62,1%. Отримане значення за точним критерієм Фішера ( $p = 0,028$ ), а також  $\chi^2 = 4,56$  при  $p = 0,033$  підтверджує наявність статистично значущих відмінностей між двома вибірками за цим кластером, що вказує на ефективність впливу реабілітаційної програми щодо зменшення симптомів гіперпильності та надмірного збудження.

Щодо загального показника ПТСР, на початковому етапі дослідження обидві групи характеризувалися надзвичайно високими значеннями – 94,6% у контрольній групі та 91,9% в експериментальній. Після завершення експерименту в контрольній групі цей показник практично не зазнав змін і становив 93,0%, що свідчить про відсутність суттєвого зниження симптоматики.

Натомість в експериментальній групі кількість учасників із загальними ознаками посттравматичного стресового розладу зменшилася до 70,5%. Статистичний аналіз підтвердив, що ця різниця між групами є статистично значущою ( $\chi^2 = 6,87$ ;  $p = 0,009$ ;  $p$  (Фішера) = 0,006).

Отже, результати порівняння показників експериментальної та контрольної групи за окремими симптомами ПТСР та його сумарним показником свідчать, що після проходження реабілітаційної програми між цими двома вибірками сформувалися статистично значущі відмінності. Відсутність позитивних змін у контрольній та виражене зниження симптомів

у експериментальній групі свідчать про ефективність реабілітаційної програми (табл. 3.2, рис. 3.1).

Таблиця 3.2

**Порівняння частоти прояву симптомів посттравматичного стресового розладу у контрольній та експериментальній групі до і після формувального експерименту за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона та точного критерія Фішера**

Показник	Початк. зріз КГ (%)	Початк. зріз ЕГ (%)	Заключ. зріз КГ (%)	Заключ. зріз ЕГ (%)	$\chi^2$	p ( $\chi^2$ )	p (Фішера)
Кластер В	86,5	91,9	85,5	70	3.91	0,048	0,047
Кластер С	94,6	100	93	80,2	4.02	0,045	0,041
Кластер D	81,1	89,2	79,5	68,2	1.63	0,202	0,190
Кластер Е	86,5	75,7	85	62,1	4.56	0,033	0,028
ПТСР (сукупно)	94,6	91,9	93	70,5	6.87	0,009	0,006

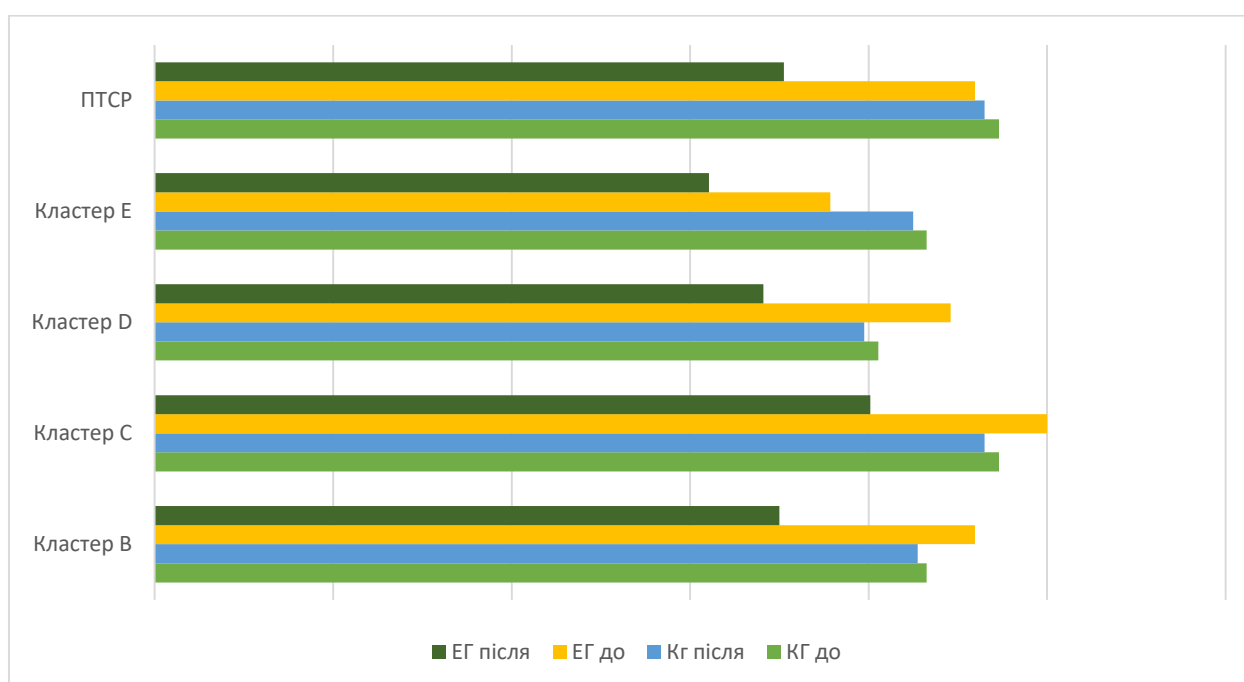


Рис. 3.1. Порівняльний розподіл вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу за кластерами в контрольній і експериментальній групі до та після формувального експерименту

Аналіз динаміки рівнів посттравматичного стресового розладу за Міссісіпською шкалою в експериментальній та контрольній групі на початковому і заключному етапі дослідження дозволяє наочно простежити характер змін, які відбулися після реалізації експериментального впливу (табл. 3.3, рис. 3.2). Для статистичного аналізу було використано  $\chi^2$ -критерій Пірсона, який дозволяє зробити виновок про наявність чи відсутність вагомих відмінностей між вибірками. Також, з метою оцінки сили зв'язку між належністю учасників до експериментальної або контрольної групи та рівнем прояву досліджуваної ознаки після встановлення статистично значущих відмінностей, було застосовано коефіцієнт V Крамера, значення якого обчислювалось за такою формулою:

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{N \times (k - 1)}}$$

де:

$\chi^2$  – емпіричне значення  $\chi^2$ -критерію Пірсона;

N – загальна чисельність вибірки;

k – менша з кількостей рядків або стовпців таблиці спряженості.

Коефіцієнт V Крамера набуває значень у межах:

$$0 \leq V \leq 1$$

Інтерпретація значень коефіцієнта V Крамера здійснювалася з урахуванням розміру таблиці спряженості та загальноприйнятих орієнтовних меж:

$V \approx 0,10$  – слабка сила зв'язку;

$V \approx 0,30$  – середня сила зв'язку;

$V \geq 0,50$  – виражена (велика) сила зв'язку.



На стадії констатувального експерименту розподіл учасників за рівнями посттравматичного стресового розладу в обох вибірках був загалом подібним. В обох групах домінували виражений і тяжкий рівень розладу, тоді як частка осіб із помірним рівнем ПТСР була відносно невеликою.

Після завершення реабілітаційної програми в експериментальній групі зафіксовано виразні якісні зміни у структурі рівнів посттравматичного стресового розладу (табл. 3.3, рис. 3.2). Найбільш показовим є суттєве зростання кількості респондентів з помірним рівнем (21 особа). Якщо до початку дослідження таких учасників було лише незначна частина (6 осіб), то на заключному зрізі саме помірний рівень став домінуючим.

Паралельно з цим спостерігається різке скорочення кількості досліджуваних із тяжким рівнем ПТСР (із 10 осіб до 3), що вказує на зменшення глибини та інтенсивності симптоматики. Також зменшилася частка осіб із вираженим рівнем розладу (із 21 людини до 13), що додатково підтверджує позитивний напрям змін.

На відміну від цього, у контрольній групі структура рівнів посттравматичного стресового розладу після завершення експериментального впливу залишилася практично незмінною. Кількість учасників із помірним, вираженим і тяжким рівнем не зазнала істотних зрушень порівняно з початковими показниками. Тяжкий та виражений рівні, як і раніше, займають найбільш чисельні позиції (20 та 8 осіб), що свідчить про відсутність покращення стану учасників, які не відвідували заняття із участю собак-терапевтів.

Порівняння заключних зрізів обох вибірок демонструє не лише якісні, але й кількісно підтверджені відмінності. Застосування  $\chi^2$ -критерію Пірсона до заключних показників показало, що виявлені розбіжності у розподілі учасників за рівнями ПТСР є статистично значущими. Отримане значення  $\chi^2$  (8,56) перевищує критичний поріг для відповідної кількості ступенів свободи, а рівень значущості  $p$  (0,014) є нижчим загальноприйнятого

критерію 0,05. Отже, ймовірність випадкового характеру відмінностей є мінімальною.

Виявлена статистично вагома різниця свідчить про реальний вплив реабілітаційної програми на зниження тяжкості проявів посттравматичного стресового розладу в експериментальній групі. У поєднанні з відсутністю аналогічних змін у контрольній групі це дозволяє обґрунтовано стверджувати, що зафіксовані позитивні зрушення не є випадковими, а зумовлені саме цілеспрямованим реабілітаційним впливом.

Для уточнення практичної значущості виявлених відмінностей було розраховано коефіцієнт  $V$  Крамера, який становив 0,34 при загальній чисельності вибірки  $N = 74$ . Отримане значення відповідає середній силі ефекту, що вказує на помірний, але стабільний зв'язок між належністю учасників до експериментальної або контрольної групи та рівнем вираженості посттравматичного стресового розладу на заключному зрізі.

Поєднання статистичної значущості результатів ( $p < 0,05$ ) із середньою силою ефекту свідчить про те, що виявлені міжгрупові розбіжності мають не лише формально-статистичний, а й практично важливий характер. Це означає, що зміни у структурі рівнів ПТСР в експериментальній групі не є випадковими та можуть бути обґрунтовано пов'язані з проходженням реабілітаційної програми із застосуванням каністерапії.

Таблиця 3.3

**Порівняльний аналіз розподілу рівнів посттравматичного стресового розладу у контрольній та експериментальній групі до і після формувального експерименту за допомогою критерію Пірсона та оцінки сили ефекту  $V$  Крамера**

Рівень ПТСР	Початк. зріз ЕГ (n)	Початк. зріз КГ (n)	Заключ. зріз ЕГ (n)	Заключ. зріз КГ (n)	Е (ЕГ)	Е (КГ)	$\chi^2$ (ЕГ)	$\chi^2$ (КГ)
Помірний	6	8	21	9	15,0	15,0	2,40	2,40
Виражений	21	21	13	20	16,5	16,5	0,74	0,74
Тяжкий	10	8	3	8	5,5	5,5	1,14	1,14

Підсумок	Показник	$\chi^2$	df	p	N	V Крамера	Інтерпретація
	Рівні ПТСР (заключний зріз)	8,56	2	0,014	74	0,34	середня сила ефекту

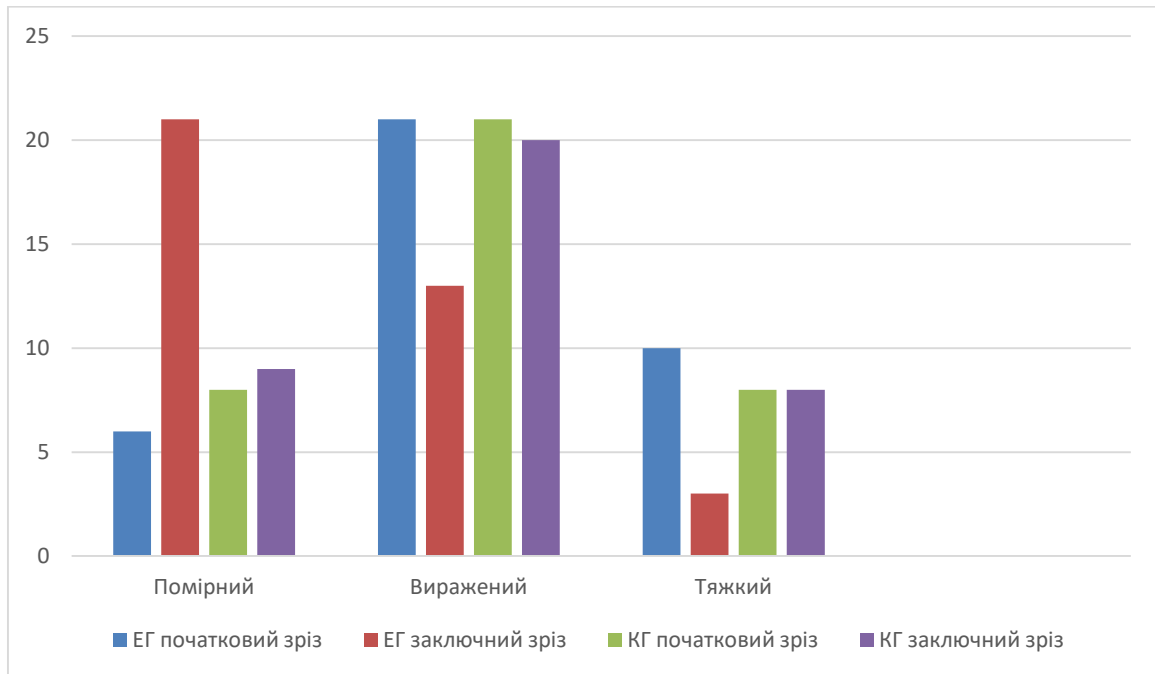


Рис. 3.2. Порівняльна гістограма рівнів тяжкості ПТСР в експериментальній та контрольній групі до та після формувального експерименту

Також було проведено порівняльний аналіз статистичних даних щодо рівня посттравматичного стресового розладу та його симптомів у експериментальній та контрольній групі за Опитувальником травматичного стресу І. О. Котеньова (табл. 3.4). Для кожного показника подано середні арифметичні значення та стандартні відхилення, що дозволяє оцінити як центральну тенденцію, так і варіативність результатів у вибірках. Висновок про наявність статистично значущих змін було зроблено за допомогою t-критерію Вельча, методика розрахунку якого представлена в другому розділі дисертаційної роботи. Щоб визначити практичну цінність формувального впливу та оцінити кількісну величину відмінностей між експериментальною та контрольною групою ми застосували коефіцієнт  $d$  Коена, який було обчислено за таким алгоритмом:

1. Оскільки порівнювалися дві незалежні групи, було розраховано величину стандартного відхилення за такою формулою:

$$SD_{pooled} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1) \times SD_1^2 + (n_2 - 1) \times SD_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

2. Після визначення  $SD_{pooled}$  обчислюємо коефіцієнт  $d$  Коена, застосовуючи наступну формулу:

$$d = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{SD_{pooled}}$$

Коефіцієнт  $d$  Коена може набувати як додатних, так і від'ємних значень:

$$-\infty < d < +\infty$$

Оцінка сили ефекту здійснювалася відповідно до загальноприйнятих орієнтовних критеріїв:

$d \approx 0,20$  – малий ефект;

$d \approx 0,50$  – середній ефект;

$d \geq 0,80$  – великий ефект.

За результатами заключного зрізу в експериментальній групі виявляється чітка тенденція до зниження вираженості симптомів ПТСР за всіма досліджуваними кластерами (табл. 3.4). Зокрема, на початковому етапі дослідження середні показники за кластером В (інтрузії) в експериментальній ( $M = 31,49$ ;  $SD = 9,96$ ) та контрольній групі ( $M = 32,27$ ;  $SD = 9,61$ ) є близькими за значенням. А на стадії заключного зрізу в експериментальній групі спостерігається зменшення середнього показника інтрузій до  $M = 26,84$  ( $SD = 7,72$ ), що вказує на ослаблення інтенсивності повторюваних травматичних переживань та зменшення їхнього впливу на психоемоційний стан досліджуваних.

Натомість у контрольній групі середнє значення залишається незмінним ( $M = 32,27$ ;  $SD = 10,12$ ), що свідчить про відносну стабільність симптоматики за відсутності цілеспрямованого впливу. Порівняння заключних зрізів за допомогою  $t$ -критерію Велча підтверджує наявність статистично значущої різниці між групами ( $t = -2,60$ ;  $df = 67,30$ ;  $p = 0,012$ ), коефіцієнт Коуена

дорівнював  $-0,60$ , що свідчить про середню силу ефекту. Це означає, що після проведення формувального експерименту учасники експериментальної групи демонстрували помітне зниження проявів інтрузій порівняно з контрольною групою, що відображає ефективність проведеного втручання у цьому конкретному аспекті ПТСР.

Подібна динаміка простежується і щодо кластеру С (уникання). На початковому зрізі показники уникання в експериментальній ( $M = 37,57$ ;  $SD = 11,58$ ) та контрольній групі ( $M = 37,00$ ;  $SD = 11,44$ ) практично не відрізняються. Після завершення формувального експерименту в експериментальній групі відзначається суттєве зниження середнього показника уникання до  $M = 30,97$  ( $SD = 9,45$ ), що може свідчити про зменшення схильності досліджуваних уникати нагадувань про травматичну подію, пов'язаних з нею ситуацій, думок та емоцій.

У контрольній групі показники уникання залишаються практично на рівні початкового зрізу ( $M = 36,57$ ;  $SD = 10,94$ ), що вказує на відсутність спонтанних позитивних змін у цій сфері. Результати статистичного аналізу заключних зрізів виявили статистично значущу різницю між групами ( $t = -2,26$ ;  $df = 66,91$ ;  $p = 0,028$ ). Значення коефіцієнта Коуена, яке дорівнює  $-0,55$ , вказує на середню силу ефекту, що підтверджує наявність помірного, але достовірного зниження схильності до уникання в учасників експериментальної групи порівняно з контрольною.

Особливо виражені зміни зафіксовано за кластером D (негативні зміни когніцій і настрою). Початкові середні значення цього кластера є дещо вищими в експериментальній групі ( $M = 40,24$ ;  $SD = 9,87$ ) порівняно з контрольною ( $M = 36,50$ ;  $SD = 8,56$ ), що свідчить про вираженіші негативні когнітивні та емоційні прояви на старті експерименту. У експериментальній групі після курсу каністерапії середні показники цього кластера істотно знижуються ( $M = 27,27$ ;  $SD = 6,10$ ), що свідчить про послаблення негативних переконань щодо себе, інших та світу, зменшення емоційної відстороненості, почуття безнадійності та стійкого негативного емоційного фону.

У контрольній групі, навпаки, значущих змін не виявлено, а середні значення залишаються близькими до початкових ( $M = 36,25$ ;  $SD = 8,93$ ). Отримана різниця між групами є статистично значущою ( $t = -5,00$ ;  $df = 61,63$ ;  $p = 0,0000050$ ). Коефіцієнт Коуена дорівнює  $-1,17$ , що свідчить про великий ефект та демонструє, що проведене втручання сприяло суттєвому зменшенню негативних змін когніцій і настрою у експериментальній групі порівняно з контрольною групою, і цей результат є особливо важливим з точки зору клінічного значення.

Аналіз показників кластеру F (гіперпильність) також демонструє позитивну динаміку виключно в експериментальній групі. На початковому етапі середні показники надмірного збудження в експериментальній ( $M = 17,51$ ;  $SD = 6,49$ ) та контрольній групі ( $M = 17,11$ ;  $SD = 6,83$ ) є практично ідентичними. Після завершення реабілітації із застосуванням каністерапії в експериментальній групі спостерігається зменшення середніх значень по цій симптоматиці ( $M = 12,65$ ;  $SD = 4,18$ ), що відображає зниження рівня внутрішньої напруги, надмірної настороженості, підвищеної реактивності та соматичних проявів тривоги.

У контрольній групі рівень гіперпильності залишається відносно стабільним ( $M = 16,92$ ;  $SD = 6,60$ ), що свідчить про збереження симптоматики на попередньому рівні. Результати за t-критерієм Вельча підтверджують статистично значущу різницю між групами ( $t = -3,32$ ;  $df = 60,85$ ;  $p = 0,002$ ), а  $d = -0,77$  вказує на середню силу ефекту, що говорить про зменшення симптомів підвищеної тривожності, напруженості та реактивності у респондентів експериментальної групи.

Аналіз інтегрального показника ПТСР підтверджує загальну тенденцію, виявлену при розгляді окремих кластерів. На початковому зрізі середні значення в експериментальній ( $M = 73,70$ ;  $SD = 9,09$ ) та контрольній групах ( $M = 72,16$ ;  $SD = 9,58$ ) є співставними.

У експериментальній групі після завершення формувального експерименту спостерігається суттєве зниження сумарного показника

посттравматичного стресового розладу ( $M = 59,76$ ;  $SD = 6,77$ ), тоді як у контрольній групі він залишається практично незмінним ( $M = 71,81$ ;  $SD = 9,72$ ). Різниця між групами за результатами заключного зрізу є статистично значущою ( $t = -6,19$ ;  $df = 64,26$ ;  $p < 0,001$ ) і характеризується великою силою ефекту ( $d = -1,44$ ), що демонструє системний характер змін та узгодженість динаміки окремих симптоматичних кластерів із загальним зниженням вираженості посттравматичної симптоматики.

Отже, представлені результати свідчать про те, що експериментальний вплив сприяв істотному зниженню інтенсивності симптомів ПТСР в експериментальній групі як на рівні окремих кластерів, так і на рівні інтегрального показника розладу. Відсутність подібної динаміки в контрольній групі дозволяє зробити висновок про те, що зафіксовані зрушення не є наслідком спонтанної зміни психічного стану респондентів експериментальної групи, а зумовлені саме цілеспрямованими реабілітаційними інтервенціями.

Таблиця 3.4

**Порівняння сумарного балу посттравматичного стресового розладу та його симптоматики у досліджуваних групах до та після формувального експерименту за t-критерієм Вельча та коефіцієнтом Коуена**

Показник (кластер)		Група	Початк. зріз, M	Початк. зріз, SD	Заключ. зріз, M	Заключ. зріз, SD
Кластер В (інтрузії)		ЕГ	31,49	9,96	26,84	7,72
		КГ	32,27	9,61	32,27	10,12
Підсумок	t (Welch)	df	p	Cohen's d	Інтерпретація ефекту	
	-2,60	67,30	0,012	-0,60	середній ефект	
Показник (кластер)		Група	Початк. зріз, M	Початк. зріз, SD	Заключ. зріз, M	Заключ. зріз, SD

Кластер С (уникання)	ЕГ	37,57	11,58	30,97	9,45
	КГ	37	11,44	36,57	10,94

Продовження таблиці 3.4

Підсумок	t (Welch)	df	p	Cohen's d	Інтерпретація ефекту	
	-2,26	66,91	0,028	-0,55	середній ефект	
Показник (кластер)		Група	Початк. зріз, М	Початк. зріз, SD	Заключ. зріз, М	Заключ. зріз, SD
Кластер D (негативні зміни когніцій і настрою)		ЕГ	40,24	9,87	27,27	6,10
		КГ	36,50	8,56	36,25	8,93
Підсумок	t (Welch)	df	p	Cohen's d	Інтерпретація ефекту	
	-5	61,63	0,0000050	-1,17	великий ефект	
Показник (кластер)		Група	Початк. зріз, М	Початк. зріз, SD	Заключ. зріз, М	Заключ. зріз, SD
Кластер F (гіперпильність)		ЕГ	17,51	6,49	12,65	4,18
		КГ	17,11	6,83	16,92	6,60
Підсумок	t (Welch)	df	p	Cohen's d	Інтерпретація ефекту	
	-3,32	60,85	0,002	-0,77	середній ефект	
Показник (кластер)		Група	Початк. зріз, М	Початк. зріз, SD	Заключ. зріз, М	Заключ. зріз, SD
ПТСР		ЕГ	73,70	9,09	59,76	6,77
		КГ	72,16	9,58	71,81	9,72
Підсумок	t (Welch)	df	p	Cohen's d	Інтерпретація ефекту	
	-6,19	64,26	0,000000047	-1,44	великий ефект	

Для візуальної презентації результатів, побудовано гістограму, на якій зображені порівняльні середні значення показників посттравматичного стресового розладу та його окремих кластерів (В – інтрузії, С – уникання, D –



негативні зміни когніцій і настрою, F – гіперпильність) у експериментальній та контрольній групі за результатами заключного зрізу (рис. 3.3).

Стовпчики діаграми відображають середні арифметичні значення ( $M$ ) у вибірках. Для кожного кластера наведено два стовпчики: один відповідає експериментальній групі, інший – контрольній. Вертикальні лінії похибки позначають стандартне відхилення ( $SD$ ), що відображає варіативність показників усередині груп.

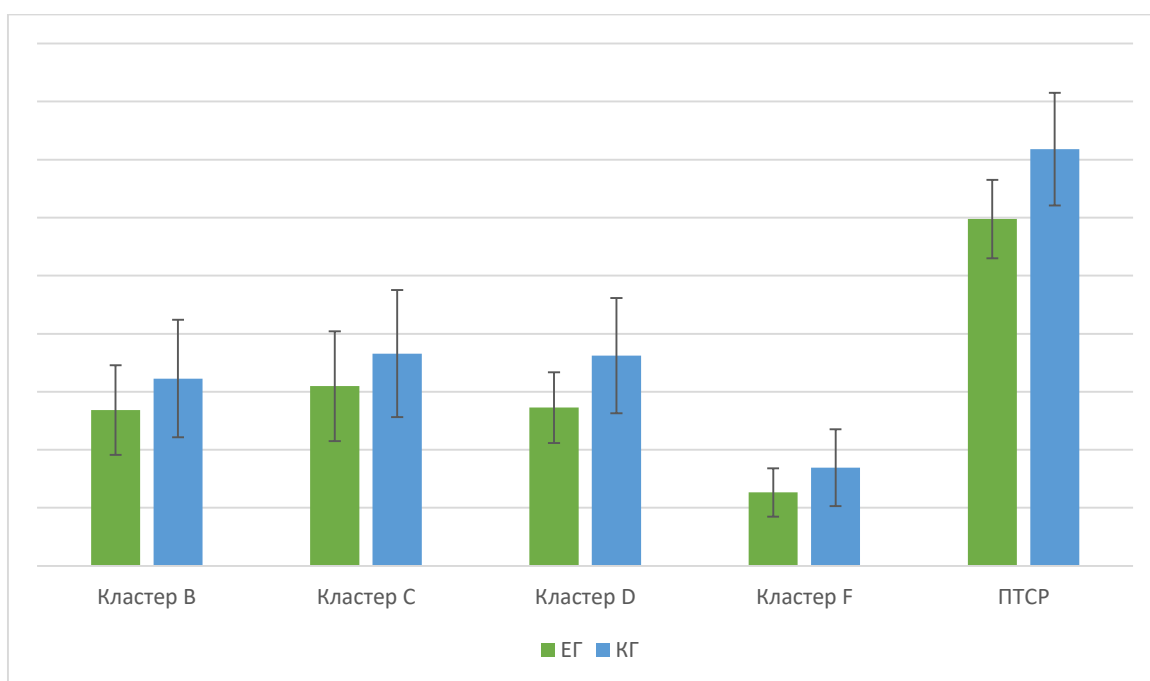


Рис. 3.3. Середні значення показників ПТСР та його окремих кластерів в експериментальній та контрольній групі за результатами заключного зрізу ( $M \pm SD$ )

З метою визначення впливу реабілітаційної програми із застосуванням каністерапії та загальний психічний стан учасників, було проведено повторне тетування за методикою «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)» (табл. 3.5, рис. 3.4). На початковому зрізі в експериментальній групі переважали учасники з клінічно вираженим рівнем тривоги (25 осіб), тоді як

кількість досліджуваних без симптомів тривоги була мінімальною (4 особи), а з субклінічно вираженою тривогою – помірною (8 осіб).

Аналогічна структура розподілу спостерігалася й у контрольній групі, де найбільшу частку також становили учасники з клінічно вираженою тривогою (21 особа), при незначній кількості осіб без симптомів (6 осіб) та з субклінічним рівнем тривоги (10 осіб). Це свідчить про початкову порівнюваність експериментальної та контрольної групи за рівнем тривожності.

Після проведення експериментального впливу в експериментальній групі зафіксовано позитивні зміни в розподілі рівнів тривожності. Зокрема, кількість учасників без симптомів тривоги зросла з 4 до 14 осіб, а із субклінічно вираженою тривогою – з 8 до 18 осіб. Водночас, кількість учасників з клінічно вираженим рівнем тривоги різко зменшилася з 25 до 5 респондентів. Така динаміка свідчить про суттєве зниження інтенсивності тривожних проявів у досліджуваних експериментальної групи.

Тоді як, у контрольній групі після завершення формувального експерименту істотних змін у розподілі рівнів тривожності не виявлено. Кількість учасників без симптомів тривоги зросла лише з 6 до 7 осіб, а із субклінічним рівнем навіть дещо зменшилася (з 10 до 9 осіб). Кількість досліджуваних з клінічно вираженою тривогою залишилася незмінною (21 особа). Це вказує на відсутність спонтанних позитивних змін у контрольній групі.

Статистичний аналіз за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона підтвердив наявність статистично значущих відмінностей між вибірками за розподілом рівнів тривожності на заключному етапі дослідження ( $\chi^2 = 15,18$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,0005$ ). Отримане значення критерію вказує на те, що зафіксовані зміни в експериментальній групі не є випадковими та зумовлені впливом експериментальної програми.

Додатковий розрахунок величини ефекту за коефіцієнтом V Крамера показав значення 0,45, що відповідає середньо-великій силі ефекту.

Це означає, що виявлені відмінності мають не лише статистичну, а й практичну значущість, а формувальний вплив справив помітний ефект на зниження рівня тривоги в експериментальній групі.

Аналогічний аналіз було проведено щодо рівнів депресії респондентів обох груп. На початковому етапі дослідження в експериментальній групі домінували учасники з клінічно вираженим рівнем депресії (22 особи), тоді як кількість осіб без депресивних симптомів була незначною (5 осіб), а з субклінічними проявами – помірною (10 осіб).

У контрольній групі спостерігалася така ж ситуація, де більшість респондентів мали клінічно виражену депресію (21 особа), при відносно невеликій кількості осіб без таких симптомів (7 осіб) та з субклінічним рівнем депресії (9 осіб). Це також підтверджує початкову однорідність груп за досліджуваним показником.

Після проходження реабілітаційної програми в експериментальній групі відбулися помітні позитивні зрушення. Кількість учасників без симптомів депресії зросла з 5 до 15 осіб, а кількість осіб із субклінічно вираженою депресією з 10 до 14 осіб. Крім того, кількість досліджуваних із клінічно вираженим рівнем депресії зменшилася більш, ніж удвічі (з 22 до 9 осіб).

У контрольній групі суттєвих змін у розподілі рівнів депресії зафіксовано не було. Кількість респондентів без симптомів депресії залишилася незмінною (7 осіб), як і кількість учасників із субклінічним рівнем (9 осіб). Чисельність досліджуваних із клінічно вираженою депресією теж залишилася на тому ж рівні (21 особа). Це підтверджує стабільність показників у контрольній групі за відсутності цілеспрямованого експериментального впливу.

Результати за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона доводять наявність статистично значущої різниці між експериментальною та контрольною групою за рівнями депресії після формувального експерименту ( $\chi^2 = 8,78$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,012$ ). Отже, позитивні зміни, зафіксовані в експериментальній групі, мають

статистично підтверджений характер і зумовлені саме проходженням реабілітаційної програми із залученням собак-терапевтів.

Розрахунок коефіцієнта V Крамера показав величину ефекту 0,34, що відповідає середній силі зв'язку. Це означає, що вплив експериментальної програми на зниження депресивної симптоматики є стійким і змістовно значущим.

Таблиця 3.5

**Показники депресії та тривоги і їх внесок у  $\chi^2$ -критерій Пірсона в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту та коефіцієнта V Крамера**

Рівень тривоги		Група	Початк. зріз, О		Початк. зріз, Е		Заключ. зріз, О		Заключ. зріз, Е		Внесок у $\chi^2$
Симптоми відсутні		ЕГ	4		5,0		14		10,5		1,17
		КГ	6		5,0		7		10,5		1,17
Субклінічно виражена тривога		ЕГ	8		9,0		18		13,5		1,5
		КГ	10		9,0		9		13,5		1,5
Клінічно виражена тривога		ЕГ	25		23,0		5		13,0		4,92
		КГ	21		23,0		21		13,0		4,92
Підсумок	Показник	$\chi^2$	df	p	N	V Крамера		Інтерпретація			
	Рівень тривоги (заключний зріз)	15,18	2	0,0005	74	0,45		середньо-велика сила ефекту			
Рівень депресії		Група	Початк. зріз, О		Початк. зріз, Е		Заключ. зріз, О		Заключ. зріз, Е		Внесок у $\chi^2$
Симптоми відсутні		ЕГ	5		6,0		15		11,0		1,45
		КГ	7		6,0		7		11,0		1,45
Субклінічно виражена депресія		ЕГ	10		9,5		14		11,5		0,54
		КГ	9		9,5		9		11,5		0,54

Продовження таблиці 3.5

Клінічно виражена депресія	ЕГ	22	21,5	9	15,0	2,4	
	КГ	21	21,,5	21	15,0	2,4	
Підсумок	Показник	x²	df	p	N	V Крамера	Інтерпретація
	Рівень депресії (закл. зріз)	8,78	2	0,012	74	0,34	середня сила ефекту

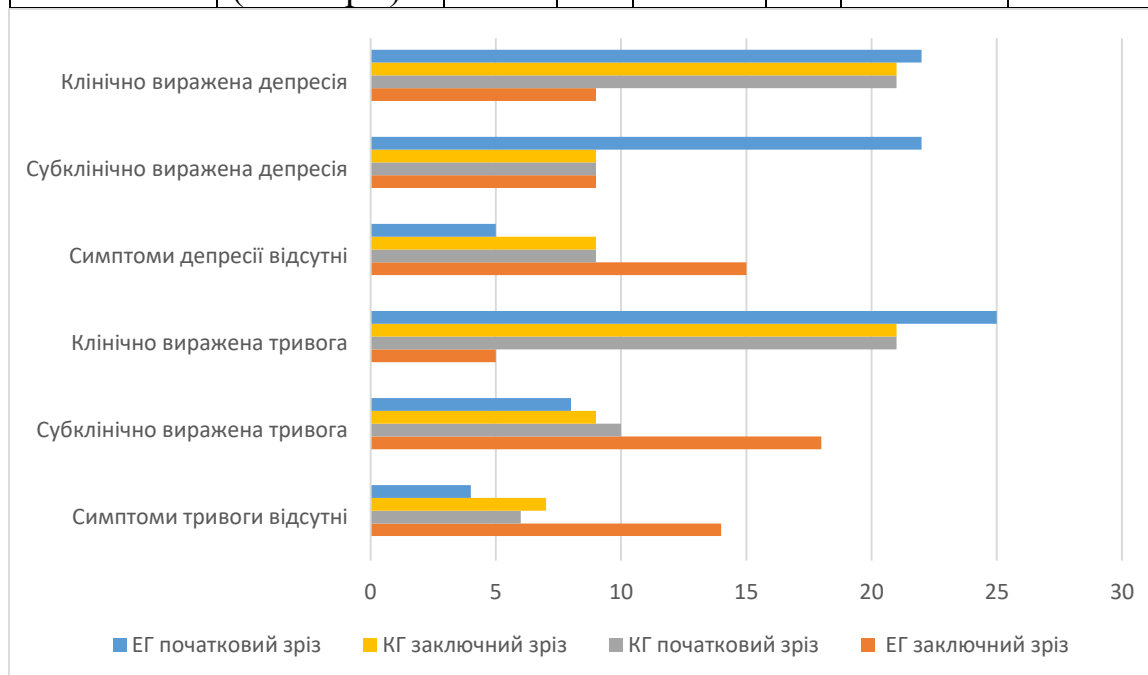


Рис. 3.4. Порівняння рівнів тривожності та депресії в експериментальній і контрольній групі до та після формування експерименту

В контексті нашого дослідження було важливо зрозуміти, як каністерапія впливає не лише на безпосередні симптоми ПТСР, а й на властивості характеру, які впливають на особливості його перебігу. Тому за методикою «Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) «Адаптивність-200»» теж було проведено повторний зріз (табл. 3.6, рис. 3.5).

До формування експерименту як в експериментальній, так і в контрольній групі переважали учасники з низьким рівнем стійкості до бойового стресу. В експериментальній групі до цієї категорії належали 24 особи, тоді як у контрольній групі – 28 осіб, що свідчить про загалом низький рівень сформованості стресостійкості в обох групах до початку

формувального експерименту. Кількість учасників із задовільним та достатнім рівнем стійкості до бойового стресу була відносно невеликою (в експериментальній групі 7 та 6 осіб, у контрольній – 5 та 4 особи).

Після участі в реабілітаційній програмі на заключному зрізі в експериментальній групі було зафіксовано позитивні зміни в розподілі рівнів стійкості до бойового стресу. Зокрема, кількість учасників з низьким рівнем стійкості зменшилась більш ніж удвічі (з 24 до 11 осіб). Крім того, спостерігається суттєве зростання кількості індивідів із задовільним рівнем стійкості (з 7 до 10 осіб) та особливо з достатнім рівнем стійкості (з 6 до 16 осіб). Таким чином, у структурі експериментальної групи відбувся чіткий перерозподіл у бік більш високих рівнів стійкості до бойового стресу, що свідчить про позитивний вплив занять із собаками-терапевтами.

На відміну від експериментальної групи, у контрольній групі на заключному зрізі суттєвих змін не виявлено. Кількість учасників з низьким рівнем стійкості до бойового стресу залишилась практично незмінною (28 осіб на початковому зрізі та 26 осіб на заключному), а незначні коливання в кількості осіб із задовільним і достатнім рівнями стійкості не мають системного характеру.

За результатами  $\chi^2$ -критерію Пірсона встановлено статистично значущі відмінності між експериментальною та контрольною групою за рівнем стійкості до бойового стресу після формувального експерименту ( $\chi^2 = 12,28$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,002$ ). Найбільший внесок у значення  $\chi^2$  зробили зміни, пов'язані зі зменшенням частки осіб з низьким рівнем та зростанням частки осіб з достатнім рівнем стійкості в експериментальній групі. Розрахунок коефіцієнта V Крамера ( $V = 0,41$ ) вказує на ефект середньо-великої сили, що означає суттєвий зв'язок між належністю учасників до експериментальної або контрольної групи та рівнем їхньої стійкості до бойового стресу внаслідок експериментального впливу.

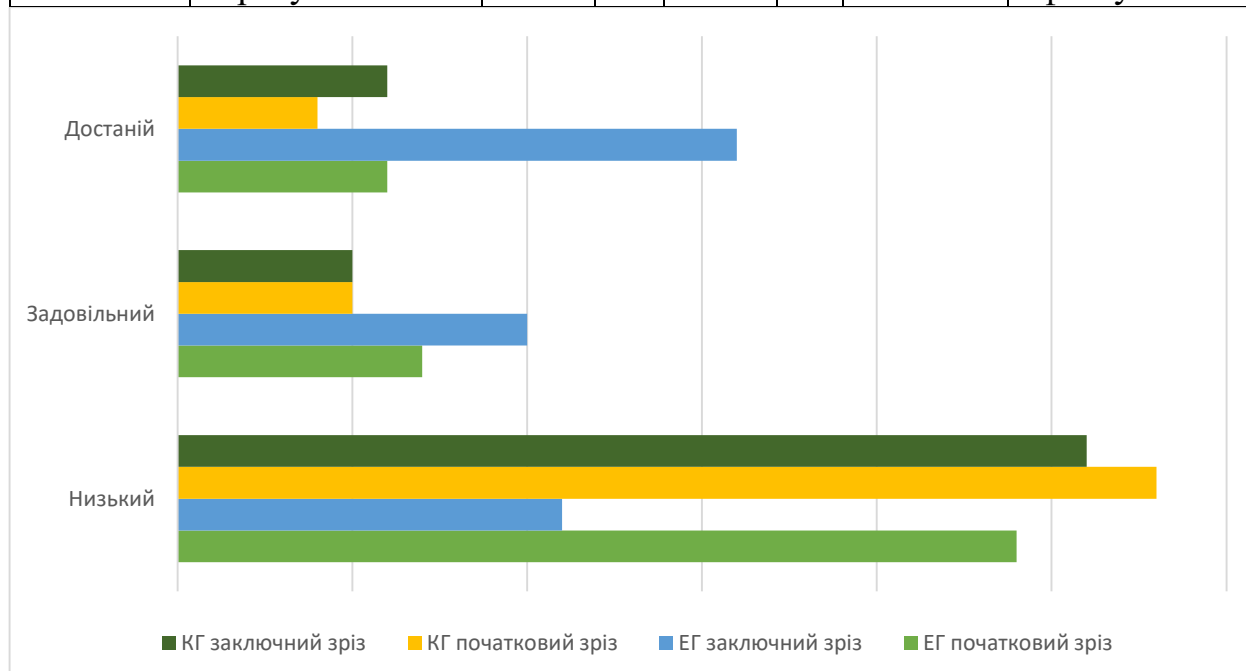
Таким чином, отримані результати демонструють ефективність реабілітаційної програми в питанні підвищення стійкості до бойового стресу.

Виявлені позитивні зрушення чітко пов'язані з експериментальним впливом, що підтверджується відсутністю аналогічних змін у контрольній групі.

Таблиця 3.6

**Порівняння стійкості до бойового стресу в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона та коефіцієнта V Крамера**

Рівень	Група	Початк. зріз, О	Початк. зріз, Е	Заключ. зріз, О	Заключ. зріз, Е	Внесок у $\chi^2$
Низький	ЕГ	24	26,0	11	18,5	3,04
	КГ	28	26,0	26	18,5	3,04
Задовільний	ЕГ	7	6,0	10	7,5	0,83
	КГ	5	6,0	5	7,5	0,83
Достатній	ЕГ	6	5,0	16	11,0	2,27
	КГ	4	5,0	6	11,0	2,27
Підсумок	Показник	$\chi^2$	df	p	N	V Крамера
	Рівень стійкості до бойового стресу	12,28	2	0,002	74	0,41
		Інтерпретація				
		середньо-велика сила ефекту				



**Рис. 3.5. Порівняльний розподіл рівнів стійкості до бойового стресу в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту**

З метою оцінки впливу формувального експерименту на рівень нервово-психічної стійкості та поведінкової регуляції учасників було проведено порівняльний аналіз розподілу досліджуваних експериментальної та контрольної груп за відповідними рівнями на початковому та заключному етапах дослідження (табл. 3.7, рис. 3.6). Аналіз початкового зрізу показав, що як в експериментальній, так і в контрольній групі домінували учасники з проявами нервово-психічної нестійкості різного ступеня вираженості.

Найбільш чисельною категорією в обох групах були респонденти з окремими ознаками нервово-психічної нестійкості: в експериментальній групі їх було 16, а у контрольній 19 осіб. Крім того, у структурі обох груп були учасники з вираженими та навіть вкрай високими ознаками нервово-психічної нестійкості, що свідчить про наявність суттєвих труднощів у сфері нервово-психічної регуляції до початку експериментального впливу. Кількість осіб із достатнім рівнем нервово-психічної стійкості на початковому етапі була відносно невеликою: в експериментальній групі лише 4 особи, у контрольній – 6 осіб. Це підтверджує загальну несприятливу структуру психічної стійкості учасників обох груп до проходження реабілітаційної програми.

На заключному зрізі в експериментальній групі помічено зростання кількості учасників із достатнім рівнем нервово-психічної стійкості (з 4 до 16 осіб), що свідчить про вагоме підвищення загального рівня психічної саморегуляції та адаптаційних можливостей. Також, в експериментальній групі відбулося зменшення кількості осіб з ознаками нервово-психічної нестійкості. Зокрема, кількість учасників з окремими ознаками нервово-психічної нестійкості зменшилася з 16 до 2 осіб. Також знизилася чисельність респондентів з вкрай високим рівнем нервово-психічної нестійкості (з 5 до 1 особи.) Кількість осіб з вираженими ознаками нервово-психічної нестійкості залишилася незначною та стабільною, що вказує на загальну тенденцію до нормалізації психічного стану в експериментальній групі.



У контрольній групі на заключному етапі дослідження суттєвих позитивних зрушень не виявлено. Кількість учасників з достатнім рівнем нервово-психічної стійкості зросла лише з 6 до 7 осіб, тоді як чисельність осіб з окремими її ознаками майже не змінилась (19 осіб на початковому зрізі та 18 на заключному).

Статистичний аналіз підтвердив значущість виявлених відмінностей. За результатами  $\chi^2$ -критерію Пірсона відзначено вагомі відмінності за рівнями нервово-психічної стійкості між вибірками на етапі заключного зрізу ( $\chi^2 = 18,04$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,0012$ ). Найбільший внесок у загальне значення  $\chi^2$  зробили зміни, пов'язані зі зменшенням частки учасників з окремими ознаками нервово-психічної нестійкості та зі зростанням кількості осіб з достатнім рівнем нервово-психічної стійкості в експериментальній групі.

Розрахований коефіцієнт V Крамера ( $V = 0,49$ ) підтверджує не лише статистичну значущість виявлених відмінностей, але й їхню високу практичну вагомість. Це вказує на взаємозв'язок між участю в експериментальній програмі та рівнем нервово-психічної стійкості та дозволяє інтерпретувати отримані результати як наслідок цілеспрямованого психологічного впливу.

Таблиця 3.7

**Статистичний аналіз рівня нервово-психічної стійкості в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона та коефіцієнтом V Крамера**

Рівень	Група	Початк. зріз, О	Початк. зріз, Е	Заключ. зріз, О	Заключ. зріз, Е	Внесок у $\chi^2$
Достатній рівень нервово- психічної стійкості	ЕГ	4	5,0	16	11,5	1,76
	КГ	6	5,0	7	11,5	1,76
Дещо понижений рівень нервово- психічної стійкості	ЕГ	10	9,5	16	13,0	0,69
	КГ	9	9,5	10	13,0	0,69

Продовження таблиці 3.7

Окремі ознаки нервово-психічної нестійкості		ЕГ	16	17,5	2	10,0	6,4
		КГ	19	17,5	18	10,0	6,4
Виражені ознаки нервово-психічної нестійкості		ЕГ	2	1,5	2	1,5	0,17
		КГ	1	1,5	1	1,5	0,17
Вкрай високий рівень нервово-психічної нестійкості		ЕГ	5	3	1	1	0
		КГ	2	3	1	1	0
Підсумок	Показник	$\chi^2$	df	p	N	V Крамера	Інтерпретація
	Рівень нервово-психічної стійкості	18,04	4	0,0012	74	0,49	велика сила ефекту

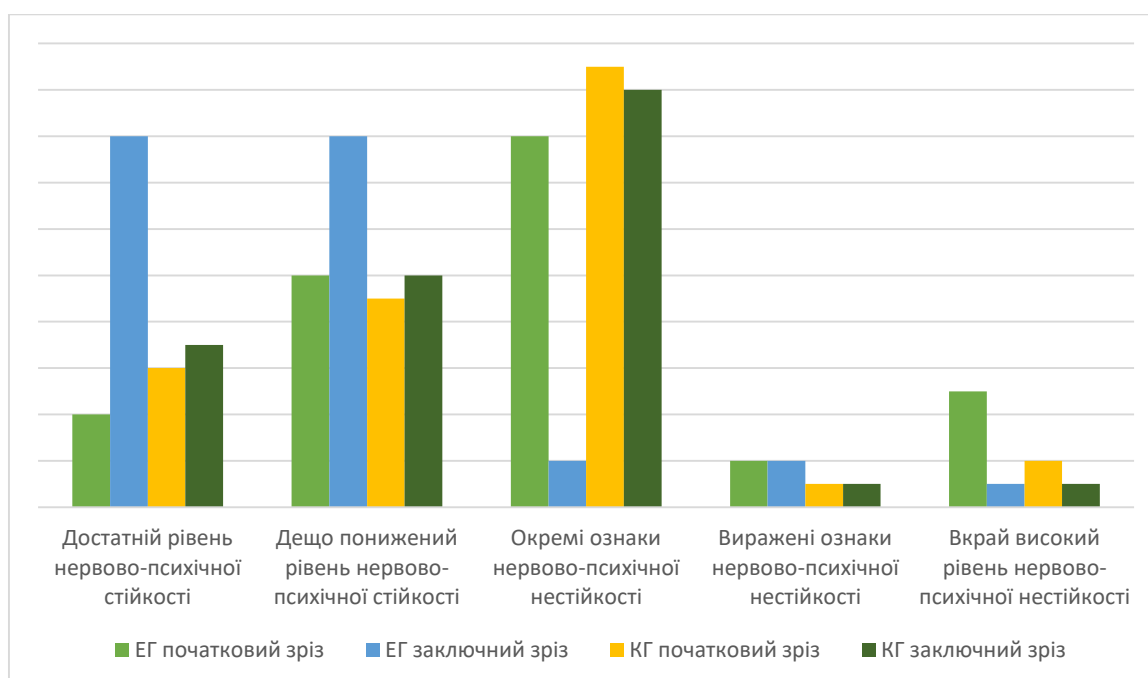


Рис. 3.6. Порівняльний розподіл рівнів поведінкової регуляції та нервово-психічної стійкості в експериментальній і контрольній групі до та після формувального експерименту

За шкалою комунікативного потенціалу на початковому зрізі розподіли рівнів відповідних здібностей у двох групах були достатньо схожими. В експериментальній групі переважали учасники із середнім і достатнім рівнями комунікативних здібностей, водночас була значна частка осіб із задовільним, пониженим та низьким рівнем. Аналогічна картина спостерігалася і в контрольній групі, що свідчить про початкову порівнюваність груп за досліджуваним показником.

Після проведення експериментального впливу у респондентів експериментальної групи зафіксовано помітні позитивні зрушення. Кількість учасників із достатнім рівнем комунікативних здібностей суттєво зросла (з 12 до 22 осіб), що вказує на посилення сформованості ефективних навичок міжособистісної взаємодії.

Важливим є й інший бік виявлених змін: у експериментальній групі повністю зникли категорії учасників із задовільним, пониженим та низьким рівнем комунікативних здібностей. Якщо на початковому етапі ці рівні були представлені сукупно 11 особами, то після проходження реабілітаційної програми із застосуванням каністерапії у даній вибірці вони не були зафіксовані взагалі. Саме ці зрушення зумовили найбільший внесок у загальне значення  $\chi^2$ , зокрема за категоріями задовільного, пониженого та низького рівня.

На відміну від експериментальної групи, у контрольній групі розподіл учасників за ступенем комунікативних здібностей упродовж дослідження залишився відносно стабільним, а невеликі коливання їх чисельності в межах окремих рівнів не мали системного характеру. Кількість респондентів із достатнім та середнім рівнем комунікативного потенціалу змінилася несуттєво, а задовільний, понижений і низький рівні зберегли свою присутність у структурі групи. Це свідчить про відсутність спонтанних позитивних змін без спеціального впливу.

Результати статистичної перевірки підтверджують описані зміни. Отримане значення  $\chi^2 = 11,56$  при  $df = 4$  та рівні значущості  $p = 0,021$  вказує на наявність статистично вагомої різниці між вибірками.

Розрахунок коефіцієнта V Крамера дозволив оцінити практичну значущість виявлених відмінностей. Отримане значення  $V = 0,40$  відповідає середньо-великій силі ефекту та демонструє зв'язок між належністю учасників до експериментальної або контрольної вибірки та їхнім рівнем проаналізованого показника. Таким чином, зафіксовані статистичні відмінності мають не лише формальний характер, а й відображають реальні, змістовні зміни у структурі рівнів комунікативного потенціалу, що підтверджує результативність запропонованої реабілітаційної програми, яка включає заняття з собаками-терапевтами.

Таблиця 3.8

**Статистичне порівняння рівня комунікативного потенціалу в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона та коефіцієнта V Крамера**

Рівень		Група	Початк. зріз, О		Початк. зріз, Е		Заклуч. зріз, О		Заклуч. зріз, Е		Внесок у $\chi^2$
Достатній		ЕГ	12		13,5		22		19,0		0,47
		КГ	15		13,5		16		19,0		0,47
Середній		ЕГ	14		12,0		15		13,0		0,31
		КГ	10		12,0		11		13,0		0,31
Задовільний		ЕГ	6		7,0		0		3,0		3,00
		КГ	8		7,0		6		3,0		3,00
Понижений		ЕГ	3		2,5		0		1,0		1,00
		КГ	2		2,5		2		1,0		1,00
Низький		ЕГ	2		2,0		0		1,0		1,00
		КГ	2		2,0		2		1,		1,00
Підсумок	Показник	$\chi^2$	df	p	N	V Крамера		Інтерпретація			
	Рівень комунікат. здібностей	11,56	4	0,021	74	0,40		середньо-велика сила ефекту			

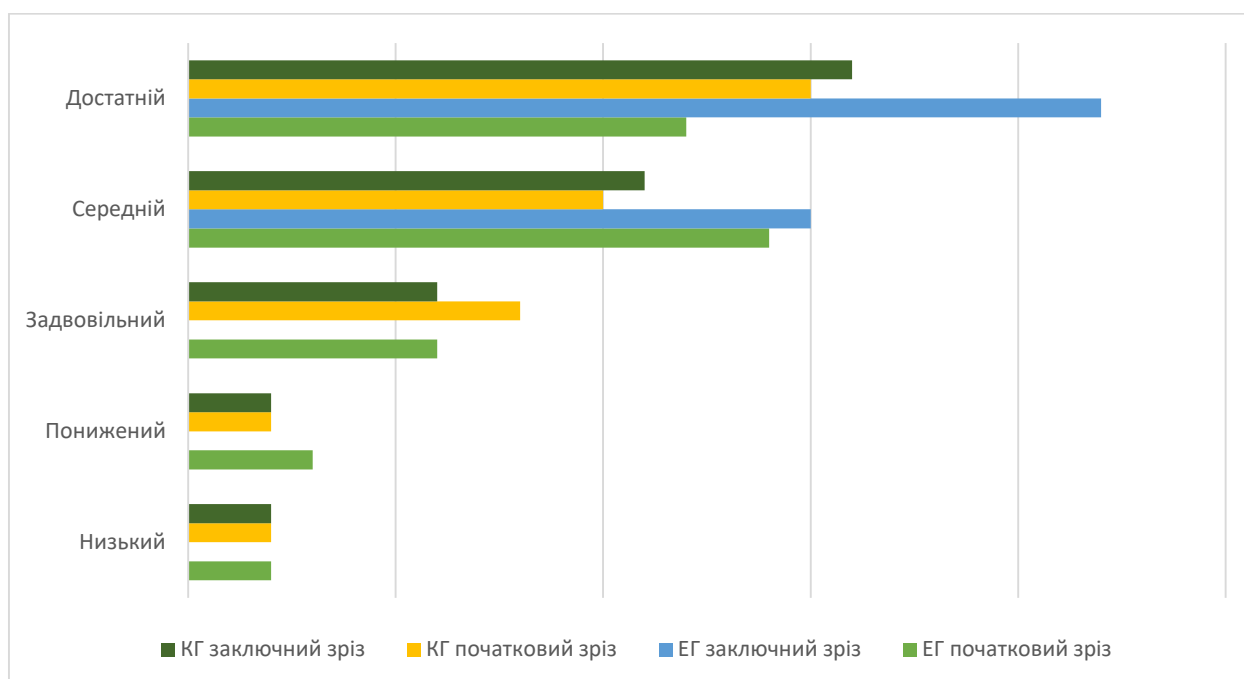


Рис. 3.7. Порівняльний розподіл рівнів комунікативного потенціалу в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту

У категорії морально-етичної нормативності та соціалізації на початку дослідження в обох групах були наявні всі рівні – від достатньо високого до низького. В експериментальній групі значна частина учасників перебувала на достатньому та задовільному рівні і була частка осіб із недостатнім та низьким рівнем, що вказує на труднощі у засвоєнні і дотриманні соціально-моральних норм. У контрольній групі також фіксувалися учасники зі зниженим рівнем соціалізації, що підтверджує порівнюваність груп на вихідному етапі.

Після занять із собаками-терапевтами в експериментальній групі відбулися вагомі структурні зміни (табл 3.9, рис. 3.8). Кількість учасників із достатньо високим рівнем морально-етичної нормативності зросла більш ніж удвічі (з 14 до 30 осіб), що свідчить про істотне посилення внутрішньої орієнтації на соціально прийнятні норми поведінки, відповідальність та усвідомлене дотримання моральних вимог. Паралельно повністю зникли категорії низького та недостатнього рівня, які на початковому етапі охоплювали помітну частку учасників даної вибірки.

Зміни помічено й на задовільному рівні соціалізації, який на початковому зрізі був наявний у чотирьох осіб, а на заключному такі прояви у респондентів експериментальної групи взагалі не був зафіксований. Ці зрушення свідчать не лише про кількісні зміни, а й про якісну трансформацію структури рівнів соціалізації в експериментальній групі.

У контрольній групі розподіл рівнів морально-етичної нормативності та соціалізації залишився таким же. Незначні коливання кількості учасників у межах окремих рівнів не утворюють позитивної тенденції. У даній вибірці залишились особи із задовільним, недостатнім і низьким рівнем соціалізації, що свідчить про відсутність спонтанного підвищення морально-етичної зрілості без цілеспрямованого експериментального впливу.

Статистична перевірка підтверджує виявлені відмінності між вибірками у зміні кількості досліджуваних за рівнями соціалізації. Отримане значення  $\chi^2 = 11,89$  при  $df = 4$  та рівні значущості  $p = 0,018$  вказує на статистично вагомі відмінності між групами після завершення формувального експерименту. Найвагоміший внесок у загальне значення  $\chi^2$  забезпечують категорії низького, недостатнього та задовільного рівня, які були повністю відсутні в експериментальній групі, але збереглися в контрольній. Розрахунок коефіцієнта V Крамера показав значення 0,40, що відповідає середньо-великій силі ефекту. Це свідчить про те, що виявлена різниця між вибірками має не лише статистичну, але й практичну значущість, а дія експериментального впливу на рівень морально-етичної нормативності є помірно вираженим.

Таким чином, результати статистичного аналізу демонструють, що проходження реабілітаційної програми сприяло істотному підвищенню рівня морально-етичної нормативності та соціалізації в досліджуваних експериментальної групи, яке проявилось у зменшенні кількості респондентів зі зниженими рівнями та наявності більшості досліджуваних у межах достатнього й достатньо високого рівня за даною шкалою. Тоді як, у контрольній групі подібних змін не виявлено, що підтверджує ефективність проведеного реабілітаційного впливу із застосуванням каністерапії.

Таблиця 3.9

**Статистичне порівняння рівня соціалізації в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона та коефіцієнта V Крамера**

Рівень		Група	Початк. зріз, О		Початк. зріз, Е		Заклуч. зріз, О		Заклуч. зріз, Е		Внесок у $\chi^2$
Достатньо високий		ЕГ	14		15,5		30		24,0		1,5
		КГ	17		15,5		18		24,0		1,5
Достатній		ЕГ	10		10,5		7		9,0		0,44
		КГ	11		10,5		11		9,0		0,44
Задовільний		ЕГ	4		3,0		0		2,0		2,0
		КГ	2		3,0		4		2,0		2,0
Недостатній		ЕГ	3		2,0		0		1,0		1,0
		КГ	1		2,0		2		1,0		1,0
Низький		ЕГ	6		6,0		0		1,0		1,0
		КГ	6		6,0		2		1,0		1,0
Підсумок	Показник	$\chi^2$	df	p	N	V Крамера	Інтерпретація				
	Рівень соціалізації	11,89	4	0,018	74	0,40	середньо-велика сила ефекту				

■ КГ заключний зріз    ■ КГ початковий зріз    ■ ЕГ заключний зріз    ■ ЕГ початковий зріз

**Рис. 3.8. Порівняльний розподіл рівнів морально-етичної нормативності і соціалізації в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту**

Структура військово-професійної спрямованості на початковому зрізі в обох групах була подібною та характеризувалася домінуванням знижених рівнів. В експериментальній групі переважали учасники з недостатнім та низьким рівнем спрямованості (сукупно 31 особа), тоді як частка осіб із достатнім та високим рівнем була мінімальною. Подібний розподіл спостерігався й у контрольній групі, що свідчить про початкову порівнюваність вибірок за досліджуваним показником і дозволяє коректно інтерпретувати подальші зміни як наслідок експериментального впливу.

Після завершення реабілітаційної програми в експериментальній групі відбулися позитивні зрушення у розподілі рівнів військово-професійної спрямованості. Чисельність учасників із високим рівнем зросла з 2 до 17 осіб, а із достатнім з 4 до 16. Це свідчить про формування стійкої позитивної орієнтації на військову діяльність, прийняття її цінностей та готовність до професійної самореалізації у військовій сфері.

Також, в експериментальній групі зафіксовано скорочення кількості респондентів із недостатнім рівнем військово-професійної спрямованості (з 21 до 2 осіб) та низьким рівнем (з 10 до 2 осіб). Таким чином, рівні, які на початковому етапі визначали загальний профіль групи, після формувального експерименту втратили домінуюче значення, поступившись місцем більш зрілим і конструктивним формам професійної мотивації.

На відміну від експериментальної, у контрольній групі зміни мали невеликий та несистемний характер. Кількість досліджуваних із високим і достатнім рівнем зросла незначною мірою, тоді як недостатній і низький рівні залишилися широко представленими в структурі вибірки. Це свідчить про те, що без цілеспрямованого формувального впливу істотної перебудови військово-професійної спрямованості серед респондентів контрольної групи не відбулося (табл. 3.10, рис. 3.9).

Статистичний аналіз підтверджує якісні спостереження. Отримане значення  $\chi^2 = 25,34$  при  $df = 3$  та рівні значущості  $p = 0,00004$  вказує на дуже



виражені відмінності між вибірками групами після завершення формувального експерименту. Найбільший внесок у загальне значення  $\chi^2$  забезпечують категорії недостатнього та низького рівня, які суттєво зменшилися в експериментальній групі, але залишилися домінуючими у контрольній.

Додатковий аналіз величини ефекту за допомогою коефіцієнта V Крамера показав значення 0,59, що відповідає великій силі зв'язку між належністю до експериментальної чи контрольної групи та рівнем військово-професійної спрямованості. Це означає, що виявлені статистично значущі відмінності мають не лише формальний характер, а й суттєве практичне значення, відображаючи реальні зміни у професійній орієнтації учасників експериментальної вибірки.

Узагальнюючи отримані результати, можна зробити висновок, що проведена реабілітаційна програма із застосуванням каністерапії сприяла глибокій трансформації військово-професійної спрямованості респондентів експериментальної групи, яка проявилася у переході від знижених рівнів професійної орієнтації до достатнього та високого. Відсутність аналогічних змін у контрольній групі підтверджує ефективність експериментального впливу та його визначальну роль у виявлених позитивних зрушеннях.

Таблиця 3.10

**Статистичне порівняння рівня військово-професійної спрямованості в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона та коефіцієнта V Крамера**

Рівень	Група	Початк. зріз, О	Початк. зріз, Е	Заключ. зріз, О	Заключ. зріз, Е	Внесок у $\chi^2$
Високий	ЕГ	2	2,5	17	11,0	3,27
	КГ	3	2,5	5	11,0	3,27
Достатній	ЕГ	4	5,0	16	11,5	1,76
	КГ	6	5,0	7	11,5	1,76
Недостатній	ЕГ	21	19,5	2	8,5	4,97

Продовження таблиці 3.10

		КГ	18	19,5	15	8,5	4,97
Низький		ЕГ	10	10,0	2	6,0	2,67
		КГ	10	10,0	10	6,0	2,67
Підсумок	Показник	x <sup>2</sup>	df	p	N	V Крамера	Інтерпретація
	Рівень військово-проф. спрямов.	25,34	3	0,00004	74	0,59	велика сила ефекту

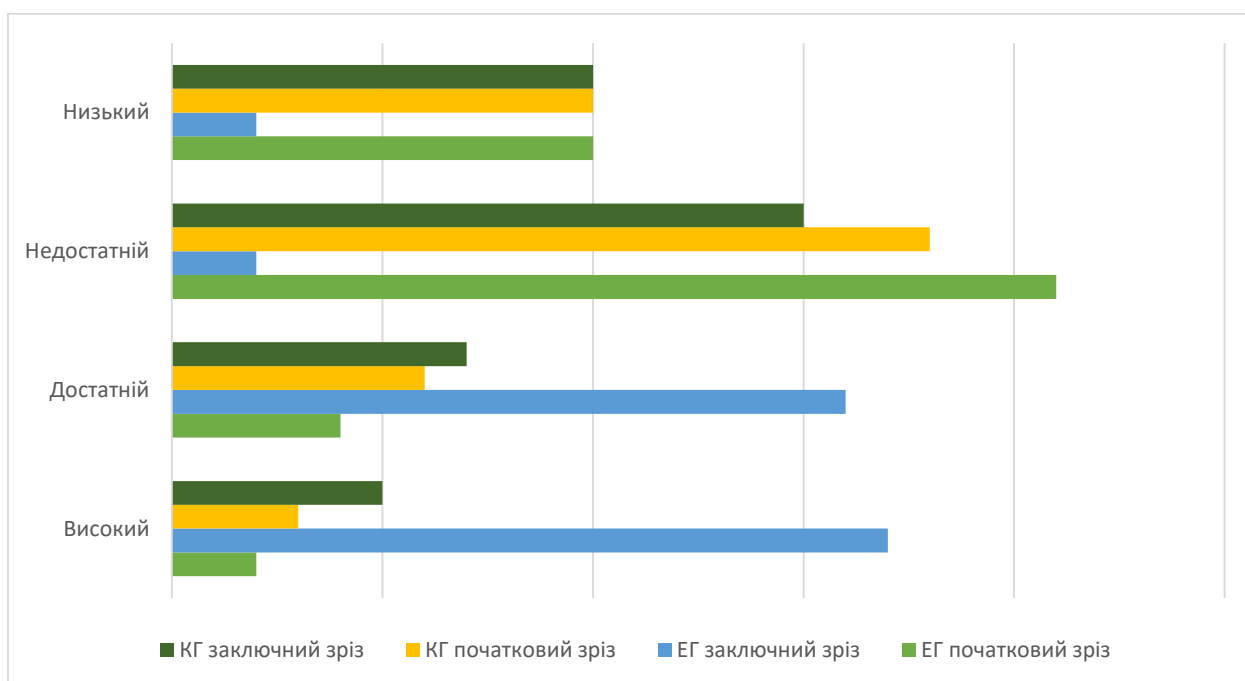


Рис. 3.9. Порівняльний розподіл рівнів військово-професійної спрямованості в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту

Важливо було також проаналізувати динаміку зміни показників обох вибірок за рівнем девіантної (адиктивної та делінквентної поведінки). На початковому етапі дослідження в респондентів як експериментальної, так і контрольної групи були наявні всі рівні схильності до таких поведінкових патернів.

В експериментальній групі значна частина учасників демонструвала окремі або помірно виражені ознаки девіантних тенденцій, що вказує на

наявність ризиків дезадаптивних поведінкових проявів та труднощі із інтеграцією в соціум. У контрольній групі структура розподілу була подібною, що дозволяє розглядати групи як порівнювані за досліджуваним показником до початку формувального впливу.

Після проходження реабілітаційної програми із застосуванням каністерапії в експериментальній групі зафіксовано чітко виражені позитивні зміни. Насамперед, істотно зросла кількість учасників, у яких ознаки девіантної поведінки повністю відсутні – з 10 осіб на початковому зрізі до 25 осіб на заключному. Така динаміка свідчить про зміцнення нормативних форм поведінки, підвищення самоконтролю та здатності дотримуватися соціально прийнятних правил.

Принципово важливим результатом також є те, що в експериментальній групі повністю зникли категорії досліджуваних із наявністю окремих та виражених ознак девіантної поведінки. Якщо на початковому етапі ці рівні охоплювали більшість учасників вибірки, то після відвідування занять реабілітаційної програми такі прояви не були зафіксовані жодного разу. Частка респондентів, у яких виражені ознаки девіантної поведінки загалом відсутні, залишилася відносно стабільною, що вказує на загальне вирівнювання поведінкових характеристик експериментальної групи в бік норми.

У контрольній групі істотних змін у структурі девіантних проявів не виявлено. Кількість учасників із вираженими ознаками адиктивної та делінквентної поведінки не зменшилася, а з деякими ознаками девіантних патернів навіть дещо зросла. Це свідчить про відсутність спонтанного зниження поведінкових патернів без реабілітаційного впливу (табл. 3.11, рис. 3.10).

Результати статистичного аналізу за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона підтверджують виявлені зміни. Значення  $\chi^2 = 20,44$  при  $df = 3$  та рівні значущості  $p = 0,00014$  вказує на статистично вагому різницю між експериментальною та контрольною групою за рівнем схильності до

девіантних форм поведінки після завершення формувального експерименту. Найбільший внесок у загальне значення  $\chi^2$  забезпечують категорії, пов'язані з наявністю деяких та виражених ознак девіантної поведінки, які повністю зникли в експериментальній групі, але збереглися і навіть суттєво не зменшилися у контрольній.

Розрахований коефіцієнт V Крамера, що дорівнює 0,53, вказує на суттєву інтенсивність взаємозв'язку між груповою приналежністю досліджуваних та ступенем вираженості девіантних форм поведінки за результатами заключного зрізу. Таким чином, виявлені за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона відмінності відображають не лише статистичну, але й змістовну значущість отриманих результатів, що підтверджує результативність застосованого експериментального впливу.

Отже, отримані результати дозволяють зробити висновок, що реабілітаційні заняття із собаками-терапевтами сприяли суттєвому зниженню рівня девіантних проявів у експериментальній групі. Відсутність таких зрушень у контрольній групі підтверджує ефективність реалізованого експериментального впливу.

Таблиця 3.11

**Статистичне порівняння рівня схильності до девіантної (адиктивної та делінквентної) поведінки в експериментальній і контрольній групі до та після формувального експерименту за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона та коефіцієнта V Крамера**

Рівень	Група	Початк. зріз, О	Початк. зріз, Е	Заключ. зріз, О	Заключ. зріз, Е	Внесок у $\chi^2$
Відсутність ознак девіантної поведінки	ЕГ	10	11,5	25	18,0	2,72
	КГ	13	11,5	11	18,0	2,72
Виражені ознаки девіантної поведінки відсутні	ЕГ	14	13,0	12	12,0	0,00

Продовження таблиці 3.11

	КГ	12	13,0	12	12,0	0,00	
Деякі ознаки девіантної поведінки	ЕГ	12	11,0	0	6,0	6,00	
	КГ	10	11,0	12	6,0	6,00	
Виражені ознаки девіантної поведінки	ЕГ	1	1,5	0	1,0	1,00	
	КГ	2	1,5	2	1,0	1,00	
Підсумок	Показник	x <sup>2</sup>	df	p	N	V Крам.	Інтерпретац.
	Рівень схильності до девіантної (адиктивної та делінквентної) поведінки	20,44	3	0,00014	74	0,53	велика сила ефекту

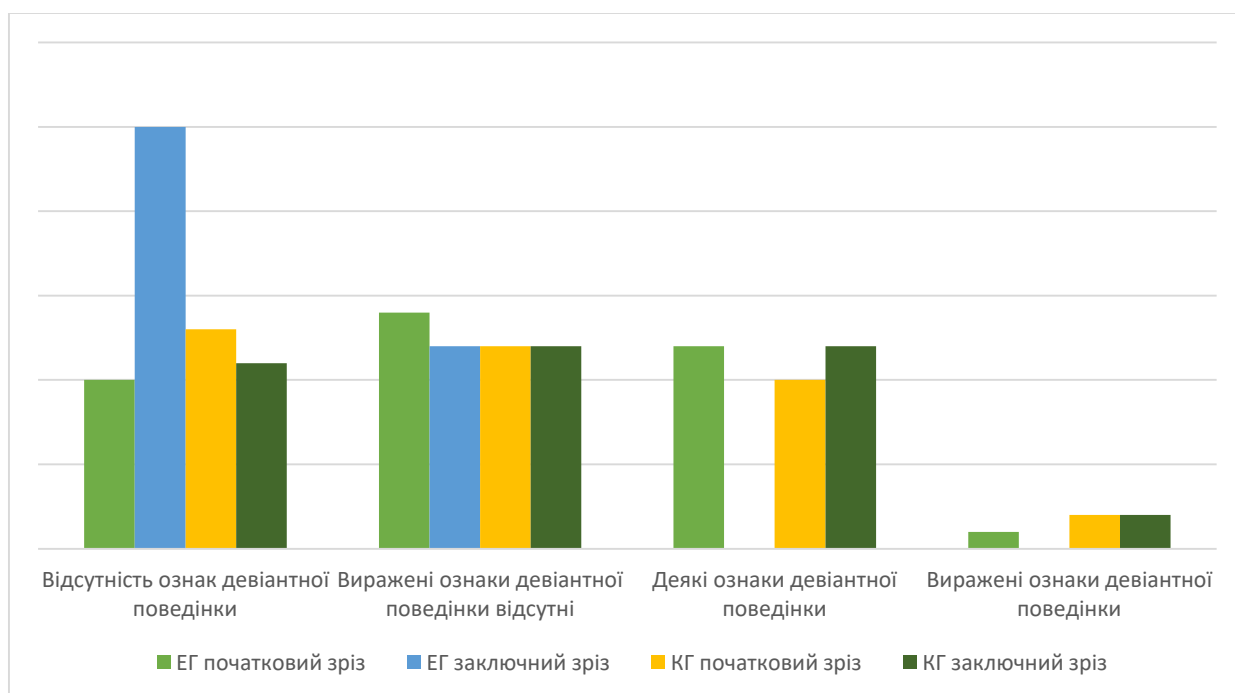


Рис. 3.10. Порівняльний розподіл рівнів схильності до девіантної (адиктивної та делінквентної) поведінки в експериментальній і контрольній групі до та після формувального експерименту

За шкалою суїцидального ризику в обох вибірках розводіл рівнів був відносно збалансованим. В експериментальній групі переважали особи без ознак суїцидального ризику (20 осіб), однак фіксувалася помітна кількість учасників, у яких повністю або частково були присутні прояви суїцидальної схильності: 10 індивідів перебували на рівні, де в цілому виразних ознак не виявлено, 4 респонденти мали окремі ознаки, а ще 3 – виразні ознаки суїцидального ризику.

Аналогічна картина спостерігалася і в контрольній групі, де одночасно із домінуванням учасників без ознак ризику (19 осіб), також були представлені всі інші рівні, включно з окремими та виразними проявами суїцидальної схильності. Це свідчить про наявність початкової психологічної вразливості в частини досліджуваних та підтверджує порівнюваність вибірок до початку експериментального впливу.

Після проходження занять із каністерапії в експериментальній групі було відзначено помітні позитивні зміни. Найбільш показовим є суттєве зростання кількості учасників із повною відсутністю ознак суїцидального ризику (з 20 до 31 особи). Фактичне значення значно перевищує очікуване (25,5), що зумовлює великий внесок цієї категорії у загальне значення  $\chi^2$ . Отже, спостерігається динаміка, яка вказує на істотне зниження психологічної напруженості та зменшення суїцидально небезпечних тенденцій у результаті експериментального впливу.

Паралельно з цим у межах експериментальної групи повністю зникають категорії досліджуваних з окремими та виразними ознаками схильності до суїцидальних думок чи дій. Якщо на початковому зрізі ці рівні були представлені загалом 7 особами, то на заключному етапі їх кількість зводиться до нуля. Саме ці зміни формують вагомий внесок у значення  $\chi^2$ -критерію Пірсона і є принципово важливими з точки зору психологічної реабілітації, оскільки свідчать про усунення найбільш небезпечних психічних станів.

Категорія «в цілому виразних ознак суїцидальної схильності не виявлено» в експериментальній групі зазнає помірного скорочення (з 10 до 6 осіб). Це скорочення не має негативного характеру, а навпаки відображає перехід частини учасників до більш сприятливої категорії – повної відсутності ознак суїцидального ризику. Таким чином, уся динаміка змін за досліджуваною категорією в експериментальній групі носить чітко виражений позитивний характер.

Натомість, у контрольній групі результати, отримані на заключному етапі дослідження, демонструють відсутність якісних зрушень щодо схильності до суїцидальної поведінки. Кількість учасників без ознак суїцидального ризику зростає незначною мірою (з 19 до 20 осіб) і майже повністю відповідає очікуваним значенням.

При цьому, в контрольній групі, на відміну від експериментальної, зберігається наявність її учасників на всіх проблемних рівнях: присутні як досліджувані з окремими ознаками суїцидальної схильності, так і респонденти з виразними ознаками суїцидального ризику. Чисельність цих категорій практично не змінюється, що свідчить про стабільність початкового стану та відсутність спонтанної позитивної динаміки (табл. 3.12, рис. 3.11).

Аналіз внеску окремих рівнів у загальне значення  $\chi^2$  показує, що найбільшу роль у формуванні статистично значущих відмінностей між вибірками відіграють саме категорії, пов'язані з наявністю суїцидальних ознак. Зникнення цих рівнів в експериментальній та їх збереження в контрольній групі чітко окреслюють сприятливий ефект експериментального впливу.

Додатковий аналіз сили зв'язку між належністю до експериментальної чи контрольної вибірки та рівнем суїцидального ризику, виконаний із використанням коефіцієнта V Крамера, показав значення 0,36, що відповідає середньому рівню ефекту. Це означає, що виявлені статистично значущі

розбіжності мають помірну практичну вагу та відображають реальні зміни в психологічному стані учасників експериментальної групи.

Отже, отримані результати дозволяють вважати, що застосована реабілітаційна програма була досить ефективною у зниженні суїцидального ризику комбатантів. В експериментальній групі відбулося не лише кількісне зростання учасників із психологічно безпечним станом, а й повне усунення осіб з суїцидально небезпечними проявами. У контрольній групі подібних змін не зафіксовано, що вказує на зв'язок виявленої позитивної динаміки саме із заняттями з собаками-терапевтами, а не з випадковими або зовнішніми чинниками.

Таблиця 3.12

**Статистичне порівняння рівня суїцидального ризику в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона та коефіцієнта V Крамера**

Рівень		Група	Початк. зріз, О		Початк. зріз, Е		Заключ. зріз, О		Заключ. зріз, Е		Внесок у $\chi^2$
Відсутність ознак		ЕГ	20		19,5		31		25,5		1,19
		КГ	19		19,5		20		25,5		1,19
В цілому виразних ознак не виявлено		ЕГ	10		11,5		6		9,0		1,00
		КГ	13		11,5		12		9,0		1,00
Окремі ознаки		ЕГ	4		3,5		0		1,5		1,50
		КГ	3		3,5		3		1,5		1,50
Виразні ознаки		ЕГ	3		2,5		0		1,0		1,00
		КГ	2		2,5		2		1,0		1,00
Підсумок	Показник		$\chi^2$	df	p	N	V Крамера		Інтерпретація		
	Рівень суїцидального ризик		9,37	3	0,025	74	0,36		середня сила ефекту		



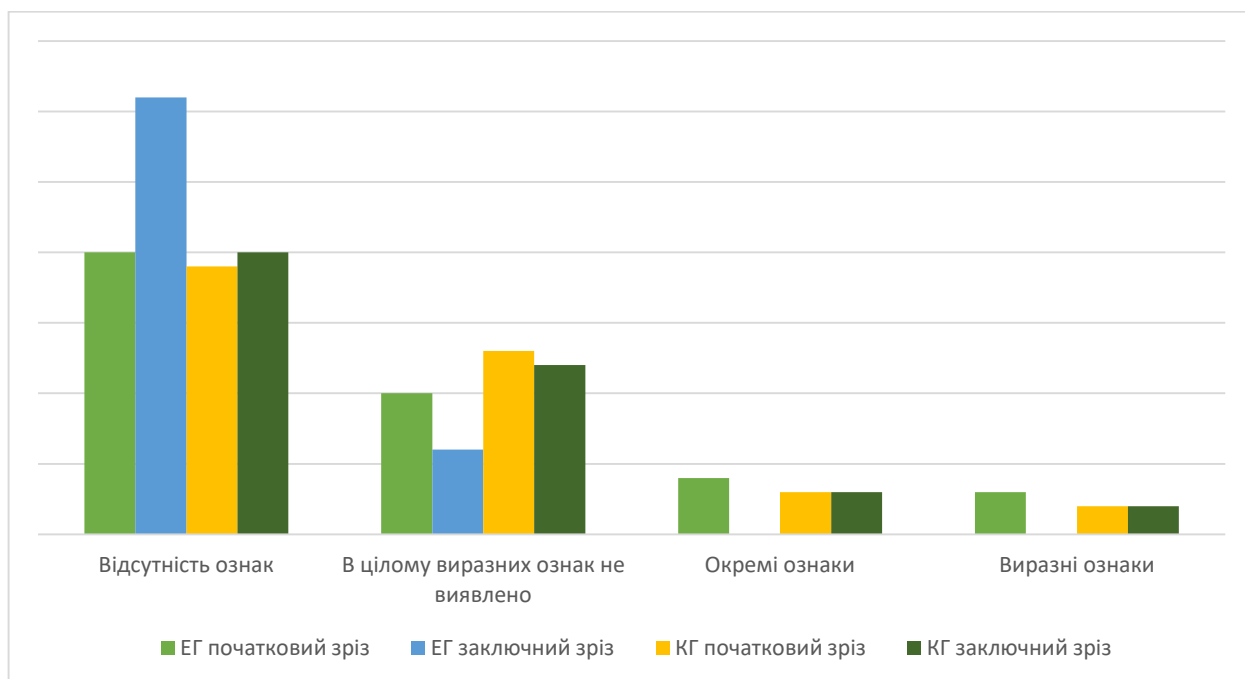


Рис. 3.11. Порівняльний розподіл рівнів суїцидального ризику в експериментальній та контрольній групі до і після формувального експерименту

### Висновки до розділу III

Третій розділ дисертації присвячений розробці та апробації авторської програми «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії». Також на цьому етапі було проаналізовано результати формувального експерименту та зроблено висновок про ефективність реабілітаційної програми.

При її плануванні та втіленні ми дотримувались принципів психологічної реабілітації, запропонованих Н. Пророк, а саме: послідовність та наступність, комплексність та системність, гнучкість та індивідуальний підхід, активна залученість учасників в процес реабілітації, актуалізація їх внутрішніх та зовнішніх ресурсів і фокус на посттравматичному зростанні. Програма реабілітації військових складалась із послідовних та чітко пов'язаних між собою етапів.

Перший етап був підготовчим, метою якого було створення підґрунтя для подальших занять із собаками-терапевтами, просвіта щодо поняття

каністерапії та оцінка готовності учасників до початку курсу реабілітаційних зустрічей. Наступною стадією є адаптація, під час якої комбатанти знайомились із песиками та звикали до контакту із ними. Якщо ці етапи пройшли без ускладнень, можемо переходити до основної частини програми, яка передбачає спеціальні вправи із собаками терапевтами, направлені на реабілітацію трьох основних компонентів: фізіологічного самопочуття та здоров'я, психоемоційного стану, розвиток соціальних навичок. Не менш важливою є й завершальна стадія, яка присвячена прощанню з песиками та підбиванню підсумків.

Спираючись на мету та поставлені завдання реабілітаційна програма складалась з трьох основних блоків: діагностичний, теоретичний та корекційний. В рамках діагностичного блоку було проведено вхідне та вихідне тестування, направлене на визначення рівня ПТСР та його окремих кластерів в респондентів експериментальної та контрольної групи, таких показників, як найбільш виражені стресові фактори, схильність до тривожності, депресії, девіантної поведінки та суїцидальних думок чи намірів, а також рівня стійкості до бойового стресу, комунікативного потенціалу, морально-етичної нормативності та військово-професійної спрямованості. Теоретичний блок мав велике значення, тому що на заняттях із каністерапії учасникам, особливо із травмуючим досвідом, необхідно чітко розуміти що буде відбуватись, щоб вони почувались максимально безпечно та спокійно. Основна робота проводилась на корекційному етапі, який вже включав в себе вправи із собаками-терапевтами, які мали на меті розвиток моторики, налагодження психічного самопочуття та заохочення до контакту, спершу із песиками, а потім і з іншими людьми та потрібними фахівцями (психологи, соціальні працівники та ін.).

Щоб мати змогу об'єктивно оцінити вплив саме нашої авторської реабілітаційної програми, участь в заняттях брали лише учасники експериментальної групи. Таким чином, на заключному зрізі ми можемо

порівняти дві вибірки, одна з яких проходила реабілітацію методом каністерапії, а інша (контрольна група) такого втручання не отримувала.

Порівняння показників за окремими кластерами посттравматичного стресового розладу на заключному зрізі демонструє суттєві відмінності між експериментальною та контрольною групою. Зокрема за кластером В (флешбеки та інтрузії) у експериментальній групі зафіксовано зменшення відсотку учасників, у яких наявний цей симптом (з 91,9% до 70,0%), а в контрольній він залишився майже таким же (86,5% та 85,5%).

Уникання травмуючих тригерів (кластер С) до формувального експерименту був притаманний усім досліджуваним експериментальній групі, а після – лише 80,2%, тоді як у контрольній ситуація залишилась практично незмінною (із 94,6% до 93,0%). За симптоматикою, пов'язаною із негативними думками та настроєм серед респондентів експериментальної групи відсоток тих, у кого він присутній змінився із 89,2% до 68,2%, а в контрольній лише із 81,1% до 79,5%. Великих змін в експериментальній групі зазнав і кластер Е (гіперзбудження), за яким показники на початковому зрізі мали значення 75,7%, а на заключному – 62,1%, а в контрольній – 86,5% та 85,0%, відповідно.

Сумарне значення ПТСР в експериментальній групі зменшився із 91,9% до 70,5%, тоді як в контрольній він змінився набагато менше (із 94,6% до 93,0%). Статистична перевірка за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона та точного критерію Фішера підтверджує, що відмінності на заключному зрізі між вибірками є вагомою вказує на ефективність реабілітаційного впливу.

Загальний психоемоційний стан в учасників експериментальної групи також покращився, про що свідчать результати вимірювання рівня тривоги та депресії. Зокрема, досліджуваних із клінічно вираженою тривогою в цій вибірці на початковому зрізі було 25 осіб, а на заключному – 5. Тоді, як у контрольній цей показник взагалі не змінився – 21 особа, як і кількість респондентів із клінічно вираженою депресією. В свою чергу кількість учасників із клінічними симптомами депресії в експериментальній групі змінилась із 22 до 9 осіб. За  $\chi^2$ -критерієм Пірсона різниця між вибірками за

усіма рівнями тривоги та депресії після формувального експерименту є статистично значущою, а за коефіцієнтом V Крамера можемо спостерігати середньо-велику силу ефекту щодо тривожної симптоматики та середню за депресивною.

Рівень стійкості до бойового стресу також в експериментальній групі мав позитивну динаміку, так як зменшилась кількість досліджуваних із низьким рівнем (із 24 до 11 осіб) та зросла із задовільним і високим. В контрольній групі значення коливались в межах кількох балів, тому такі зміни не вважаються вагомими. Коефіцієнт V Крамера показує середньо-велику силу ефекту, що демонструє результативність занять із собаками-терапевтами. Про що свідчать показники і за рівнем нерово-психічної стійкості, щодо якого спостерігається подібна тенденція у вибірках та велика сила ефекту.

За рівнем комунікативного потенціалу в експериментальній групі після проходження реабілітаційної програми зовсім зникли респонденти із низьким, пониженим та задовільним рівнем і збільшилась із достатнім. У контрольній групі не помічено подібних зрушень, що підтверджує перевірка за  $\chi^2$ -критерієм Пірсона та середньо-велика сила ефекту. Також сила ефекту спостерігається за рівнем морально-етичної нормативності, де в експериментальній групі, на відміну від контрольної, теж після формувального експерименту не помічено учасників із низьким, недостатнім та задовільним рівнем, а із достаньо високим, навпаки, побільшало.

Дуже помітні зрушення відбулися в експериментальній групі за рівнем військово-професійної спрямованості, зокрема, на початковому зрізі високий рівень був лише у двох осіб, а на заключному зріс до 17, тоді як у контрольній – лише із 3 до 5. Також, в експериментальній групі збільшилась кількість респондентів, у яких відсутні ознаки девіантної поведінки (10 на початковому зрізі та 25 на заключному), в контрольній же їх навпаки стало менше (13 до формувального експерименту та 11 після). За рівнем суїцидального ризику теж помічено позитивну динаміку в експериментальній групі, якої не було

виявлено у контрольної, що підкріплює середня сила ефекту за коефіцієнтом V Крамера.

Отже, ті показники, за якими обидві вибірки були подібними на початку дослідження, значно змінились в експериментальній групі, респонденти якої проходили авторську реабілітаційну програму із застосуванням каністерапії, що підтверджує її ефективність у реабілітації комбатантів із посттравматичним стресовим розладом. Вагомість цих результатів перевірено за допомогою  $\chi^2$ -критерію Пірсона, точного критерію Фішера та t-критерій Вельча, що дозволило зробити висновок про наявні статистичні відмінностями між експериментальною та контрольною групою на заключному етапі дослідження.

## ВИСНОВКИ

Теоретичне та емпіричне дослідження соціально-психологічної реабілітації комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії до зволило зробити такі висновки:

1. ПТСР є непсихотичним станом, який виникає через певний час після переживання індивідом травмуючого досвіду і виявляється у трьох основних симптомах: флешбеки, уникання тригерів, гіперзбудження. Здійснивши аналіз наукових джерел, можемо виокремити такі підходи до його тлумачення: психодинамічний – посттравматична симптоматика пояснюється захисним механізмом психіки, а саме дисоціацією від травматичних спогадів та їх витіснення із свідомості; психосоціальний – значний вплив на перебіг ПТСР має оточення, яке може створити безпечну атмосферу для постраждалого або ж, навпаки, змусити його ще більше замкнутись в собі; біологічний – розглядає посттравматичний стресовий розлад, як наслідок психофізіологічних змін нервової системи під час сильного стресу; когнітивний – на формування психічної травми великою мірою впливає те, як конкретна людина сприймає цю подію.

2. Під реабілітацією військовослужбовців розуміють систему заходів, спрямованих на відновлення Найбільш поширеними методами роботи із травматичним досвідом учасників бойових дій науковці вважають когнітивно-поведінкову психотерапію, групову терапію та соціально-психологічний тренінг, арт-терапію, EMDR. Ми вважаємо доцільним при реабілітації комбатантів застосування ізраїльської системи «VISED», яка має такі складові: валідація – створення середовища, в якому військовий буде почуватись безпечно та матиме можливість відреагувати свої почуття; відкрите повідомлення людині інформації щодо її психічного стану; психологічний супровід протягом усього лікування; робота на висловленням почуттів; пошук внутрішніх та зовнішніх ресурсів для підтримки подальшої життєдіяльності.

3. Каністерапією називають комплекс інтервенцій, під час яких людина взаємодіє із спеціально навченим та сертифікованим собако-терапевтом для досягнення позитивної динаміки у фізіологічній, психологічній та соціальній сфері самопочуття і життєдіяльності. При застосуванні даного методу в процесі реабілітації комбатантів варто виділити такі переваги: можливість адаптування занять для тих, хто має різного роду тілесні травми, вивільнення гормону окситоцину під час взаємодії із песиком, який в свою чергу знижує соматичні прояви переживання психічної травми, можливість не включатись одразу в активну взаємодію та просто бути поруч із собакою. Проте, попри поширену ефективність каністерапії в реабілітації учасників бойових дій, в науковій літературі немає чітко сформованої та апробованої програми для її здійснення, що зумовлює актуальність нашого дослідження.

4. На етапі емпіричного дослідження нами було застосовано такі методики: PCL – шкалу самооцінки наявності посттравматичного стресового розладу, Міссісіпську шкалу ПТСР та Опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова, анкету «Стрес-фактори», Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) та Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) «Адаптивність-200». Констатувальний експеримент мав на меті визначити загальний рівень посттравматичного стресового розладу та окремих його кластерів в учасників експериментальної та контрольної групи, інших характеристик їх психічного стану та особистісних рис, які мають вплив на динаміку перебігу ПТСР, на початковому зрізі. Порівняльний аналіз відбувався за допомогою таких методів статистичної обробки даних: двопропорційний z-тест,  $\chi^2$ -критерій Пірсона, t-критерій Вельча, тест Манна–Уїтні, корекція Bonferroni та корекція Holm. Отримані результати дозволили зробити висновок про початкову порівнюваність вибірок в плані вираженої посттравматичної, тривожної та депресивної симптоматики, що вказує на потребу в реабілітаційному втручанні та забезпечує належні умови для проведення формувального експерименту.

5. На стадії формувального експерименту було розроблено та апробовано програму «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів із посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії». Плануючи її зміст, ми враховували основні принципи психологічної реабілітації за Н. Пророк: послідовність і наступність, комплексний та індивідуальний підхід, активна залученість учасників до процесу та орієнтація на те, щоб вони віднайшли зовнішні та внутрішні ресурси, які їх підтримуватимуть надалі і сприятимуть посттравматичному зростанню. Програма складалась з таких етапів: підготовчий, адаптаційний, основний та завершальний. Реабілітація направлена на роботу із фізіологічною, психологічною та соціальною сферою і складається з таких взаємопов'язаних блоків: діагностичний, теоретичний та корекційний. Структура реабілітаційної програми (не рахуючи діагностичний блок) налічує 10 занять тривалістю 30-40 хвилин.

6. Після того, як учасники експериментальної групи взяли участь в авторській програмі «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії» ми зробили повторний зріз, щоб оцінити її ефективність. Результати формувального експерименту засвідчують значні позитивні зміни в досліджуваних цієї вибірки, на відміну від контрольної.

Зокрема, кількість респондентів експериментальної групи із тяжкими симптомами ПТСР скоротилась з 10 до 3 осіб, а з вираженням з 21 до 13, а в контрольній ці показники залишились майже повністю тотожними. Таку ж динаміку можемо відзначити за окремими кластерами посттравматичного стресового розладу, так як чисельність досліджуваних експериментальної групи, у яких наявні ці симптоми також достатньо зменшилась, чого не відбулось у контрольній вибірці. Статистичний аналіз ( $\chi^2$ -критерій Пірсона, точний критерій Фішера, коефіцієнт V Крамера, t-критерій Вельча, коефіцієнт Коуена) підтвердив, що помічені відмінності між групами на етапі заключного зрізу не є випадковими і характеризують середньою та великою силою ефекту.



Реабілітаційна програма сприяла поліпшенню психічного стану учасників експериментальної групи не лише в контексті ПТСР, а й в зниженні тривожних та депресивних симптомів. Респондентів із клінічно вираженою тривогою стало менше на 20 осіб, а із клінічно вираженою депресією – на 12. У контрольній групі таких змін не відбулося, відмінності між вибірками є статистично значущими, а коефіцієнт  $V$  Крамера вказує на середню та середньо-велику силу ефекту. Крім того, в експериментальній групі відбулись зрушення за такими індивідуальними характеристиками особистості: стійкість до бойового стресу, нервово-психічна стійкість, комунікативний потенціал, морально-етична нормативність, військово-професійна спрямованість, схильність до девіантної поведінки та суїцидального ризику. Різниця між вибірками за цими якостями на заключному зрізі полягає в тому, що в контрольній групі їх показники були майже такими ж, як і на початковому зрізі. Статистичну вагомість даних змін підтвердили  $\chi^2$ -критерій Пірсона та коефіцієнт  $V$  Крамера.

Таким чином, результати діагностики обох вибірок до формувального експерименту не мали статистично значущої різниці, а після проходження реабілітаційної програми із залученням собак-терапевтів в експериментальній групі вони суттєво змінились в кращу сторону, на відміну від контрольної. Отже, можемо стверджувати, що авторська програма «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом» є ефективною в зменшенні посттравматичної, тривожної та депресивної симптоматики та на загальний психічний стан особистості.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алещенко В. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. 2022. № 8. С. 6–16.
2. Алієва Т., Вашкіте І. Каністерапія в системі екотерапії у дітей з особливими потребами. *Простір арт-терапії: мінливість і стабільність – пошуки балансу: матеріали XVI Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції* (м. Харків, 15–17 лютого 2019 р.) / за наук. ред. А. П. Чуприкова та ін. Харків: СПД ФО Степанов В. В., 2019. С. 4–5.
3. Ангельська В. Ю. Нормативно-правове регулювання медико-психологічної, професійно-соціальної реабілітації військовослужбовців після перебування в зоні бойових дій. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2025. № 2 (48). С. 1972–1987.
4. Артюшенко О. В., Іващенко С. М., Герасименко В. Д. Впровадження досвіду фізичної реабілітації військовослужбовців після поранення за допомогою фізичної підготовки. *Актуальні проблеми фізичного виховання та спорту в сучасних умовах: матеріали Регіональної наукової інтернет-конференції, присвяченої 105-річчю заснування ДНУ ім. О. Гончара*. Дніпро, 2023. С. 8–12.
5. Балюн О. О., Фисун Д. М. Образ пса Патрона як елемент позитивної військової пропаганди. *Актуальні проблеми розвитку сучасної науки: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., м. Одеса, 17–18 листопада 2022 р.* Одеса: ГО «Причорноморська фундація права», 2022. С. 48–50.
6. Безугла І. О. Теоретичне обґрунтування доцільності використання каністерапії у логопедичній роботі. *Система освіти і виховання дітей з особливими освітніми потребами: досвід минулого – погляд у майбутнє: до 85-річчя акад. В. І. Бондаря [Електронне видання]: зб. наук. пр.* Харків: Харків. нац. пед. ун-т ім. Г.С. Сковороди, 2023. С. 58–62.

7. Безшейко В. Г. Психологічні інтервенції при посттравматичних стресових розладах із коморбідними психічними порушеннями з акцентом на покращення якості життя. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2. С. 7–10.
8. Беляєва О. Малювання із собакою як засіб соціальної реабілітації та адаптації дітей з особливими потребами. Впровадження проекту «Малювання із собакою». *Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології: зб. тез доповідей III Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Запоріжжя, 4–5 жовтня 2019 р.) / за заг. ред. А. Г. Шевцова. Запоріжжя: Вид-во Хортицької нац. академії, 2019. С. 270–272.
9. Беляєва К. В. Каністерапія як спосіб підвищення довіри військовослужбовців до психологів та медичного персоналу в рамках медико-психологічної реабілітації. *Актуальні питання психологічного забезпечення діяльності Нац. поліції та закладів вищої освіти МВС України: матеріали VI міжвідом. наук.-практ. круглого столу* (Київ, 18 квіт. 2024 р.) / редкол.: В. В. Черней та ін. Київ: Нац. акад. внутр. справ, 2024. С. 28–31.
10. Білень Я., Романів О., Надь Б. Соціально-психологічна та медична реабілітація учасників АТО. *Здоров'я нації*. 2023. № 3. С. 6–7.
11. Бойко Д., Мац О., Шкідченко О. Якість сну та уникаюча поведінка в комбатантів з посттравматичним стресовим розладом. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2024. Т. 24, № 2. С. 4–9.
12. Борисова О. Вплив посттравматичного стресового розладу на роботу пам'яті. *Актуальні проблеми психології особистості: теорія, досвід, практика: зб. матеріалів Всеукраїнської наук.-практ. конф.* (м. Одеса, 25–26 квітня 2024 р.) / за ред. М. Й. Казанжи. Одеса: Університет Ушинського, 2024. С. 284.
13. Бражник М. О. Посттравматичний стресовий розлад у людей, які пережили травматичні події. *Психологія і соціальна робота у XXI столітті: зб. наук. матеріалів II Міжнарод. наук.-практ. форуму* (20–22 листопада 2024 р., м. Полтава). Полтава, 2024. С. 279–282.

14. Бриндіков Ю. Л. Зарубіжний досвід реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. *Збірник наукових праць [Херсонського державного університету]. Педагогічні науки*. 2017. Вип. 78(2). С. 195–200.
15. Бриндіков Ю. Л. Комплексна соціально-педагогічна реабілітація військовослужбовців – учасників збройних конфліктів. *Наук. вісн. Ізмаїл. гуманіт. ун-ту. Серія: Пед. науки: зб. наук. пр.* Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2017. Вип. 36. С. 18–24.
16. Бриндюков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. ... докт. пед. наук. 13.00.05. Хмельницький; Тернопіль, 2018. 559 с.
17. Варивончик Д. В., Буранова Я. Ю. Ефективність ранньої комплексної психологічної реабілітації комбатантів з післятравматичними стресовими розладами. The 4th International scientific and practical conference — *Priority directions of science and technology development*. (December 20–22, 2020). SPC — Sci-conf.com.ua, Kyiv, Ukraine, 2020. 1472 p.
18. Вдовиченко А. В. Застосування каністерапії в реабілітації дітей із порушеннями психофізичного розвитку: метод. рек. Чернігів: ФОП, 2024. 48 с.
19. Вдовиченко А., Кулько М. Досвід застосування методу каністерапії в обласному центрі комплексної реабілітації дітей з інвалідністю «Відродження». *Актуальні проблеми ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології: зб. тез доповідей III Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Запоріжжя, 4–5 жовтня 2019 р.) / за заг. ред. А. Г. Шевцова. Запоріжжя: Вид-во Хортицької нац. академії, 2019. С. 274–276.
20. Вдовіченко О. В., Соколова І. М., Педченко О. В., Степанова С. С., Фролова О. В. Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: досвід Ізраїлю. *Zeszyty naukowe Wyższej szkoły technicznej w Katowicach*. 2023. № 16. S. 107–118.
21. Війна в Україні: зроблені висновки та незасвоєні уроки: збірник тез Міжнародної науково-практичної конференції (21 лютого 2025 року) /

упоряд. У. О. Цмоць. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2025. 586 с.

22. Водка М. Є., Алієва Т. А., Вашкіте І. Д. Анімалотерапія як метод роботи з дітьми з ранньою затримкою психічного розвитку. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2018. Вип. 1. С. 42–49.

23. Волошин В. М. Програма реабілітації комбатантів. *Технології розвитку інтелекту*. 2015. № 9.

<https://journals.indexcopernicus.com/search/journal/issue?issueId=150165&journalId=32062>

24. Гавриленко К. А., Демченко О. О. Дослідження та застосування методів реабілітації. *Актуальні проблеми фізичного виховання та спорту в сучасних умовах: матеріали Регіональної наукової інтернет-конференції, присвяченої 105-річчю заснування ДНУ ім. О. Гончара*. Дніпро, 2023. С. 63–67.

25. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2021. № 8. С. 27–32.

26. Герасіна С., Мельничук О. Використання каністерапії в роботі з дітьми з вадами розумового розвитку та аутичними розладами. *Humanitarium*. 2017. Т. 39, Вип. 1. С. 63–74.

27. Горбунова В. В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах. *Наука і освіта*. 2016. № 5. С. 40–45.

28. Грандт В. В. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для здобувачів ступеня вищої освіти магістра спеціальності «Психологія» освітньопрофесійної програми «Психологія». Запоріжжя: Запорізький національний університет, 2024. 107 с.

29. Гращенко І. С. Працевлаштування ветеранів — соціальна відповідальність кожного (держави, бізнесу та громадянського суспільства). *Європейський науковий журнал економічних та фінансових інновацій*. 2025. 1(15). С. 5–16.

30. Гринь О. О., Пістряк А. І., Мітусова А. О. Каністерапія, дельфінотерапія - форми лікування в інклюзивній освіті. *Система надання освіти дітям з особливими освітніми потребами в умовах сучасного закладу: збірник за матеріалами VI Всеукр. науково-практичної конференції* (12 грудня 2018 р.). Лисичанськ: ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського нац. ун-ту імені Тараса Шевченка», ФОП Чернов О.Г., 2018. С. 67–71.

31. Гриценко Л. І. «Peer-to-peer» method in the interaction of support groups members and mutual aid groups. OSCE Project Co-ordinator in Ukraine, м. Київ, Україна, 2018. № 2. С. 117–177.

32. Гульбс О., Кобець О. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. 2021. № 7. С. 100–1006.

33. Денисенко М. М., Лакинський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 2. С. 40–44.

34. Дідик Н. Ф. Socio-psychological support of the servicemen's family members as the factor influencing the moral and psychological state of the combatant during the period of accomplishing tasks in ATO zone. *Ukrainian psychological journal*. 2018. 1(7). С. 41–57.

35. Дуля А. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Соціальна робота і сучасність: теорія та практика вирішення проблем учасників і постраждалих у збройних конфліктах: матеріали IX Міжнародної наук.-практ. конференції*. 2019. С. 70–72.

36. Дуда А. О. Каністерапія: собаки-терапевти лікують людей. *Здоров'я людини: теоретичні, практичні та методичні аспекти: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф.* м. Полтава, 17 листопада 2016 р. Полтава, 2016. С. 31–32.

37. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1. С. 5–16.

38. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / за ред. Л. П. Мельник, В. І. Співака. Вип. XXXII. Серія: соціально-педагогічна. Кам'янець-Подільський: Медобори-2006, 2019. 202 с.
39. Михальський А. В., Царьов Ю. О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. Проблеми сучасної психології. 2011. 12. С. 687–696.
40. Зимянський А., Скоропад В. Науково-психологічний аналіз дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу в Україні. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2025. № 1. С. 83–86.
41. Ілляк О. О. Інформація і фізіологія організму як основні чинники посттравматичних стресових розладів та психологічного захисту. *Науковий вісник Льотної академії. Серія: Педагогічні науки*. 2019. Вип. 6. С. 67–74.
42. Кабінет Міністрів України. Деякі питання ментальної, спортивної, фізичної, психологічної реабілітації та професійної адаптації ветеранів війни, членів їх сімей та деяких інших категорій осіб: Постанова від 18 берез. 2024 р. № 307. Офіційний вісник України. 2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/307-2024-p> (дата звернення: 14.05.2025).
43. Кальниш В. В., Пишов Г. Ю., Варивончик Д. В. Актуальні проблеми психофізіологічного стану учасників бойових дій. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4(1). С. 37–43.
44. Карамушка Л., Креденцер О., Терещенко К., Карамушка Т., Трофімова Д., Трофімов А., Полівко Л., Вісіч О., Зварич Р. Наявність дітей як чинник використання військовими, які зазнали ампутації, активних та продуктивних копінг-стратегій для подолання кризової ситуації. *Особистісні та психофізіологічні ресурси життєстійкості: матеріали IV Науково-методичного семінару* (м. Київ, 21 вересня 2023). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. С. 33–36.
45. Кашуба Л., Чекан О. *Вісник Науково-дослідної лабораторії інклюзивної педагогіки. Вип. 9: спеціальна та інклюзивна освіта: теорія,*

*методика, практика: матеріали 9-ої Всеукр. наук.-практ. конф. (30–31 березня 2023 р.).* Умань: Візаві, 2023.

46. Квітчата Г. І. Зоотерапія. *Енциклопедія Сучасної України*.

URL: <https://esu.com.ua/article-17075> (дата звернення: 08.06.2025)

47. Кердивар В. В., Краснокутський М. І., Овсяннікова Я. О., Платонов В. М., Похілько Д. С., Тімченко О. В. Основи психореабілітації (в схемах та таблицях): навч. посібник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Х.: Видво НУЦЗУ, 2023. 358 с.

48. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П. та ін. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

49. Клевака Л. П. Досвід використання каністерапії в діяльності закордонних соціальних працівників. *Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі: матеріали II Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Запоріжжя, 9–10 квіт. 2020 р.).* Запоріжжя, 2020. С. 33–38.

50. Коляденко Н. В. Зоопсихологія та порівняльна психологія: підручник. Київ: ДП «Вид. дім «Персонал», 2019. 508 с.

51. Корня Л. В. Теоретичний аналіз проблеми бойового стресу. *Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах (5 листопада 2020 р.).* Київ: НУОУ, 2020. С. 136–138.

52. Кравченко О. О. Каністерапія як інноваційний напрям соціально-психологічної реабілітації. *Інноватика у вихованні*. 2021. 1(13). С. 28–38.

53. Крамар Т. В., Скляренко О. Є. Світовий досвід реабілітації та адаптації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Вчені записки ТНУ ім. В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2024. Т. 35(74). № 4. С. 143–148.



54. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 15. С. 50–56.
55. Лабінський А. І., Грицина М. Р., Гутий Б. В., Лабінська Х. Б. Анімалотерапія як перспективний напрям реабілітаційного лікування людини. *Науковий вісник ЛНУ ветеринарної медицини та біотехнологій. Серія: Економічні науки*. 2019. Т. 21, № 92. С. 160–164.
56. Ленчинська А. Механізми арт-терапії з точки зору нейронауки в роботі з ПТСР. *Інноваційні напрями розвитку психології та педагогіки в умовах воєнного стану: матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф.*, м. Київ, 21 червня 2025 р. Київ: МЦНД, 2025. С. 62–66.
57. Лебедева С. Ю. Використання психотренінгових технологій у практичній діяльності психологів ДСНС України: практ. порадник / [за заг. ред. В. П. Садкового]. Харків: Панов А. М., 2018. 339 с.
58. Лебедева С. Ю., Назаров О. О., Овсяннікова Я. О., Оніщенко Н. В., Похілько Д. С., Тімченко В. О., Тімченко О. В., Христенко В. Є. Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції: монографія / За заг. ред. Н. В. Оніщенко, О. В. Тімченка. Х.: НУЦЗУ, 2019. 174 с.
59. Мазур Н. В. Іпотерапія як психотерапевтичний та фізіотерапевтичний метод лікування хворих / наук. кер. Л. В. Юрчук. *Комплексне підходи у вирішенні проблем сучасної науки: матеріали II міжнар. наук.-практ. конф.*, 20–21 квіт. 2023 р., м. Рівне. Рівне: ГО «Наукова спільнота», 2023. С. 98–100.
60. Михеєва І. О., Ніколенко І. В. Каністерапія як важливий напрям у кінології. *Сучасна кінологія: стан, проблеми, перспективи [Електронний ресурс]: матеріали Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції*, 24–25 травня 2023 р. Харків, 2023.
61. Мінєнко Г. М., Крошка С. А. Основні лікувальні властивості анімалотерапії. *Система надання освіти дітям з особливими потребами в*

умовах сучасного навчального закладу: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Лисичанськ, 14 грудня 2016 р.). Лисичанськ: ВП «ЛПК ЛНУ», ФОП Пронькіна К. В., 2016. С. 97–100.

62. Назаренко О. Л. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2018. Вип. 1. С. 73–76.

63. Напрєєнко О. К., Сиропятов О. Г., Дзеружинська Н. О., Напрєєнко Н. Ю., Друзь О. В., Гічун В. С., Горбань А. Є. Матеріали науково-практичної конференції Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, вип. 1. С. 145–150.

64. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб.: у 3 т. Т. 1 / заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.

65. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб.: у 3 т. Т. 2 / заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.

66. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. у 3 т. Т. 3 / заг. ред. Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.

67. Островський О. О., Волинець Н. В. Заходи психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2017. № 14. С. 236–241.

68. Павлик Н. В. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів: метод. посіб. Київ, 2020. 92 с.

69. Панасенко Н. М. Від травми до творчості: арт-терапія у подоланні ПТСР та відновленні психічного здоров'я. *Особистісні та психофізіологічні ресурси життєстійкості: Матеріали IV Науково-методичного семінару* (м. Київ, 21 вересня 2023). Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2023. С. 69–70.

70. Пенькова Д. П. Каністерапія як один із методів соціальної реабілітації осіб з особливостями розвитку. *Актуальні проблеми корекційної освіти (педагогічні науки): зб. тез доп. VIII Міжнар. наук.-практ. конф.*, 18–19 жовт. 2017 р., м. Кам'янець-Подільський. Кам'янець-Подільський: ПДАТУ, 2017. С. 161–163.

71. Погорілець О. В. Каністерапія, як одна з можливостей використання службових собак після встановлення їх неспроможності нести службу. *Шлях успіху і перспективи розвитку (до 26 річниці заснування Харківського національного університету внутрішніх справ): матеріали Міжнар. наук.-практ. конф.* (м. Харків, 20 листоп. 2020 р.) / [редкол.: Д. В. Швець (голова), О. М. Бандурка, С. М. Гусаров та ін.]; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків: ХНУВС, 2020. С. 408–410.

72. Попелюшко Р. П. Особливості проведення етапів програми психологічного супроводу комбатантів та їх сімей. *The 3rd International scientific and practical conference —Achievements and prospects of modern scientific research* (February 7–9, 2021). Buenos Aires, Argentina: Editorial EDULCP, 2021. 356 p.

73. Попелюшко Р. П. Особливості соціально-психологічної дезадаптації комбатантів із віддаленими наслідками стресогенних впливів. *Проблеми сучасної психології*. 2016. Вип. 33. С. 410–421.

74. Попелюшко Р. П. Теоретичні основи створення програми психологічної реабілітації комбатантів з віддаленими наслідками стресогенних впливів. *Психологічний часопис*. 2016. № 2. С. 111–120.

75. Попова І. Е., Проценко Л. М. Анімалотерапія у роботі з дітьми з розладами аутичного спектру. *Система надання освіти дітям з особливими освітніми потребами в умовах сучасного закладу: Збірник за матеріалами VIII Всеукр. науково-практичної конференції з міжнародною участю* (09 грудня 2020 року). Лисичанськ: ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка», ФОП Єгорова О. Є., 2020. С. 156–165.

76. Радиш Я. Соціально-психологічна реабілітація громадян — важлива складова державної політики України в сучасних умовах. *Інвестиції: практика та досвід*. 2015. № 5. С. 6–8.
77. Розов В. І. Методи та техніки психологічної роботи з опрацювання травматичного досвіду. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2024. (2). С. 46–52.
78. Романенко Є., Коляденко Н. Теоретичне обґрунтування зоотерапевтичних втручань щодо психоемоційного стану особистості. *Наукові перспективи (Naukovì perspektivi)*. 2021. № 5(11). С. 425–436.
79. Садрицька С. В. Проблеми каністерапії як новітнього методу практичної соціальної роботи. *Socioprостір: міждисциплінарний електронний збірник наукових праць з соціології та соціальної роботи*. 2021. № 11. С. 38–45.
80. Салайда І. М., Попович Д. В. Психогенний чинник як важливий інструмент у фізичній реабілітації комбатантів: досвід та перспективи. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. (4). С. 42–46.
81. Самохін М. К. Трудотерапія як засіб соціальної реабілітації людини. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2017. Вип. 54. С. 221–227.
82. Сервецький І. В., Назаренко О. Л. Соціально-психологічна реабілітація співробітників (працівників) оперативних підрозділів Служби безпеки України. *Прикарпатський юридичний вісник*. 2017. Вип. 6(1). С. 139–142.
83. Синишина В. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників антитерористичної операції. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2021. Вип. 4. С. 162–170.
84. Скрипаченко Т. В. Дослідження психологічних особливостей впливу каністерапії на особистість. *Technologies, Methods and Theories: Current Problems of Science: Proceedings of the International Scientific and Practical*

Conference, November 14, 2023, Bratislava, Slovak Republic. Bratislava: International Science Group, 2023. С. 115–118.

85. Соціально-психологічна реабілітація ветеранів. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, проведеної в межах Форуму з підтримки ветеранів, ветеранок та членів їх сімей «Рівненська єдність» 27–28 лютого 2025 року. Рівне: РДГУ, 132 с.

86. Тимофієва М. П., Долінська А. А. Теоретико-методологічний аналіз ефективності застосування анімалотерапії. The 5th International Scientific and Practical Conference «*Progressive Research in the Modern World*» (February 1–3, 2023). Boston, USA: BoScience Publisher, 2023.

87. Тімченко В. О. Деякі погляди щодо побудови дієвої системи психологічної реабілітації рятувальників - учасників локальних збройних конфліктів. *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. 3(46). С. 305–310.

88. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. 2015. Вип. 124. С. 230–233.

89. Топчило А. В. Каністерапія як додатковий метод психологічної підтримки під час психологічного відновлення персоналу ДСНС, який зазнав поранень. *Війна в Україні: зроблені висновки та незасвоєні уроки: зб. тез Міжнар. науково-практ. конф.*, м. Київ – Львів – Харків, 21 лют. 2025 р. Львів, 2025. С. 506.

90. Хаустова О. О., Трачук Л. Є. Посттравматичний стресовий розлад: історичний аспект. *Архів психіатрії*. 2015. Т. 21, № 1. С. 6–11.

91. Хрущ-Ріпський Ю. А. Технології подолання психотравм війни. Scientific Trends: History, Development and Existing Problems: Proceedings of the International Scientific and Practical Conference, August 2, 2023, Warsaw, Poland. Warsaw: European Scientific Platform, 2023. С. 114–117.

92. Чернілевська-Ісайко О. В. Вплив каністерапії на психологічні ресурси саморегуляції і стійкості поліцейських під час повномасштабного вторгнення: дис. ... д-ра філос.: 053 Психологія 05 Соціальні та поведінкові науки / О. В. Чернілевська-Ісайко; наук. кер. З. О. Кіреєва. Одеса: Одес. нац. ун-т імені І. І. Мечникова, 2025. 200 с.

93. Шекула О. Н. Роль анімалотерапії у лікуванні та профілактиці захворювань. *Сучасні технології в оздоровчій діяльності: матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф., 23–24 квіт. 2020 р., м. Рівне*. Рівне: НУВГП, 2020. С. 134–136.

94. Шеленкова Н. Л. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2024. № 10(44). С. 1112–1120.

95. Шимко В. А., Бабаджанова А. Н. Психотерапевтичні механізми каністерапії: роль плацебо та антропоморфізації у досягненні терапевтичних результатів. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2024. № 12. С. 1403–1412.

96. Шинкарук О. М. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців-прикордонників після проходження служби в зоні проведення операції об'єднаних сил. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія*. 2019. Вип. 2. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn\\_2019\\_2\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadpn_2019_2_10)

97. Шипелік Т. В. Dolphin therapy as the leading method of psycho-rehabilitation of teenagers with mild intellectual disorders. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2019. (3). С. 174–181.

98. Школа О. М., Осіпцов А. В. Сучасні фітнес-технології оздоровчо-рекреаційної спрямованості: навч. посібник. Харків: Комунальний заклад «ХГПА» ХОР, 2017. 217 с.

99. Яловнича Є. Д., Федяєва А. С. Важливість каністерапії у воєнний та післявоєнний час. *Integration of Education, Science and Business in Modern*

Environment: Winter Debates: Proceedings of the 4th International Scientific and Practical Internet Conference, February 23-24, 2023. Dnipro, Ukraine: FOP Marenichenko V.V., 2023. С. 318–319.

100. Яценко Г. Подолання бойового стресу за допомогою каністерапії в системі ДСНС. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2022. № 2. С. 123–125.

101. Ячнюк М., Зендик О., Гуліна Л., Ячнюк Є. Використання каністерапії у реабілітаційному лікуванні дітей. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 15*. 2023. 12(172). С. 198–201.

102. Beetz A., Schöfmann I., Girgensohn R., Braas R., Ernst C. Positive Effects of a Short-Term Dog-Assisted Intervention for Soldiers With Post-traumatic Stress Disorder—A Pilot Study. *Front. Vet. Sci.* 2019; 6:170. doi: 10.3389/fvets.2019.00170

103. Complementary and alternative medicine for PTSD / ред. D. M. Benedek, G. H. Wynn. Oxford: Oxford University Press, 2016. 384 с.

104. Burton L. E., Qeadan F., Burge M. R. Efficacy of equine-assisted psychotherapy in veterans with posttraumatic stress disorder. *J Integr Med.* 2019; 17:14–19.

105. Chirico F., Capitanelli I., Nowrouzi-Kia B., Howe A., Batra K., Sharma M., Acquadro-Maran D. Animal-assisted interventions and post-traumatic stress disorder of military workers and veterans: a systematic review. *Journal of Health and Social Sciences.* 2022; 7(2):152–180.

106. Gimigliano F., Negrini S. The World Health Organization «Rehabilitation 2030: a call for action». *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine.* 2017; 53(2):155–168.

107. Kachalova T. Social rehabilitation of children with special educational needs using animal therapy. In: *In the third millennium: Information Technology, Education, Law, Psychology, Social Sphere, Management.* 2024. С. 491–513.

108. Kis A., Bence M., Lakatos G., Pergel E., Turcsan B., Pluijmakers J., et al. Oxytocin receptor gene polymorphisms are associated with human directed social behavior in dogs (*Canis familiaris*). *PLoS One*. 2014; 9(1):e83993, 1–9.
109. Knobloch H. S., Charlet A., Hoffamn L. C., Eliava M., Khrulev S., Grinevich V. Evoked axonal oxytocin release in central amygdala attenuates fear response. *Neuron*. 2012; 73(3):553–566.
110. Kotrschal K., Ortbauer B. Behavioral effects of the presence of a dog in a classroom. *Anthrozoos*. 2003; 16:147–159.
111. Labinskyi A., Hrytsyna M., Gutyj B., Labinska H. Animal therapy as a promising direction of human rehabilitation treatment. *Scientific Messenger of LNU of Veterinary Medicine and Biotechnologies. Series Economical Sciences*. 2019; 21(92):160–164.
112. Lass-Hennemann J., Peyk P., Streb M., Holz E., Michael T. Presence of a dog reduces subjective but not physiological stress responses to an analog trauma. *Frontiers in Psychology*. 2014; 5:1010. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01010
113. Leighton S. C., Nieforth L. O., O’Haire M. E. Assistance dogs for military veterans with PTSD: A systematic review, meta-analysis, and meta-synthesis. *PLoS ONE*. 2022; 17(9):e0274960.
114. Makarenko S. Socio-psychological rehabilitation of participants in combat operations. *Psychological Journal*. 2018; 4(3):86–95.
115. Missig G., Ayers L. W., Schulkin J., Rosen J. B. Oxytocin reduces background anxiety in fear-potentiated startle paradigm. *Neuropsychopharmacology*. 2010; 35(13):2607–2616.
116. Na F., Richang Z. Influences of pets on the empty nester family. *Chin. Ment. Health J*. 2003; 17:569–571.
117. Nagengast S. L., Baun M., Megel M. M., Leibowitz J. M. The effects of the presence of a companion animal on physiological arousal and behavioral distress in children during a physical examination. *J. Pediatr. Nurs*. 1997; 12:323–330.



118. Nieforth L. O., Rodriguez K. E., O'Haire M. E. Expectations versus experiences of veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD) service dogs: An inductive conventional content analysis. *Psychol Trauma*. 2022; 14(3):347–356.
119. Odendaal J. S., Meintjes R. A. Neurophysiological correlates of affiliative behavior between humans and dogs. *Vet. J.* 2003; 165:296–301.
120. Olmert M. D., Nordstrom M., Peters M., St. Laurent M., Yount R. Canine connection therapy: finding purpose and healing through the training of service dogs. In: *Posttraumatic stress disorder and related diseases in combat veterans*. Switzerland: Springer International Publishing, 2015.
121. Prothmann A., Bienert M., Ettrich C. Dogs in child psychotherapy: effects on state of mind. *Anthrozoos*. 2006; 19:265–277.
122. Stern S. L., Donahue D. A., Allison S., Hatch J. P., Lancaster C. L., Benson T. A., et al. Potential benefits of canine companionship for military veterans with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Soc Anim*. 2013; 21:14.
123. Tedeschi P., Jenkins M. A. (ред.). *Transforming trauma: resilience and healing through our connections with animals*. West Lafayette, Indiana: Purdue University Press, 2019. 488 c.
124. Tedeschi P., Sisa M. L., Olmert M. D., Parish-Plass N., Yount R. Treating human trauma with the help of animals: trauma informed intervention for child maltreatment and adult post-traumatic stress. In: Fine A., ed. *The Handbook on animal-assisted therapy*. 2015. pp. 305–319.

## ДОДАТКИ

### **Програма «Соціально-психологічна реабілітація комбатантів з посттравматичним стресовим розладом методом каністерапії»**

#### **Теоретичний блок**

##### **Заняття №1**

**Тема:** Ознайомлення учасників із поняттям «каністерапія» та особливостей її проведення

**Мета:** ознайомлення з поняттям і правилами проведення каністерапії

**Інструментарій:** бесіда за планом + індивідуальні відповіді на запитання

##### **Зміст заняття**

1. Поняття та історія каністерапії – коротке пояснення суті методу, цілей та очікуваних ефектів; – окреслення, що каністерапія є допоміжним психореабілітаційним інструментом, який працює через контакт, стабілізацію, відновлення позитивних емоцій та соціальної взаємодії.
2. Особливості відбору собак-терапевтів – критерії придатності собаки; – роль кінолога у забезпеченні контролю та безпеки.
3. Правила поводження із собаками-терапевтами – що дозволено та що заборонено; – як подавати команди, як торкатися, як взаємодіяти.
4. Індивідуальні бесіди та відповіді на запитання – уточнення страхів або сумнівів; – узгодження меж комфорту кожного учасника.

##### **Рефлексія:**

- Що було новим про каністерапію?
- Які правила взаємодії для мене важливі?
- Який рівень готовності до контакту з собакою зараз?

## **Заняття №2**

**Тема:** Знайомство із собаками-терапевтами та обговорення організаційних моментів

**Мета:** знайомство та організаційне узгодження

**Інструментарій:** взаємодія кінолога із собаками – спостереження учасників + наочний інструктаж

### **Зміст заняття**

1. Демонстрація взаємодії «кінолог – собака». Учасники спостерігають за тим, як кінолог керує собакою, дає команди, зупиняє небажану реакцію та підтримує контроль.

2. Наочний інструктаж щодо поводження з песиками терапевтами – демонструється правильний підхід до собаки; – демонструються базові дії: як запропонувати контакт, як погладити, як відреагувати на втому собаки; – коротке тренування з учасниками: «підійди – встанови контакт – відійди» у комфортному темпі.

3. Організаційні моменти – узгодження порядку участі у вправах; – наголос на праві паузи.

Рефлексія:

- Які відчуття виникли при першому контакті чи спостереженні?
- Що підтримує мою безпеку в цій роботі?

## **Інструментальний блок**

### **Заняття №3**

**Тема:** Розвиток рухової активності та координації

**Мета:** розвиток рухової активності та координації

**Вправи:**

1. Годування собаки різними способами (паличками для суші)
2. Проходження між фішками з ускладненням (ракетка з м'ячиком)
3. Витягування ноги, щоб собака проповзла або перестрибнула

### **Вправа 1 – «Годування собаки різними способами»**

**Мета:** розвиток дрібної моторики, концентрації, координації рухів.

**Процедура:** учасник отримує порцію корму – завдання дати його собаці не рукою, а через інструмент (паличками для суші), контролюючи темп, точність та спокій дій.

**Фокус:** уважність до тіла – дихання – рухи рук – відчуття контакту.

**Рефлексія:** що відбувалося з напруженням, коли потрібно діяти точно і повільно?

### **Вправа 2 – «Смуга з фішками»**

**Мета:** координація, стабілізація через ритмічний рух, переключення уваги.

**Процедура:** учасник проходить із собакою між фішками – спочатку простий маршрут, далі з ускладненням (нести ракетку з м'ячиком і утримувати баланс).

**Рефлексія:** що допомогло втримати рівновагу (контроль дихання, темп, внутрішня зібраність)?

### **Вправа 3 – «Проповзи/перестрибни»**

**Мета:** тілесна включеність, взаємодія, відчуття керованості ситуації.

**Процедура:** учасник по черзі піднімає одну ногу – собака проповзає під нею або перестрибує.

**Рефлексія:** як змінюється стан, коли ти керуєш простою безпечною взаємодією?

## **Заняття №4**

**Тема:** Розвиток навичок саморегуляції через роботу з тілом

**Мета:** саморегуляція через тіло

**Вправи:**

- медитація із собакою
- знаходження предметів певного кольору разом із собакою
- знімання та одягання амуніції

### **Вправа 1 – «Медитація із собакою»**

**Мета:** зниження напруження, стабілізація, повернення у «тут і зараз».

**Процедура:** учасники займають комфортну позу – собака поруч. Психолог задає коротку інструкцію на дихання і відчуття тіла. Контакт із собакою (погладжування або просто присутність поруч) використовується як «якір».

**Рефлексія:** що змінилось у тілі – диханні – напрузі?

### **Вправа 2 – «Знайди колір»**

**Мета:** переключення уваги з внутрішніх переживань на зовнішні стимули (заземлення).

**Процедура:** учасник отримує завдання знайти в просторі предмети певного кольору разом із собакою – у спокійному темпі, фіксуючи відчуття.

**Рефлексія:** чи зменшується нав'язлива тривога при такому фокусі?

### **Вправа 3 – «Амуніція»**

**Мета:** м'яка тілесна активність, контроль рухів, спокійний контакт.

**Процедура:** учасник під керівництвом кінолога знімає та одягає амуніцію собаці, дотримуючись правил безпеки та послідовності.

**Рефлексія:** що дає відчуття «я можу впоратися»?

## **Заняття №5**

**Тема:** Вдосконалення навичок саморегуляції та заземлення

**Мета:** саморегуляція та заземлення

**Вправи:**

- адаптація техніки «5-4-3-2-1»
- рівномірне погладжування
- модифікований варіант МАК (собака обирає та приносить карту)

### **Вправа 1 – «5-4-3-2-1» (адаптована)**

**Мета:** швидка стабілізація через сенсорні канали.

**Процедура:** психолог веде учасника через послідовність: 5 об'єктів, які бачу – 4 відчуття тіла – 3 звуки – 2 запахи – 1 смак або внутрішнє відчуття, інтегруючи контакт із собакою як додатковий сенсорний стимул.

**Рефлексія:** наскільки швидко падає напруга за шкалою 0–10?

**Вправа 2 – «Рівномірне погладжування»**

**Мета:** стабілізація через ритм, тілесна регуляція.

**Процедура:** учасник погладжує собаку рівномірно, з фокусом на відчуття долоні, темп, дихання.

**Рефлексія:** де в тілі з'являється розслаблення?

**Вправа 3 – «МАК – собака приносить карту»**

**Мета:** м'яка проекція та безпечне вербалізування стану.

**Процедура:** собака обирає і приносить карту – учасник описує, що «відгукнулося» та які асоціації виникли.

**Рефлексія:** які слова найточніше описують мій стан зараз?

## **Заняття №6**

**Тема:** Закріплення здатності відчувати позитивні емоції, зниження тривожних та депресивних симптомів

**Вправи:**

- варіації гри «Забери м'ячик»
- пошук захованих предметів
- пірамідка зі стаканчиків разом із собаками

**Вправа 1 – «Забери м'ячик» (варіації)**

**Мета:** запуск позитивного емоційного підкріплення, тілесна активність.

**Процедура:** учасник взаємодіє з собакою в грі – задає просту дію (кинути, показати м'ячик та ін.), спостерігає реакцію собаки, підкріплює успіх.

**Рефлексія:** які позитивні емоції виникли – інтерес, радість, легкість?

**Вправа 2 – «Собаки шукають заховані предмети»**

**Мета:** переключення уваги, командна взаємодія, зниження румінацій.

**Процедура:** учасники ховають предмет – собака шукає; учасники спостерігають, підказують, підтримують.

**Рефлексія:** як змінюється внутрішній стан, коли я залучений у процес пошуку?

### **Вправа 3 – «Пірамідка зі стаканчиків»**

**Мета:** координація, спільна діяльність, відчуття успіху.

**Процедура:** учасник складає пірамідку, собака виконує узгоджену дію (подає/торкається/переносить елемент за інструкцією кінолога).

**Рефлексія:** що для мене означає «невеликий успіх» у цій вправі?

## **Заняття №7**

**Тема:** Розвиток комунікативного потенціалу та вмотивованості до спілкування

### **Вправи:**

- дресування собак
- доручення піклуватись про песиків протягом дня
- прогулянки в міні-групах 2–4 людини

### **Вправа 1 – «Дресування»**

**Мета:** розвиток взаємодії, впевненості, ясності комунікації.

**Процедура:** учасник навчається давати прості команди, підкріплювати результат, відчувати контроль і відповідальність.

**Рефлексія:** чи легше мені говорити коротко, ясно і спокійно?

### **Вправа 2 – «Піклування протягом дня»**

**Мета:** відповідальність, залученість, відновлення соціальної ролі.

**Процедура:** учасникам доручають прості дії догляду (під наглядом фахівців).

**Рефлексія:** що я відчуваю, коли про когось піклуюся – напруга чи ресурс?

### **Вправа 3 – «Прогулянки у міні-групах»**

**Мета:** м'яке відновлення соціального контакту.

**Процедура:** прогулянка 2–4 осіб з собакою – акцент на природному спілкуванні без тиску.

**Рефлексія:** що спростило контакт із людьми?

## **Заняття №8**

**Тема:** Вдосконалення комунікативних навичок, зменшення симптому уникання

**Вправи:**

- заохочення розмов про собак та (за згодою) тварин у бойових умовах
- індивідуальні бесіди з психологом з присутністю собаки

**Вправа 1 – «Розмови про собак і досвід»**

**Мета:** зменшення уникання через безпечну тему-комунікатор.

**Процедура:** групова розмова починається з нейтральної теми (собаки-терапевти), і лише за згодою учасників переходить до спогадів про тварин у бойових умовах.

**Рефлексія:** що легше – говорити про собаку чи про себе через тему собаки?

**Вправа 2 – «Індивідуальні бесіди з психологом у присутності собаки»**

**Мета:** підтримка тих, хто потребує більшої уваги, зниження напруги.

**Процедура:** індивідуальна розмова у присутності собаки як ресурсу стабілізації та відчуття безпеки.

**Рефлексія:** чи допомагає бути в контакті собака поруч?

## **Заняття №9**

**Тема:** Підведення підсумків та рефлексія

**Вправи:**

- метод незакінчених речень
- психологічні «погладжування» песикам, фахівцям та один одному
- неформальна бесіда про враження

**Вправа 1 – «Незакінчені речення»**



**Мета:** усвідомлення змін і фіксація результатів.

**Процедура:** учасники завершують речення типу:

- «За час програми я...»
- «Мені стало легше, коли...»
- «Я зрозумів, що...»
- «Найбільшим ресурсом для мене було...»

**Рефлексія:** які зміни я помічаю в собі?

### **Вправа 2 – «Психологічні погладжування»**

**Мета:** позитивне підкріплення, підтримка, завершення взаємодії.

**Процедура:** учасники висловлюють короткі підтримуючі фрази – собакам, фахівцям, іншим учасникам.

**Рефлексія:** чи легко мені приймати і давати підтримку?

### **Вправа 3 – «Неформальна бесіда»**

**Мета:** закріплення соціального контакту, завершення без напруги.

**Процедура:** вільний обмін враженнями, що було корисним, що складним.

## **Заняття №10**

**Тема:** Завершення курсу та прощання з песиками

**Вправи:**

- завершальне тепле коло
- фототерапія з собаками

### **Вправа 1 – «Завершальне тепле коло»**

**Мета:** емоційно безпечне завершення процесу.

**Процедура:** кожен учасник коротко підсумовує: що забирає із собою, що було цінним, яке побажання бере собі на майбутнє.

**Рефлексія:** що я хочу зберегти як ресурс після програми?

### **Вправа 2 – «Фототерапія з собаками»**

**Мета:** закріплення позитивного досвіду та ресурсного образу.

**Процедура:** фотографування учасників із собаками як символ завершення, підтримки та позитивного контакту.

**Рефлексія:** який сенс для мене має цей образ – «я у безпеці», «я можу відчувати спокій», «я не сам»?