

# КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Психологічні особливості прояву тривожності у військових з досвідом іпотерапії**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-223 групи  
Спеціальності 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма  
Клінічна психологія  
Строки З.М.  
(прізвище та ініціали)  
Керівник  
к.психол.н.,  
Трофімова Д.О.  
(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Робота рекомендована до захисту  
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

\_\_\_\_\_ д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.  
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

\_\_\_\_\_ к.психол.н., Трофімова Д.О.  
підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

**Київ–2024**

## Зміст

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПОНЯТЬ ТРИВОЖНОСТІ, ПТСР ТА ІПОТЕРАПІЇ</b> .....	8
1.1. Феномен тривожності.....	8
1.2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Психологічна реабілітація.....	17
1.3. Іпотерапія.....	24
1.4. Теоретична модель дослідження.....	38
<b>Висновки до розділу 1</b> .....	40
<b>РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНОСТІ, ОЗНАК ПТСР, ЯКОСТІ СНУ, САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНОСТІ ТА НАСТРОЮ У ВІЙСЬКОВИХ</b> .....	42
2.1. Підходи до дослідження психічних станів військових .....	42
2.2. Вибір та опис методик.....	45
2.3. Організація дослідження та характеристика вибірки.....	49
2.4. Аналіз надійності і узгодженості шкал методик дослідження.....	51
<b>Висновки до розділу 2</b> .....	53
<b>РОЗДІЛ III. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ДАНИХ ДОСЛІДЖЕННЯ. ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ МЕТОДОМ ІПОТЕРАПІЇ</b> .....	54
3.1. Аналіз та інтерпретація даних.....	54
3.2. Програма короткострокового втручання Spirit Warrior.....	70
3.3. Груповий протокол застосування іпотерапії для військових з ПТСР.....	73
3.4. Протипоказання до іпотерапії. Різниця між іпотерапією та іповенцією..	78
<b>Висновки до розділу 3</b> .....	80
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	82
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	87

## ВСТУП

*Актуальність.* Політична та соціально-економічна ситуація в Україні в останні роки характеризується значними потрясіннями, включаючи збройний конфлікт, економічну нестабільність та масові переміщення населення. Ці фактори мають серйозний вплив на психічне здоров'я населення, спричиняючи широкий спектр психологічних розладів. У цьому контексті особливу увагу заслуговують певні категорії населення, які є найбільш вразливими до негативних психологічних наслідків. Учасники бойових дій є однією з найуразливіших груп щодо розвитку психологічних розладів. Вони регулярно стикаються з екстремальними стресовими ситуаціями, що підвищує ризик виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Дослідження показують, що середній показник ПТСР серед учасників бойових дій в Україні становить 15-30%. Крім того, члени їхніх сімей також зазнають значного стресу через тривоги за життя та здоров'я своїх близьких, що може призводити до тривожних розладів та депресій. Показник ПТСР після серйозних психологічних потрясінь і стресу в мирний час становить близько 0,5–1,2%. У великій кількості населення після тяжкої психотравмуючої події проблеми з психічним здоров'ям виникатимуть через деякий час. Вимушені переселенці, які залишили свої домівки через збройний конфлікт, стикаються з численними труднощами, включаючи втрату майна, розрив соціальних зв'язків та невизначеність майбутнього. Ці фактори спричиняють високий рівень стресу, що може призводити до розвитку тривожних розладів, депресій, а також соматоформних розладів. Особи, які отримали поранення або стали інвалідами внаслідок конфлікту, стикаються не лише з фізичними труднощами, але й з серйозними психологічними проблемами. Вони часто відчувають почуття безнадії, втрати контролю над своїм життям, що може спричинити депресії, тривожні розлади та розлади адаптації.

Одним з найбільш поширених розладів серед учасників бойових дій та інших осіб, що зазнали серйозних травматичних подій є ПТСР, також

поширені тривожні розлади, що проявляються у вигляді постійної тривоги, панічних атак, obsесивно-компульсивних симптомів та соціальної фобії. Без сумніву часто зустрічаються депресивні розлади, соматоформні розлади, розлади адаптації.

Вказані вразливі групи населення потребують своєчасної, сучасної та ефективною психологічної реабілітації та адаптації в соціумі, реінтеграції у суспільство. Учасники військових конфліктів представляють унікальну категорію, яка потребує комплексної реабілітації, і особливу увагу слід приділити і особам з інвалідністю серед них. Ця категорія може мати важливе значення для суспільства, оскільки більшість ветеранів, які були інвалідизовані вперше, є людьми працездатного віку.

Якщо цьому питанню не буде приділено достатньо уваги, це призведе до зростання соціальної напруженості, кількості правопорушень внаслідок асоціальної поведінки, зниження якості життя, благополуччя населення. Існують різні підходи та методи реабілітації, одними з яких є методи з залученням тварин (анімотерапія), що використовується для покращення психічного, фізичного та соціального стану людини. В Україні є певний досвід використання терапії з залученням коней (EAT - equine-assisted therapy), і іпотерапії як її напрямку. Але на сьогодні не досить повно розкрито можливості іпотерапії з метою реабілітації військових, практично немає наукових досліджень щодо впливу цього методу на психофізіологічний стан людини. Іпотерапія входить до стандартів медико-соціальної реабілітації, однак не застосовується як науково обґрунтований та затверджений метод саме психологічного чи психотерапевтичного впливу (іповенція).

*Метою* магістерської роботи є аналіз впливу іпотерапії на рівень тривожності, прояви ПТСР, на самопочуття, активність, настрій та якість сну у військових.

*Об'єкт дослідження:* психологічний феномен тривожності у військових, що приймали безпосередню участь у військових діях на передовій.

*Предмет:* дослідження психологічних особливостей прояву тривожності у військових з досвідом реабілітації методом іпотерапії.

Поставлена мета передбачає розв'язання таких конкретних завдань:

- проаналізувати поняття тривожності, ПТСР, побудувати теоретичну модель дослідження;
- дослідити історію виникнення, розвиток, сучасний стан та можливості методу іпотерапії в Україні;
- спланувати та описати емпіричне дослідження впливу іпотерапії на рівень тривожності, самопочуття, активність, настрої, прояви ПТСР та якість сну у військових;
- провести аналіз та інтерпретацію результатів дослідження;
- розробити ефективну реабілітаційну програму для військових, що буде включати метод іпотерапії та іповенції.

*Методологія дослідження.* Завдання дослідження зумовили вибір наступних методів та методик:

- метод теоретичного аналізу літератури з теми дослідження, систематизація наукового матеріалу;
- емпіричні методи: методика самооцінки самопочуття, активності та настрою (САН); шкала тривоги Бека; Пітсбургський опитувальник якості сну; Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (військовий варіант);
- статистичні методи - аналіз даних, метод описової статистики, порівняльний аналіз, кореляційний аналіз, лінійна регресія. Використовувалась програма Jamovi.

*Теоретична основа* будувалась спираючись в основному на роботи таких дослідників, що вивчали поняття тривожності, як: Альфред Адлер, Карен Хорні, Зігмунд Фройд, Карл Роджерс, Реймонд Кеттелл, Чарльз Спілбергер, Ясточкіна І.А., Подольська Г.Ю., Т. Іванова; дослідників, що займаються напрямком іпотерапії, реабілітації військових: Цвєрава Д.М.,

Бураго Г.С., Ірха В. П., Хандогіна О. В., Кокун О. М., Лозинська Н. С., Попелюшко Р.П., Лабінський А.Й., Virgit Heintz, Андреа Бетц, тощо.

*Характеристика вибірки.* В емпіричному дослідженні було задіяно 78 військових, що перебували на ротації в Києві (4 жінки та 74 чоловіка). Експериментальна група складається з військових, що пройшли Програму реабілітації та мають досвід іпотерапії – 40 осіб. В контрольну групу ввійшли військові, що не проходили реабілітацію іпотерапією – 38 осіб.

*Теоретична та практична значущість дослідження.*

Теоретична значущість роботи полягає в узагальненні та систематизації сучасних теоретичних знань, матеріалів наукових психологічних праць, що присвячені проблематиці тривоги та ПТСР у військовослужбовців. Ґрунтовне вивчення наукових статей та іноземної літератури з іпотерапії, різноманітних терапевтичних втручань за допомогою коней та реабілітації військових новітніми методами. Побудова теоретичної моделі, що пов'язує тривожність, ПТСР, якість сну, самопочуття, активність, настрої та особливості впливу іпотерапії на них.

Дослідження тривоги у військовослужбовців має надзвичайно важливе значення з огляду на специфічні умови їхньої професійної діяльності, що характеризуються високим рівнем стресу та психоемоційного напруження. Тривога, як одна з найбільш поширених реакцій на бойові умови, може істотно впливати на психічне здоров'я та бойову ефективність військовослужбовців.

Вивчення прояву тривоги серед військових дозволяє ідентифікувати фактори, що сприяють розвитку патологічних станів, таких як посттравматичний стресовий розлад, генералізований тривожний розлад та інші психічні розлади. Це, у свою чергу, сприяє розробці ефективних превентивних заходів та терапевтичних інтервенцій, спрямованих на зниження ризиків та пом'якшення негативних наслідків стресових ситуацій.

Проведене теоретичне та практичне дослідження може бути використано для ефективної реабілітації військових, побудові програм із застосуванням іпотерапії, іповенції, терапевтичних втручань за допомогою

коней. Дана робота може бути корисною для поширення інформації про впливу іпотерапії на тривожні стани, ПТСР, покращення фізичного та емоційного стану, стабілізації психологічного стану військових після такої реабілітації. Наукове дослідження може сприяти більш ширшому розповсюдженню подібної реабілітації, застосуванню новітніх методів та програм, дієвої допомоги, настільки необхідної для нашої країни в військовий час.

# РОЗДІЛ I

## ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПОНЯТЬ ТРИВОЖНОСТІ, ПТСР ТА ШОТЕРАПІЇ

### 1.1. Феномен тривожності

Травматичний досвід під час військових дій може мати серйозні наслідки для психіки людини. Особливо вразливими є люди, що перебували безпосередньо у військових діях, втратили близьких, піддавались тортурам, були свідками насильства. Тривога є домінуючою реакцією, що виникає в психіці військового, який перебуває безпосередньо в зоні бойових дій. Надалі розглянемо огляд цих понять.

*Тривожність* є індивідуальною психологічною характеристикою, яка проявляється в схильності до частих, інтенсивних і тривалих переживань стану тривоги, доволі низьким порогом виникнення такого стану. Наразі немає єдиної гадки щодо причин тривожності, однак переважає погляд, що вона має як вроджену, так і набуту природу. Маючи певну генетичну схильність до тривожності, особистість з часом розвиває її через соціальні фактори, внутрішні сімейні відносини та внутрішні конфлікти, пов'язані насамперед із відношенням до себе і самооцінкою [36]. Це складне емоційне переживання, яке включає негативні відчуття неспокою всередині, стійкого відчуття діяти або щось змінювати, стурбованість. У стані тривоги індивід відчуває неповноцінність, невідповідність оточенню, втрату енергії та ресурсів. Важливо зазначити, що тривожність орієнтована на майбутнє: тривожна особа не зосереджується на поточних подіях, її турбують майбутні події [26].

Тривожність розглядається як особистісне утворення або як властивість темпераменту, що зумовлена слабкістю нервових процесів. Поділ тривоги на стан і властивість найчіткіше представлений у роботах Реймонда Кеттелла та Чарльза Спілбергера. Кеттел визначав тривожність як



багатовимірну рису особистості, що характеризується підвищеним рівнем емоційної реактивності, нестабільністю та схильністю до стресу. У його моделі особистості тривожність відображається через певні фактори, такі як напруженість, невротизм та схильність до занепокоєння. Спілбергер визначив тривожність як психологічний стан, що включає суб'єктивні відчуття напруги, тривоги та неспокою, які виникають у відповідь на стресові ситуації (*тривожність як стан*) або як стабільну рису особистості, що вказує на загальну схильність індивіда до переживання тривоги (*тривожність як риса*). Він виділяв ситуативну та особистісну тривожність.

*Особистісна* тривожність визначається як схильність до частих переживань занепокоєння, часто без очевидних причин. Вона може бути пов'язана з гормональним фоном організму, слугувати механізмом психологічного захисту, використовуватися як спосіб привернення уваги. *Ситуативна* тривожність, навпаки, має конкретні підстави і викликана певною ситуацією. Вона може виникати у однієї і тієї ж особи в різний час і за різних обставин [36].

*Тривога* визначається як стан особистості на зараз, вона може бути пов'язана з якоюсь конкретною ситуацією. В свою чергу, *тривожність* – це особливість даної особистості, її риса. Вона є доволі стійка, може визначатися високою схильністю особистості до проживання тривоги. При цьому небезпека для даної особистості може бути як уявна, так і реальна [15].

3. Фройд в своїх роботах описує можливі джерела виникнення тривоги, небезпечні ситуації в процесі розвитку дитини. По-перше це є страх у дитини, що виникає через можливість втратити найбільш важливий об'єкт – матір, від якого дитина залежить. Далі, коли дитина починає сприймати лібідозну цінність об'єкта, виникає наступний страх – втратити любов. Пізніше на перше місце виходить страх кастрації, або страх того, що буде якесь ушкодження власного тіла. У латентний період з'являється моральна тривога. На думку Фрейда, такі ситуації можуть формувати різноманітні форми тривоги та впливати безпосередньо на доросле Я. Ці різні форми тривоги, ранні, на більш

пізніх стадіях розвитку будуть показувати певну фіксацію невротичну. А невротична особистість буде проживати тривогу, несвідомо боятися цих ранніх небезпек. Тривога може бути виражена у симптомах, реакціях, що будуть витіснити цю тривогу, або ж відображати її [68].

Карен Хорні вважала, що основа суті людини полягає в природженому відчутті неспокою, і виділяла два типи тривоги: фізіологічну, пов'язану з прагненням задовольнити нагальні потреби (їжа, комфорт, втамування спраги тощо), та психологічну, що є складним процесом, пов'язаним з розвитком адекватного «образу Я». Хорні стверджувала, що людина бореться з тривогою, викликаною відчуттям небезпеки, коли усвідомлює, що її не цінують і не люблять, через що вона відмовляється від своїх щирих почуттів та ретельно планує стратегії захисту [23]. На *фізіологічному рівні* тривога буде виражатись у прискореному диханні, прискореному серцебитті, високій збудливості та чутливість буде зменшуватись. На *психологічному рівні* буде підвищена напруженість, нервозність, невизначеність. Можливе почуття небезпеки та неможливість прийняти якесь рішення.

Підвищена тривожність призводить до суттєвих змін емоційної чутливості. Тривале та інтенсивне відчуття тривоги може стати властивістю особистості, переходячи в категорію тривожних станів. [36].

Українська дослідниця І.А. Ясточкіна у своїх роботах продовжує думку К. Хорні, проте зазначає, що причини тривожності формуються на психологічному, психофізіологічному та *соціальному* рівнях. На психологічному рівні формування тривожності характеризується неадекватним сприйняттям особистістю самої себе та конфліктом між рівнями самооцінки, де одночасно актуалізуються дві тенденції — завищена самооцінка та особистісна невпевненість. На психофізіологічному рівні причини тривожності обумовлюються функціонуванням центральної нервової системи, включаючи слабкість або некоректність нервових імпульсів, хвороби чи органічні патології головного мозку. На соціальному рівні підвищення

тривожності спричиняється порушенням соціалізації, що ускладнює спілкування [46].

Згідно з Ясперсом К., тривога є емоційним станом, не пов'язаним із певним об'єктом («вільно плаваюча тривога»). Страх, на відміну від тривоги, визначається конкретним об'єктом чи стимуляцією. Цей об'єкт буде загрожувати конкретно здоров'ю людини або її життю, благополуччю. К. Ясперс називав тривогу «безпредметним почуттям». І воно буде мати якусь значущість для особи, якщо почне виражати об'єкт. Тобто страх має конкретну спрямованість, тоді як тривога не прив'язана до об'єкту [57].

Адлер Альфред розглядає тривожність як одну з основних рис характеру, що формується у людини ще з раннього дитинства. Він зазначає, що тривожність має значний вплив на життя людини, пригнічуючи її можливість спілкування з іншими та обмежуючи надію на повноцінне життя в гармонії з оточуючим світом і виявлення її творчих здібностей. Страх може стати об'єктом у будь-якій сфері людської діяльності, бути цільовим відношенням до зовнішнього середовища або внутрішніх психологічних процесів. Люди, які страждають на неврози, вибрали неправильний шлях життя через те, що в їхньому ранньому дитинстві або переживали фізичне страждання, або ними надто опікались, або були відкинуті та ігноровані. У таких умовах у дітей розвивається надмірна тривожність, вони відчують небезпеку і формують стратегії психологічного захисту для подолання почуття неповноцінності. Адлер вважав, що переживання тривоги є ознакою невротичного розвитку, що проявляється у постійному відчутті загрози самооцінці, почутті невпевненості та підвищеній чутливості до різних рівнів небезпеки [2].

Карл Роджерс описує тривожність як емоційну реакцію, що виникає внаслідок конфлікту між актуальною самооцінкою («Я-реальним») і ідеалізованим образом себе («Я-ідеальним»). У такому конфлікті особистість відчуває затримку в рухах, напруженість, але не завжди усвідомлює саму причину такої реакції. Підхід Карла Роджерса відрізняється тим, що він не

розглядає тривожність як самостійний елемент утворення особистості, а сприймає її як прояв внутрішньо особистісного конфлікту [11].

Нерідко дослідники пов'язували прояви тривожності із психосоматикою. Гаррі Салліван, американський психолог та психіатр, описує тривожність з позицій психосоматичного підходу. Він вважав, що тривожність безпосередньо впливає на симпатичну нервову систему, стимулює її. Перешкоди у втіленні бажань та небезпека активізують симпатичну стимуляцію, тобто тонус внутрішніх м'язів стає вищим через напругу м'язів кісток від центральної нервової системи, підвищується серцебиття, тиск. В свою чергу дію парасимпатичної нервової системи вмикає задоволення бажань, біологічних потягів. Це послаблює фізичну напругу в тілі, у внутрішніх органах, м'язах і свідомо не контролюється [39].

Представники поведінкового напрямку психології, такого як біхевіоризм, аналізують тривожність з іншого погляду. В рамках класичної теорії навчання дослідники розглядають тривогу і страх як схожі емоційні реакції, що базуються на умовних рефлексах. Ці емоції утворюють основу для розвитку адаптивних навичок та реакцій уникнення, що сприяє соціалізації особистості, а також може вести до розвитку невротичних порушень.

Американський психолог і експерт у галузі психології емоцій, Керрол Ізард, описує тривожність як поєднання емоції страху з іншими емоціями. Це можуть бути як одна емоція, так і декілька. Наприклад, цікавість, гнів, провина, сором. Емоція тривоги є однією з найчастіших переживань особистості в критичних та надзвичайних ситуаціях і може виконувати різні функції, як адаптивні, так і дезорганізуючі для психічної діяльності [23].

Тетяна Іванова, доцент кафедри психології Сумського університету, в своїй науковій статті вказує, що стан тривоги можна розглядати наступним чином: це реакції людини під час дії різних стресових факторів. Ці реакції

спостерігаються з боку когнітивних процесів, також можуть бути і поведінкові. В деяких випадках навіть афективні. І зазвичай ланцюжок цих реакцій є послідовним.

Стимули наведених послідовних реакцій є стресовими і приходять як з внутрішнього, так і з зовнішнього світу. Вони сприймаються особистістю як загрозові, або навіть небезпечні для життя чи здоров'я та благополуччя. Особа оцінює небезпечну ситуацію ментально, когнітивно, і це створює чи інтенсифікує стан тривоги.

Стан тривоги може бути включений до процесу тривоги. Процес тривоги відбувається в часі, має наступні компоненти: стрес - сприйняття загрози - стан тривоги. Ментальні, когнітивні відповіді та поведінкові реакції особи є складниками відчуття тривоги, вони створюються для мінімізації дискомфорту, що суб'єктивно сприймається людиною. Процес тривоги включає переоцінку стресових умов і вибір відповідних стратегій поведінкового та когнітивного регулювання, спрямованих на зменшення переживань стресу. Також він супроводжується активацією механізмів уникнення для зменшення дискомфорту, спричиненого ситуацією, що викликає тривогу.

У випадку недостатньої ефективності для мінімізації стресових реакцій, використовуються психологічний захист. Він буде направлений на зменшення тривожних проживань. Основним завданням цих механізмів є перетворення сприйняття ситуацій, стимулів, через які відбувається активізація виникнення тривожного стану. Отже, в даному випадку тривожний стан включає наступну послідовність реакцій: стан тривоги - когнітивна переоцінка - використання наявних ресурсів або психологічного захисту [16].

З одного боку, тривога негативно впливає на людську поведінку, роблячи її хаотичною та неадаптивною. Це може призвести до порушення діяльності та зниження самооцінки, що, в свою чергу, посилює тривогу, утворюючи негативний замкнутий цикл.

Натомість, важливо зауважити, що тривога може мати значущий потенціал для особистісного розвитку і сприяти створенню продуктивних результатів. Вона орієнтована на майбутнє і може мотивувати людину до дії, надаючи інформацію про можливі небезпеки та відкриваючи нові перспективи особистісного розвитку.

На практичному рівні тривога може виступати як ефективний механізм регуляції поведінки в ситуаціях потенційної небезпеки. Вона допомагає мобілізувати внутрішні резерви людини та активізувати адаптаційні механізми, що в результаті змінюють неефективні стратегії поведінки. Таким чином, тривога має дві функції. Перша полягає в захисті, а друга в мотивації до дії. Це адаптує особистість до життєвих ситуацій та викликів [16].

Результати досліджень показують, що більшість дослідників використовують термін «тривожність» для опису особистісних якостей та властивостей особистості, а також як стан дискомфорту. Невелика кількість авторів використовує його для опису почуття страху або як комбінацію страху з іншими емоціями [12].

У роботах визначних психологів, тривогу сприймали як показник дисфункції, яку можуть викликати негативні умови розвитку особистості або психологічні травми, що виникають у дитинстві. Тривога також аналізується у зв'язку з формуванням неврозів. У такому випадку, корінь тривоги шукають у глибоких внутрішніх конфліктах та недостатніх об'єктивних чи суб'єктивних внутрішніх ресурсах для досягнення поставленої мети.

Можна виділити наступні психологічні передумови виникнення тривожності:

- безумовні або вроджені: характеристики нервової та ендокринної систем, особливості темпераменту, недостатність розвитку нервових процесів;
- обумовлені: постійне повторення травматичних або стресових ситуацій.

Прояв тривожності виступає як природно обумовлений і важливий компонент, маючи як позитивні, так і негативні аспекти. З одного боку, тривога мобілізує людину в стресових ситуаціях, спонукаючи до пошуку шляхів вирішення проблем. З іншого боку, підвищена тривожність не дозволяє людині відпочити, змушуючи її залишатися в стані постійної напруги і втратити контроль над собою. Отже, тривога може бути розглянута як реакція на відчуття небезпеки, що попереджає про потенційну загрозу і мобілізує організм для подолання цієї ситуації. У цьому контексті тривога сильно зв'язана з прогностичною функцією психіки; деякий рівень тривоги може дати прогностичну компетентність, що допомагає адаптуватися в скрутних життєвих обставинах.

Проте, паніка і жах, як верхні прояви тривоги, сильно впливають на весь організм людини, його психічне та фізіологічне функціонування. Це дезорганізує людину, унеможлиблює ефективність психіки та її процесів. Людина не в змозі оцінити ситуацію адекватно та втрачає здатність аналізу інформації. Модель світу стає не реалістичною, також дуже важко примати рішення. Тут тривога є негативним станом, навіть деструктивним. Такий емоційний стан потребує терапевтичної допомоги та втручання.

Тривожність як психічний стан представляє собою складне, інтегративне і багатоаспектне явище в психічному житті особистості.

*Тривожний стан* - психічний стан, що виникає внаслідок реальних або уявних неприємних обставин, несподіваних змін у ситуаціях або затримки у задоволенні бажаних потреб, і проявляється у специфічних емоційних переживаннях, таких як побоювання, хвилювання та порушення спокою. Характерними рисами особистості під час тривожного стану є відчуття фрустрації, втрата контролю, нестача терпіння та надії. Всі ці емоційні стани є складовими частинами тривожних станів, характеризуючи його як негативний емоційний стан із підвищеною психічною активністю [36].

*Фобічний аспект* тривоги виявляється у відчутті безпідставної загрози, невпевненості в собі та почутті непотрібності. Астенічний компонент тривожності може свідчити про те, що в структурі тривожності присутня пасивність

і втома. Також можуть бути наявні розлади сну, млявість, людина може дуже швидко втомлюватись. В *астенічному аспекті* тривожних станів проявляється схильність сприймати навколишній світ як небезпечний, а також прояви нерівноваженості та емоційної нестійкості у поведінці.

Тривожні стани особистості стали центральною проблемою сучасності як в Україні, так і в усьому світі, і можуть вважатися характеристичною особливістю внутрішнього світу людини у наш час. Досліджено, що «тривожний стан особистості» представляє собою складний та різноманітний феномен у психологічному плані, який впливає практично на всі аспекти людського життя - навчальний, професійний, соціальний та побутовий.

Професійна діяльність військовослужбовців у зоні бойових дій пов'язана з психоемоційним перенавантаженням, що призводить до розвитку хронічного стресу і негативно впливає на їхнє здоров'я [8]. Це в свою чергу сприяє виникненню тривоги та посттравматичного стресового розладу. Тривога - це відчуття деякої загрози. При цьому її характер і час виникнення не піддаються прогнозуванню, що супроводжується загальним відчуттям побоювання і тривожного очікування. Загроза є невизначеною. Поведінкові прояви тривоги включають загальну дезорганізацію діяльності, що порушує її цільовість і ефективність. Зазвичай збільшена тривожність спостерігається у здорових військовослужбовців, які пережили тривалу психотравмуючу ситуацію.

Під час бойових дій військовослужбовці зазнають ряду фізичних і психологічних навантажень, що виникають через умови бойових операцій. Ці умови включають ситуації невизначеності, несподівані зміни обстановки, ергономічні умови перебування, порушення біологічних ритмів, режим харчування, клімато-географічні фактори, тривалість служби та непередбачуваний характер бойових дій.

Крім того, вони зіштовхуються з реальними або потенційними загрозами для життя та здоров'я, можливістю потрапляння в полон з наступними тортурами та знущаннями, високим ризиком каліцтва або смерті, а також



втратою бойових товаришів і мирних жителів. Побоювання щодо неможливості дожити до моменту заміни також може посилити психологічний тиск на них. Віддаленість від рідних, а також невизначеність щодо позитивного результату подій, яка в значній мірі залежить від якості командування, згуртованості, якостей керівника та дисципліни, також впливають на їхній психологічний стан [3].

Так, підвищена небезпека та інтенсивність фізичних і психологічних перевантажень можуть призвести до підвищення рівня тривожності у військовослужбовців. Це може негативно впливати на їхню здатність виконувати професійні обов'язки. Висока тривожність може знизити мотивацію військовослужбовців, поглибити почуття втоми та безпорадності, а також вплинути на їхню готовність розвивати професійні навички. Цей стан також може мати негативний вплив на психічне та фізіологічне здоров'я військовослужбовців, що може відобразитися на їхній загальній працездатності та ефективності. Тому важливо забезпечити військових необхідною підтримкою та ресурсами для зменшення рівня тривожності та покращення їхнього психофізіологічного стану [24].

Розглянемо детальніше поняття посттравматичного стресового розладу в наступному пункті.

## **1.2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Психологічна реабілітація.**

Предикторами виникнення та формування травматичних стресових розладів є безпосередня участь у бойових діях, соціальні зміни в осіб, що залишили свої домівки та стали біженцями, перебування на окупованих територіях тощо.

Як зазначає Герасименко Л.О., травматичний стрес є специфічною формою загальної стресової реакції, при якій відбувається перевантаження

психологічних, фізіологічних та адаптаційних можливостей людини. У такому випадку стрес стає травмогенним і може спричинити психічну травму.

*Посттравматичний стресовий розлад (PTSD)* відображає відстрочену або тривалу реакцію на одиночні або тривалі стресові події, які мають надзвичайно загрозливий або катастрофічний характер [14].

Симптоми зазвичай включають спогади, кошмари, пов'язані з подією, підвищену настороженість, ангедонію, тривогу, депресію та навіть суїцидальні думки та поведінку [62]. ПТСР зазвичай має тенденцію до хронізації і навіть може бути причиною інвалідності, психіатричної супутньої патології та навіть суїциду. Дослідження показали, що ПТСР є фактором ризику когнітивних порушень і деменції. Особи з посттравматичним стресовим розладом знаходяться в групі ризику зниження якості життя, зловживання психоактивними речовинами, самогубства, ризикованої та нездорової поведінки, зниження продуктивності, домашнього насильства та погіршення стосунків [55]. ПТСР викликається подією, яка є зовнішньою для індивіда (тобто травматична подія), а не слабкістю індивіда (тобто травматичний невроз). Вважається, що адаптаційні можливості постраждалих пацієнтів перевантажуються, коли вони стикаються з травматичним стресором, що призводить до симптоматичного ПТСР.

Основною ознакою посттравматичного стресового розладу є посилена реакція страху, яку можна розглядати як нездатність розрізнити небезпечні сигнали навколишнього середовища від безпечних [74]. Дослідження показують, що це пов'язано з аномаліями як появи страху, так і зникнення. Дослідження нейровізуалізації намагалися визначити основні нейронні механізми з обмеженим успіхом; проте мета-аналіз досліджень функціональної магнітно-резонансної томографії повідомив про підвищену активацію контуру страху, включаючи мигдалеподібне тіло, протягом усіх фаз навчання та згасання страху.

У людей з посттравматичним стресовим розладом можуть виникати нав'язливі спогади про травматичні ситуації, що супроводжуються тривогою,

страхом або прагненням уникнути будь-яких подій, що нагадують про ці події. Ці спогади часто виникають без зовнішніх спонукань, але їх відчуття настільки сильні, що здаються реальними. Реакції на зовнішні подразники, що нагадують про травматичні події, можуть бути ще інтенсивнішими. Розлади сну, роздратованість, знижена увага і пам'ять також можуть спостерігатися на цій стадії.

Деякі люди можуть відчувати депресію або тривожні розлади, іноді намагаються заспокоїтися за допомогою алкоголю. Військовослужбовці з ПТСР можуть мати складнощі у взаємодії з оточуючими, особливо в родині через напади роздратування або агресії. Дослідники Київського медичного університету УАНМ помітили, що у військових із ПТСР спостерігається глибока пригніченість, тривога, почуття провини та нав'язливі спогади про травматичні події. Більшість з них також мають порушення вегетативної регуляції і проблеми зі сном, такі як складнощі зі засинанням або тривожні сновидіння. Через 4-6 місяців в 15-22% від них може розвинутися депресія на тлі порушення сну, відчаю та песимістичної оцінки ситуації [28].

Сучасна терапія ПТСР включає психотерапевтичну роботу та фармакологічне втручання. І обов'язково мають бути реабілітаційні заходи та впливи.

Лікування посттравматичного стресового розладу за допомогою психотерапевтичних методів є важливою складовою терапії, оскільки потрібно відновити порушену психічну діяльність, спричинену травмою. Психотерапія спрямована на два основних аспекти ПТСР: зменшення тривоги та відновлення особистісної цілісності з контролем над власним станом [14]. Базовий метод – травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ). Тут можуть застосовуватись як індивідуальні форми терапії, так і робота в групах. Техніки: десенсибілізація та переробка травмивних переживань за допомогою рухів очей (EMDR); інтервенції, що розкривають; біологічний зворотній зв'язок, релаксаційні методи, медитація, когнітивне переструктурування; імпульсивна терапія; поведінкові тренінги; раціональна

психотерапія; екзистенціальна психотерапія; акупунктура; транскраніальні магнітні стимуляції (ТМС) тощо.

Незважаючи на різноманіття методів і напрямків психотерапії для осіб з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), всі ці методи мають спільну мету - досягнення конкретних терапевтичних цілей. Розглянемо їх за допомогою групової роботи:

- повторне переживання емоційно важливих ситуацій у безпечному середовищі групи, де можна поділитися цим досвідом з терапевтом та іншими учасниками без будь-якого тиску;
- участь у групових сесіях з іншими особами, які пережили схожі травматичні події, сприяє зменшенню почуття самотності та відчуженості, підвищує відчуття належності та спільноти;
- можливість спостерігати за тим, як інші учасники групи впораються з інтенсивними емоціями за підтримки терапевта та інших членів групи;
- навчання методів контролю за наслідками особистої травми;
- можливість надавати допомогу іншим учасникам групи, що дозволяє подолати почуття власної нікчемності і переключити увагу з ізоляваності на підтримку інших;
- розвиток нових соціальних зв'язків, які допомагають учасникам групи бачити стресові ситуації з більш адаптивної перспективи [13].

Важливо проводити профілактику та реабілітацію осіб, що страждають від значного стресу, задовго до того, як може розвинутих хворобливий процес. Успішність цих заходів залежить від зміни уявлень суспільства (через ЗМІ та державні інституції) щодо військовослужбовців, а також від якості їхнього професійного відбору та підготовки. Не менш важливо вчасно виявляти осіб з ризиком розвитку психічних розладів [4].

Сальникова О. Ю. вважає, що Посттравматичний стрес не лише відповідь на емоційний шок через складні обставини, але й результат глибоких змін у особистості, викликаних екстремальними життєвими умовами. При високому рівні посттравматичного стресового розладу спостерігається

перебудова міжособистісних відносин: спілкування стає більш формальним і ієрархічним, втрачаючи природність, що може викликати зниження самооцінки та збільшення внутрішніх конфліктів. Для попередження негативних наслідків психотравми необхідна професійна психологічна підтримка на ранніх стадіях розвитку посттравматичного стресового розладу.

*Психологічна реабілітація* є необхідною складовою загального процесу відновлення, що також охоплює медичну, професійну і соціальну реабілітацію. Її головна мета полягає у відновленні та корекції порушених психічних функцій. Вона має відновити працездатність та активність в соціумі, а також підняти самооцінку та соціальний статус військового. Це стосується і військовослужбовців та учасників бойових дій з психічними розладами або травмами та каліцтвами.

Соціальна реабілітація охоплює ряд заходів, що спрямовані на відновлення прав, соціального статусу, функціональних здібностей та здоров'я особи. Основною метою цього процесу є не лише відновлення здатності до життєдіяльності в соціальному середовищі, але й перебудова самого соціального оточення та умов життєдіяльності, що могли бути пошкоджені або обмежені. Соціальна реабілітація спрямована на забезпечення соціалізації особистості та відновлення її попереднього рівня, включаючи аспекти здоров'я, соціального статусу, правового стану, морально-психологічної стійкості та самовпевнення [21].

*Принципи* психологічної реабілітації:

1. Принцип партнерства передбачає активне залучення пацієнта до процесу лікування і відновлення.
2. Принцип різноплановості зусиль спрямований на охоплення різних аспектів життєдіяльності під час реабілітації.
3. Принцип єдності психосоціальних і біологічних методів впливу націленість на досягнення позитивних результатів.

4. Принцип безперервності і оптимальної тривалості реабілітаційних заходів спрямований на підтримання неперервності та ефективності лікування.

5. Принцип ступінчастості передбачає створення поступових переходів між різними етапами реабілітації.

6. Принцип професіоналізму включає залучення спеціалізованих фахівців для оцінки функціонального стану пацієнта та впровадження відповідних методів реабілітації.

7. Принцип обґрунтованості заходів передбачає вибір надійних, доступних і оптимальних методів реабілітації, підтриманих багаторічною практикою, що можуть бути успішно реалізовані в умовах лікувальної установи.

8. Принцип індивідуальності враховує особистість пацієнта, рівень зниження професійно важливих якостей, наявність патохарактерологічних змін та індивідуальну сприйнятливність до різних медико-психологічних методів під час планування та проведення реабілітації.

*Показаннями до психологічної реабілітації військовослужбовців є:*

- Адаптивність знижена, виявлення тривожних, песимістичних, депресивних або інших негативних результатів під час психологічного тестування.
- Поява астеничних симптомів, таких як відчуття втоми, швидка стомленість, зниження ментальної активності, погіршення пам'яті та уваги, втома, неефективність.
- Прогресуюча інтроверсія, що проявляється у замкненості, бажанні усамітнення та обмеженні спілкування з родиною, спілкування з друзями, хобі та захоплення, що були раніше, вже не приносять задоволення.
- Невідповідна для самого військового активність, або соціальна, або інша. Екстраверсія. Це проявляється як при виконанні завдань на службі, так і після повернення з місця виконання завдань, супроводжується нестабільним настроєм.

- Особисте сприйняття зниження самопочуття військовослужбовцем, що включає зміну працездатності, тривогу, внутрішню напругу, що виникає під час або після повернення з району виконання завдань, з прийняттям позитивного ставлення до продовження служби.

- Ознаки зростання рівня психологічної дезадаптації, що проявляються в зниженні якості і обсягу виконання завдань військовослужбовцем, включаючи повсякденні обов'язки, з вираженим бажанням виконати призначене.

Враховуючи відносно високі показники відсутності швидких та надійних результатів традиційних методів, стигматизацію, існує потреба у втручаннях для постраждалих від травм, які можуть посилити участь у лікуванні та/або результати звичайних методів [74].

Крім того, існує потреба в розробці та оцінці нових втручань, які можуть бути такими ж або більш ефективними, ніж існуючі методи лікування, особливо в сферах відновлення після травми, пов'язаної з травмою почуття провини, здорової прихильності та моральної шкоди. Є гіпотеза, що надання лікування в альтернативних умовах може посилити залученість людини в процес відновлення.

Втручання за участю тварин (Animal Assisted Interventions) — це категорія втручань, спрямованих на допомогу людям із використанням різних тварин. Equine-assisted therapy (EAT) — це загальний термін для групи ААІ, пов'язаних із конями. Втручання ЕАТ включають психотерапію, що включає коней, навчання за допомогою коней та терапевтичну верхову їзду. Послуги з наданням допомоги із залученням коней все частіше використовуються як додаткове втручання як для цивільних, так і для військових, які пережили травми. Однак ця галузь знаходиться на ранніх стадіях наукового розвитку, і ретельних досліджень бракує. Наприклад, у дослідницькому звіті Міністерства оборони США, було зроблено висновок про те, що недостатньо доказів для визначення ефективності та безпеки ЕАТ для осіб з

посттравматичним стресовим розладом, іншими психічними розладами або ризиком самогубства [74]. Незважаючи на обмежені наукові докази користі, втручання за допомогою коней все частіше застосовуються для населення, а також для військовослужбовців та ветеранів з травмою.

Розглянемо поняття, історію, принцип дії та користь терапії за допомогою коней (іпотерапії) в наступному пункті.

### **1.3. Іпотерапія**

#### **Поняття іпотерапії, історія розвитку, сучасний стан в Україні.**

Одним з найефективніших методів анімалотерапії є іпотерапія. Заняття з використанням коней, відоме як іпотерапія, представляє собою унікальний метод, що об'єднує реабілітацію, оздоровлення, корекцію психічного стану та соціальну адаптацію в одній сесії. Цей метод включений до стандартів медико-соціальної реабілітації і розглядається як важлива складова комплексного відновлювального процесу. Він спрямований на корекцію психоемоційних функцій, пов'язаних з формуванням рухових стереотипів [7].

Іпотерапію застосовують при черепно-мозкових травмах, проблемах з опорно-руховим апаратом, атеросклерозі та поліомієліті, захворюваннях шлунково-кишкового тракту, простатиті, сколіозі, аутизмі та відсталості розумовій, різних розладах соціальної адаптації та поведінки, неврозах, психозах, а також для післяопераційної реабілітації.

Відновний ефект верхової їзди базується на використанні рухової функції, яка має не лише біологічне, але й соціальне значення. Основу терапії складають природні рухи коня, що дозволяють людині організувати та систематизувати свої рухи. Іпотерапія об'єднує кінезіотерапевтичний, фізіотерапевтичний та когнітивний вплив на емоції та психіку пацієнта, сприяючи руйнуванню еферентних імпульсів, які є з патологією. Іпотерапія використовує тварину як посередника для передачі людині від 90 до 100 різних



рухових імпульсів, які викликають спонтанну реакцію вершника і створюють особливий діалог з конем. Ці імпульси спрямовані в різні боки. Ця взаємодія сприяє формуванню особистості, розвитку критичного мислення та емоційно-вольової сфери.

Вплив іпотерапії на психофізіологічний стан використовують у наукових дослідженнях, зокрема, для лікування вертеброгенного болю в остеохондрозі хребта. У деяких країнах іпотерапія є офіційно визнаним методом терапії. Її дія базується на двох основних чинниках: психогенному та біомеханічному.

Основою сучасних методик іпотерапії вважається діяльність норвезької лікарки Елізабет Бодікер, яка успішно використовувала цей метод для реабілітації інвалідів після травм. Унікальність іпотерапії полягає в поєднанні різноманітних рухових вправ, масажу внутрішньої поверхні ніг та позитивного психотерапевтичного ефекту від взаємодії з конем [25].

Методи анімалотерапії, зокрема іпотерапія, відрізняються від інших реабілітаційних підходів тим, що не лише сприяють зниженню м'язового тону, збільшенню обсягу пасивних рухів і формуванню нових активних моторних навичок, але й відіграють важливу роль у кінезіологічній та психотерапевтичній реабілітації, сприяючи проявам таких функцій:

- **Психофізіологічна функція:** взаємодія з конем може знижувати рівень стресу, нормалізувати функціонування нервової системи та загальний психічний стан.
- **Психотерапевтична функція:** спілкування з конями може значно сприяти гармонізації міжособистісних стосунків.
- **Реабілітаційна функція:** контакт з конями відкриває додатковий канал взаємодії з навколишнім світом, що підтримує як психічну, так і соціальну реабілітацію особистості.
- **Функція задоволення потреби в компетентності:** основна мета цієї потреби полягає у відчутті власної здатності і компетентності, формулюючи це як я можу, що є однією з ключових потреб людини.

- Функція самореалізації: важливим аспектом цієї потреби є бажання втілити свій внутрішній потенціал та відчути власну значущість для інших, що є однією з основних потреб людини.
- Функція спілкування: однією з ключових функцій, яку виконують коні в процесі взаємодії з людиною, є функція партнерів у спілкуванні [25].

На іпотерапевтичних заняттях дотримуються основних принципів психотерапії: єдність місця і учасників, єдність часу і послідовності дій. Застосування іпотерапії у реабілітації людей із різними порушеннями розумового розвитку призводить до позитивних результатів: знижує рівень загальмованості, тривожності, полегшує адаптацію до простору і часу, сприяє самостійності.

Основна особливість іпотерапії в порівнянні з іншими методиками реабілітації полягає у її фізіотерапевтичних можливостях. Температура тіла коня на 1-1,5 градусів вища, ніж у людини, що сприяє тренуванню і розслабленню м'язів завдяки тривимірним коливанням спини тварини. Кінь виступає як живий тренажер, який адаптує свої рухи до вершника, полегшуючи розігрівання і масажування м'язів, а також нормалізацію їх напруги. Ритм вершника, що знаходиться на коні, відновлюється через ритм самого коня.

На думку В. П. Ірха, О. В. Хандогіної, терапія з залученням коней (**equine-assisted therapy – EAT**), або модель терапевтичної взаємодії «людина-кінь» - це метод, що об'єднує багато дисциплін. Класифікувати напрямки даного методу можна наступним чином [18]:

1. Іповенція – метод, що базується на комунікації людини з конем, догляді за твариною та роботі з нею переважно без верхової їзди. Використовується в психології та педагогіці.
2. Іпотерапія – це пасивна верхова їзда, що використовується в медицині та фізичній реабілітації. Основу цього методу складають рухи коня, при цьому вершник самостійно не керує твариною.

3. Верховна їзда, спортивна – здійснюється за програмами параолімпійських та спеціальних олімпіад, та проходить за програмами неолімпійських видів спорту.
4. Корекційна верхова їзда, або терапевтична – вершник самостійно керує конем, виконує деякі спеціальні вправи. Застосовується в психології, має місце і в педагогіці.
5. Адаптивний кінний туризм – особливий вид кінного туризму, адаптований для осіб з особливими потребами.

Терапія із залученням коней не обмежується лише іпотерапією чи верховою їздою, хоча ці методи дійсно є ефективними. У практиці, особливо закордонній, важливою складовою методу є іповенція. Іповенція включає психотерапевтичну взаємодію з твариною, конем та орієнтована в основному на це. Така взаємодія допомагає гармонізації особистості, її зростанню, самопізнанню. Іповенція зосереджується на психологічних аспектах взаємодії людини з конем, таких як враження та асоціації, стан, думки, образи, почуття. Це все обговорюються та аналізуються. Цей підхід включає різноманітні терапевтичні методи, які можуть використовуватись окремо або у поєднанні: спостереження за конем, чистка, годування, піші прогулянки, випасання, інтеракція без використання додаткових засобів керування (вільні взаємини, ігри з кіньми, навчання коней без їзди верхи), а також арттерапевтичні та фототерапевтичні техніки, психотерапевтичне навчання верхової їзди.

Вплив іпотерапії на організм людини можна розділити на кілька критеріїв – медичні та соціальні [10].

*Медичні критерії* включають:

- Зміцнення та тренування м'язів: іпотерапія забезпечує одночасне тренування слабких м'язів та розслаблення спастичних, що сприяє загальному зміцненню м'язів пацієнта.
- Зміцнення рівноваги: вершник під час іпотерапії постійно прагне зберегти рівновагу, що зміцнює баланс.

- Просторова орієнтація поліпшується, а також координація: іпотерапія надає відчуття руху тіла в просторі та допомагає пацієнту краще усвідомлювати роботу своїх м'язів.
- Поліпшення психоемоційного стану: іпотерапія підвищує самооцінку, даючи людині відчуття себе сильним вершником, який контролює велику та граціозну тварину. При цих заняттях немає жодних спеціальних пристосувань для інвалідів, і це піднімає віру в себе у людини.

*Соціальні критерії* включають:

- Поліпшення комунікативних функцій: під час занять вершники взаємодіють з іпотерапевтами та один з одним, що покращує їх комунікативні навички.
- Підвищення самооцінки через змагання: проведення змагань з кінного спорту для осіб з порушеннями психофізичного розвитку підвищує їхню самооцінку та змінює ставлення суспільства до людей з обмеженими можливостями.
- Покращення ефективності соціалізації: іпотерапія, сприяє кращій соціалізації особистості завдячуючи підвищенню емоційного стану, психологічних переживань.
- Інтеграція у суспільство: спільна діяльність в рамках іпотерапії допомагає інвалідам інтегруватися у суспільство, розширює їх можливості та допомагає долати бар'єри інвалідності.
- Розвиток трудових навичок: заняття іпотерапією сприяють розвитку навичок по догляду за тваринами, що може бути корисним для подальшої трудової діяльності.

Німецька опікунська рада з терапевтичної верхової їзди (DKThR), що займається іпотерапією з 1970 року, визначає так: іпотерапія — фізіотерапевтичний метод лікування за допомогою коня, заснований на нейрофізіології. Терапевтично ефективними елементами вважаються тривимірні вібрації, які діють на пацієнта, який сидить на коні в кроковому

аллюрі, з частотою 90-110/хв. Спеціаліст пристосовує це до індивідуальних потреб кожного пацієнта, використовуючи сили прискорення, гальмування та відцентрові сили, які є результатом рухів коня вперед і вбік.

Процедура іпотерапії особливо впливає на: регуляцію тону, тренування реакцій рівноваги, поліпшення внутрішньо- і міжм'язової координації, функціональну мобілізацію суглобів, міофасціальну стабілізацію за допомогою рухових імпульсів, мобілізацію органів грудної клітки та черевної порожнини, тим самим покращуючи функцію легень за рахунок посилення кровообігу та виділення секрету. А також особливо як основне тренування ходи. Іпотерапія (DKThR) також сприяє стимулюванню мотивації, особливо при хронічних захворюваннях [47].

Також Німецька опікунська рада з терапевтичної верхової їзди відповідає за *психотерапію* за допомогою коней. Вперше в історії DKThR на початку лютого 2020 року було запропоновано подальше навчання з психотерапії за допомогою коней – як пропозиція співпраці між членами групи спеціалістів FAPP – Working with Horses in Psychotherapy та DKThR. Наприкінці травня 2021 року дев'ять учасників взяли участь у цьому історично першому навчальному курсі для ліцензованих психотерапевтів, сертифікованих психотерапевтичними спільнотами, під керівництвом доктора Біргіт Хайнц [48].

Дослідники зі Швеції вважають, що втручання за допомогою коней включають різні види діяльності, такі як їзда верхи та догляд за кінями, і останнім часом стали все більш поширеними інноваційними реабілітаційними втручаннями в усьому світі, які продемонстрували біопсихосоціальні переваги та хороші терапевтичні результати при різних типах психічних захворювань [20]. Втручання за допомогою коней використовуються у всьому світі як альтернатива або доповнення до традиційної терапії для подолання обмежень, пов'язаних із терапією, яка покладається виключно на вербальну комунікацію.

Кількісні дослідження щодо терапії за допомогою коней показали багатообіцяючі результати щодо підвищення здатності брати участь у

соціальної взаємодії та спілкуванні, а також зниження проблемної поведінки, тяжкості аутизму та рівнів стресу в учасників із розладом спектру аутизму. Кілька досліджень щодо терапевтичної верхової їзди серед молодих людей як цільової групи показали багатообіцяючі результати, включаючи підвищення впевненості в собі, підвищення загального задоволення життям, посилення самоконтролю та зниження небажаної поведінки серед молодих людей з діагнозом тривога та депресія.

Якісні дослідження щодо лікувальної верхової їзди підтверджують потенціал втручання для покращення емоційного та соціального функціонування дітей та підлітків. Втручання за допомогою коней також включають фізичну активність, яка показала позитивний вплив на психіатричні симптоми у людей з психічними захворюваннями. Доведено, що подальша фізична активність зміцнює впевненість у собі та підвищує значущість. Було також показано, що фізична активність покращує виконавчі функції у підлітків із психічними захворюваннями. Подальші дослідження втручання за допомогою коней є важливими, оскільки кількість досліджень у цій галузі відносно невелика, і бракує досліджень. Галузь знаходиться на ранніх стадіях наукового розвитку.

Інші дослідники з Нідерландів та Швеції провели пілотне дослідження, що мало на меті перевірити використання анкет для самооцінки як засобу оцінки ефектів втручання за допомогою коней для осіб з діагнозом шизофренія. Результати свідчать про те, що втручання з ЕАТ можуть мати сприятливий вплив на людей з діагнозом шизофренія. Але для створення надійної доказової бази для втручань з ЕАТ необхідний різноманітний спектр методів дослідження [19].

На думку індійської професорки М. Sudhadevi, терапія за допомогою коней (ЕАТ) — це форма експериментальної терапії, яка передбачає дії з кінями для зміцнення фізичного та психічного здоров'я людини в ліцензованих центрах ЕАТ. У цій терапії поплескування коня або погладжування може зменшити рівень стресу, створити спокійну обстановку

та зменшити занепокоєння, а рух коней із клієнтом покращує функціональні здібності у випадку церебрального паралічу. Це може бути застосовано для пацієнтів, які лікуються від церебрального паралічу, зловживання психоактивними речовинами, наркоманії, розладів поведінки, розладів настрою, харчових розладів, СДУГ, аутизму, хвороби Аспергера, сексуальної залежності, біполярних розладів, депресії та пов'язаних із цим станів [69].

Вже у давньогрецькій літературі згадується використання верхової їзди як терапевтичного методу. Орбасис із Лідії задокументував терапевтичну цінність верхової їзди ще у 600 році до нашої ери. З давніх часів коні супроводжували людину, і було відзначено особливу користь від спілкування з цими благородними тваринами.

У 1792 році в психіатричній клініці Йорка (Англія) використовували верхову їзду для лікування, розробивши спеціальну методику динамічної психіатрії. Протягом століть ці знання накопичувалися та вдосконалювалися, що призвело до виникнення у ХХ столітті іпотерапії як унікального методу лікування та реабілітації пацієнтів з різними захворюваннями. У Скандинавії під час спалаху поліомієліту у 1946 році була впроваджена кінна терапія.

В даний час у багатьох країнах Європи та Північної Америки діють центри іпотерапії, які спеціалізуються на використанні взаємодії з конями та верховою їзді. В Норвегії Елізабет Бодікер використовувала іпотерапію протягом дев'яти років у роботі з колишньою спортсменкою-кіннотницею Ліз Карел, що призвело до майже повного одужання пацієнтки і дозволило їй взяти участь у Олімпійських іграх у Гельсінкі у 1952 році. Почавши експериментально застосовувати іпотерапію з іншими молодими інвалідами, Бодікер досягла значних успіхів, що викликали сенсацію в Норвегії. У 1953 році норвезька влада згодилася на створення спеціального центру іпотерапії для дітей-інвалідів, і відтоді ці центри почали відкриватися в інших країнах світу [35].

У останні 30-40 років іпотерапія активно розвивається в сучасній Європі, спочатку у Скандинавських країнах, а потім у Німеччині, Франції, Нідерландах, Швейцарії, Великобританії, Польщі та інших країнах. Центри лікувальної верхової їзди відкриваються в багатьох державах. Наприклад, у США діє понад 1000 груп іпотерапії, а у Великобританії — близько 700, що надають послуги для понад 26,000 осіб із різними патологіями. У Польщі функціонують близько 60 подібних центрів.

У Сполучених Штатах анімалотерапію як метод дієвої реабілітації використовують вже більше п'ятдесяти років. Вона показує досить добрі результати. Заснування громадської організації Community Association of Riding of the Disabled у 1960 році внесло значний внесок у впровадження терапевтичної верхової їзди в США та Канаді.

В Сполучених Штатах на рівні держави діє програма іпотерапії «Коні для героїв». Фінансування ця програма отримує від благодійних внесків та частково від держави. Ця програма реабілітації для ветеранів-військовослужбовців завдяки співпраці кінних клубів та господарств з військовими частинами, госпіталями наразі є національною програмою реабілітації з відпрацьованим механізмом. Дана реабілітація є безкоштовною для військових. Взаємодія з кіньми, які мають свій характер, позитивно впливає на емоційний стан осіб, що перебувають у депресії, а групові заїзди сприяють їхній реінтеграції у суспільство, а також соціалізації.

В Україні в 1993 році почав функціонувати центр при Благодійному фонді Олени Петрусевич, де застосовували іпотерапію. Це було в Києві. Центр Олени Петрусевич працював з дітьми, які мають ДЦП, за авторською методикою. Наразі в Україні активно займаються комплексною реабілітацією з застосуванням іпотерапії в декількох центрах. Міста розташування таких центрів: Одеса, Київ, Львів, Харків, Хмельницький, Рівненська область та інші [30].

На Житомирщині в центрі оздоровлення «Тріумф» активно використовують іпотерапію та каністерапію (терапія за допомогою собак) для



занять з дітьми, що мають діагнози ДЦП, аутизм, або інші нервові розлади. Центр функціонує завдяки благодійному фонду благодійного фонду «Берегиня Полісся».

Іпотерапія, апітерапія, дельфінотерапія впроваджуються і розвиваються у реабілітаційному центрі «Еліта» у місті Трускавець, Київському Іпотерапевтичному центрі «Спірит», а також у близько 15 менших кінно-спортивних клубах, серед яких Севастополь, Одеса, Полтава, Біла Церква, Львів (центр «Кептарик» і стадіон СКА під егідою «Львівського блоку»), Миколаїв та інші міста, де досягають позитивних результатів у процесі відновлення здоров'я.

На Закарпатті діє оздоровчий кінно-спортивний клуб «Сивка». У численних вищих медичних навчальних закладах обговорюється включення курсу з анімалотерапії до програм навчання студентів спеціальностей медичного профілю [30, 25].

У Львові проходить серйозна систематична робота з використанням іпотерапії з ветеранами війни. Підтримує цю роботу Львівський центр надання послуг для учасників бойових дій. Ця робота раніше була розпочата в Полтаві в 2018 році. Заняття проводяться для ветеранів з посттравматичним стресовим розладом, а також військових з пораненнями, ампутаціями рук та ніг. Як результат даної реабілітації з п'яти занять було відмічено значне покращення сну військових, психоемоційного стану, настрою. Робота з конем заснована на принципах гуманності. Це сприяє реадаптації, часто подоланню комунікативних проблем. Знижується агресивність військових, їхня соціалізація підвищує рівень соціальної безпеки [18].

Іпотерапія є частиною клінічного протоколу санаторно-курортної реабілітації дітей з церебральним паралічем (ДЦП) відповідно до наказу МОЗ України від 01.12.2009 р. № 889, де вона розглядається як додатковий лікувальний комплекс [32].

Крім того, іпотерапія включена до адаптованої клінічної настанови на основі доказів «Церебральний параліч та інші органічні ураження головного

мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями» (Наказ МОЗ від 09.04.2013 р. № 286) [33].

З 2010 року в Києві працює Іпотерапевтичний центр «Спірит». Центр співпрацює з декількома інститутами. У 2012 році на кафедрі медичної реабілітації НМАПО ім. П.Л. Шупика було прийнято програму підвищення кваліфікації для лікарів лікувальної фізкультури. У 2013 році створена Асоціація іпотерапевтів України.

З 2017 року Асоціація і Київський медичний університет проводять курси підготовки спеціалістів з іпотерапії. 5000 дітей ( від 2 до 10 років) пройшли реабілітацію методом іпотерапії. Діагнози дітей були наступні: діти з ДЦП, розладами аутистичного спектра, затримками мовного та психічного розвитку, генетичними синдромами тощо.

В 2019 році Асоціація іпотерапевтів України спільно з НПУ ім. Драгоманова за підтримки МОН організували та провели Першу міжнародну конференцію з анімалотерапії «Анімалотерапія в контексті розвитку сучасних методів реабілітації». Одним з головних питань конференції було стандартизація послуг, що привело до ухвалення рішення, направлено до Міністерства освіти і науки України, з проханням створити робочі групи для розробки методик та створення спеціалізації «анімалотерапевт» з розподілом на іпотерапію і каністерапію.

Наступним кроком стало розроблення та подання на розгляд МОН проекту з проведення педагогічного експерименту на тему «Впровадження іпотерапії (розвиткової верхової їзди) та адаптивного кінного спорту у закладах освіти для осіб з особливими освітніми потребами». Цей проект був створений спільно Асоціацією іпотерапевтів України, Іпотерапевтичним центром «Спірит», Навчально-реабілітаційним центром Святого Миколая (Львів), НПУ ім. Драгоманова та кафедрою ортопедагогіки, ортопсихології та реабілітології.

У Львові Навчально-реабілітаційний центр запусив програму професійної іпотерапії, організовану Асоціацією іпотерапевтів України. Ця

програма охоплює наукові дослідження, отримання результатів, публікації, участь у конференціях, а також написання підручників та методичних рекомендацій. Використовувана модель, яка вже десять років успішно функціонує в Іпотерапевтичному центрі «Спіріт», тепер впроваджена і в цьому центрі [7].

Наразі в Іпотерапевтичному центрі «Спіріт» проводиться програма реабілітації військових. Терапевтична практика включає контакт із кінями для стабілізації психологічного стану військовослужбовців, які перебувають на ротації. На базі цього центру та протягом проведення даної програми і було побудовано наукове дослідження, дизайн та результати якого будуть викладені в другому та третьому розділах.

Також реабілітацію методом іпотерапії в центрі «Спіріт» проходять групи воїнів, які були пораненими (початок в квітні 2024). Програма включає 10 занять по декілька годин в день. Співпрацюють зі Спілкою поранених військових України «Міцні 300».

В червні 2024 року пройшов перший в Україні відкритий форум з іповенції та іпотерапії, на якому презентували свою роботу багато центрів відновлення для ветеранів війни, виступили спікери - спеціалісти з іпотерапії, іповенції, психологи та травмотерапевти, військові, ветерани. Презентували також створення Громадської організації: «Спілки спеціалістів з іпотерапії, іповенції та адаптивного кінного спорту» ГС «ССПАКС».

Далі ми описали емоційну взаємодію людини та коня як підґрунтя для ефективної терапії.

### **Емоційна передача у взаємодії людини та коня.**

Втручання за допомогою коней (**EAI, Equine assisted interventions**) представляють нову сферу втручань за допомогою тварин (**AAI, animal assisted interventions**), в яких коні залучаються до різноманітних видів діяльності з людьми. Базуючись на соціально-емоційних здібностях цього виду, який

розвинув складні комунікативні навички для взаємозв'язку з людьми, висувається гіпотеза про виникнення міжвидової емоційної передачі під час інтервенцій. Гіпотеза емоційної передачі передбачає взаємну координацію емоційних станів людини та коня, які під час взаємодії проходять через процес зчеплення. Завдяки помітній емоційній залученості, яка традиційно характеризує стосунки коней з людьми, коні розвинули складні комунікативні навички, які сприяли їхній здатності реагувати на емоційні стани людини. Причиною успішного втручання може бути взаємна координація між людьми та тваринами, за допомогою якої суб'єкти тілесно та, що найважливіше, емоційно вступають у контакт. Виявлення емоцій людей і розвиток здатності до точного налаштування власних емоційних станів (механізм перенесення емоцій) може бути ключовим двигуном, який запускає позитивні ефекти ЕАІ [70].

Терапія за допомогою коней (Equine assisted therapy) часто інтегрована в традиційні терапевтичні плани для осіб з розумовими та фізичними вадами [72, 75, 58]. Незважаючи на те, що її ефективність ще не була повністю доведена, деякі автори заявляють про соціальні, емоційні, фізичні та освітні переваги для деяких категорій пацієнтів, які проходять терапію за допомогою коней. ЕАТ стимулює численні сфери функціонування людини, пов'язані з емоційними, когнітивними, руховими та соціальними порушеннями.

У психології людини процес зв'язку передбачає встановлення тісних взаємодіючих стосунків між залученими особами [53]. Домашні тварини, такі як собаки та коні, пройшли багато років спільної еволюції з людьми (близько 5500 для коней), таким чином сприяючи можливості встановлення та розвитку міжвидових стосунків. Головними ознаками ефективних стосунків між людиною та конем є обмін взаємною поведінкою між залученими суб'єктами та повторювані зустрічі. ЕАІ, як і всі ААІ, базуються на емоційному зв'язку та еволюції відносин між твариною, пацієнтом/бенефіціаром та фахівцем, який здійснює втручання. Суб'єкт тварини слід розглядати як інтегроване доповнення, яке допомагає побудувати зв'язок між пацієнтом і терапевтом або

фахівцем з догляду, який керує втручанням [56]. У терапевтичних умовах цей зв'язок є функціональним для початку терапевтичного альянсу.

Андреа Бетц (Німеччина), Керстін Увнес-Моберг (Швеція) та ін. дослідники припустили у вичерпному огляді, що спільним механізмом, який лежить в основі позитивних фізіологічних і психологічних результатів ААІ є активація окситоцинергічної системи (OTS). OTS позитивно впливає на гормони (наприклад, кортизол), нейротрансмітери (наприклад, адреналін, норадреналін і дофамін) і вегетативну нервову систему, знижуючи артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень і варіабельність серцевого ритму, страх і тривогу. Деякі дослідження задокументували роль OTS у соціальних зв'язках та в емоційному взаємозв'язку, хоча цей останній пункт потребує додаткових досліджень.

Ця модель підтверджує зниження параметрів, пов'язаних зі стресом, підвищення довіри до інших, відповідне зниження агресії та посилення емпатії. Крім того, цей механізм сприяє терапевтичному альянсу і це, ймовірно, відзначило успіх і популярність ААІ серед терапевтів [51].

На думку Іонова І.І., специфіка анімалотерапії як виду психотерапії полягає в тому, що в ній як терапевтичний засіб використовується тварина, яка вступає у взаємодію з пацієнтом [17]. Головна відмінність від інших психотерапевтичних засобів в анімалотерапії полягає в тому, що тварина має власне сприйняття світу, має в процесі терапії «внутрішню позицію», мотивацію, і активно взаємодіє з людиною.

Іпотерапія є самостійним видом анімалотерапії, що включає фізичну (реабілітація фізичних порушень пацієнта) та психологічну складову.

Психологічна складова включає наступні компоненти:

- корекція сенсомоторних навичок,
- корекція когнітивних навичок,
- корекція емоційного стану,
- корекція індивідуальної прихильності.

Психологічна складова іпотерапії складається з компонентів, що відповідають завданням психологічної корекції. Одним з таких компонентів є корекція відносин прихильності у пацієнта. У процесі іпотерапії кінь займає позицію об'єкта прив'язаності по відношенню до пацієнта. Функції прив'язаності кінь здійснює відповідно до своїх видотипових особливостей та завдань іпотерапії. Для того, щоб виявити характеристики взаємодії людини і коня можна спиратися на теорію прихильності Дж. Боулбі [6].

Аналіз літературних джерел вказує на те, що тварини, які використовуються в анімалотерапії, самі формують зв'язки прихильності. Ця адаптивна мотиваційно-поведінкова система властива всім видам тварин і включає кілька ключових функцій: емоційне прийняття, підтримку та захист. Під час іпотерапії кінь виконує ці базові функції, надаючи пацієнту повне та безумовне прийняття, якого часто бракує у взаємодії з близькими людьми.

У процесі іпотерапії деякі нюанси поведінки клієнта, детерміновані психічним та фізичним станом його організму, активізують певні пускові механізми поведінки тварини як об'єкта прихильності. Ця думка підтверджується даними літератури з іпотерапії.

#### **1.4. Теоретична модель дослідження**

Основним об'єктом нашого дослідження є тривожність у військових, що приймали безпосередню участь у військових діях на передовій. Тривожність є однією з ознак ПТСР, що може мати віддалені наслідки, а також може бути самостійним симптомом. Тривожність безпосередньо впливає на самопочуття військового, його настрій та активність. Порушення сну також можуть бути наслідками підвищеної тривожності або навіть симптомом ПТСР. В свою чергу всі ці фактори мають і взаємний вплив.

Модель дослідження було побудовано на припущенні/гіпотезі, що заняття іпотерапією мають безпосередній вплив на емоційний, психологічний та

фізичний стан військового (самопочуття, активність та настрої), а також з першого втручання поліпшують якість сну. В свою чергу це опосередковано впливає на тривожність, що є або самостійним станом, або складовою ПТСР.

Схематично теоретична модель нашого дослідження представлена на рисунку 1.1.

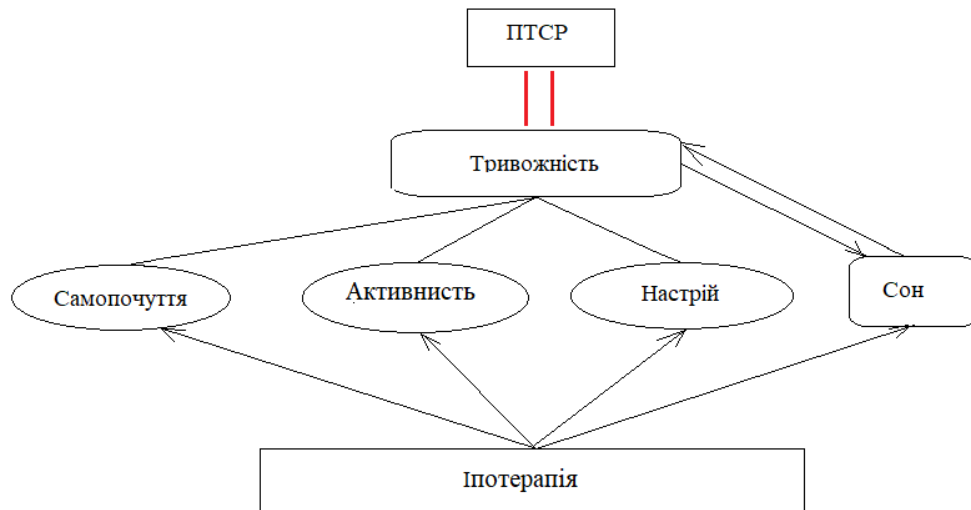


Рис. 1.1. Теоретична модель дослідження

## Висновки до I розділу

В даному розділі роботи ми проаналізували поняття тривожності, тривоги, особливостях тривожності військових, посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Дослідили історію виникнення, розвиток, сучасний стан та можливості методу іпотерапії в Україні. Застосовували метод теоретичного аналізу літератури з теми дослідження, систематизували науковий матеріал.

Тривожність / тривога є домінуючою реакцією, що виникає в психіці військового, який перебуває безпосередньо в зоні бойових дій.

*Тривога* визначається як стан особистості на зараз, вона може бути пов'язана з якоюсь конкретною ситуацією. В свою чергу, *тривожність* – це особливість даної особистості, її риса.

Травматичні стресові розлади у військових формуються внаслідок безпосередньої участі в бойових діях. Також предикторами формування таких розладів є соціальні зміни в осіб, що залишили свої домівки та стали біженцями, перебування на окупованих територіях тощо. ПТСР є відстроченою або пролонгованою реакцією на одиничні або тривалі стресові переживання надзвичайно загрозливого характеру. Сучасна терапія ПТСР базується на фармакологічних впливах, психотерапії та реабілітаційних заходах різноманітних.

Велика кількість військових в Україні потребує якісної психофізіологічної реабілітації та соціальної адаптації після участі у війні. Іпотерапія представляє собою унікальний метод, що об'єднує реабілітацію, оздоровлення, корекцію психічного стану та соціальну адаптацію в одній сесії. Цей метод включений до стандартів медико-соціальної реабілітації і розглядається як важлива складова комплексного відновлювального процесу. Він спрямований на корекцію психоемоційних функцій, пов'язаних з формуванням рухових стереотипів.



Ми побудували теоретичну модель, що пов'язує тривожність, ПТСР, якість сну, самопочуття, активність, настрій та особливості впливу іпотерапії на них.

Також описали історію виникнення і застосування іпотерапії та іповенції в Україні та в світі. Коротко представили базу емпіричного дослідження - Реабілітаційний центр «Спірит» в Києві, де було побудовано та проведене наше наукове дослідження, дизайн та результати якого будуть викладені в другому та третьому розділах.

## РОЗДІЛ II

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНОСТІ, ОЗНАК ПТСР, ЯКОСТІ СНУ, САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНОСТІ ТА НАСТРОЮ У ВІЙСЬКОВИХ

#### 2.1. Підходи до дослідження психічних станів військових

Військовослужбовці під час виконання завдань знаходяться в надзвичайних екстремальних умовах. Це вагомо може вплинути на їх психічний та емоційний стан. Тривалість та сила впливу бойових факторів на військового та особливості психологічних реакцій на цей вплив є основними факторами, що будуть визначати інтенсивність переживання бойового стресу [1].

Стресори з *короткочасними наслідками* (від годин до днів) включають:

- все, що викликає занепокоєння або страх (за участю озброєного ворога, захоплення колеги ворогом, вплив ситуацій, пов'язаних із великою кількістю людей тощо, втрата, фактичний ризик для життя);
- все, що викликає неприємні фізичні відчуття (біль, втома через погану погоду чи умови навколишнього середовища);
- темп і швидкість (потрібно швидко обробляти великі потоки інформації і приймати рішення, демонструючи максимальну швидкість пересування); диверсія (тактичний маневр противника);
- невдалі дії (неправильна оцінка ситуації, неправильна техніка руху) тощо.

Стресори з *довгостроковими наслідками*, місяці-роки, включають:

- Продовжений стрес, який викликає втому (тривала служба на блокпостах, взводних та ротних опорних пунктах з постійними ризиками і небезпеками, охорона цінностей та спеціальних предметів, монотонні умови

роботи, вимога постійного виконання наказів командира у стислі терміни тощо).

- Військові конфлікти (участь у тривалих бойових діях).
- Ізоляція (служба у військових підрозділах, що супроводжується тривалим відривом від сім'ї та звичних умов, довгі відрядження до зон бойових дій тощо).

Дослідження показали, що під впливом загострення негативних факторів бою військовослужбовці зі слабкою нервовою системою можуть зазнавати серйозних психічних розладів, що вимагають медичної допомоги та призводять до тимчасової втрати боєздатності. Військовослужбовці із середнім типом нервової системи знижують свою бойову активність лише на короткий період, тоді як ті, хто мають сильну нервову систему, зазвичай не піддаються значному психотравмуючому впливу.

Слід зазначити, що у деяких військовослужбовців психопатологічні стани розвиваються через психічні травми, отримані під час виконання завдань в екстремальних умовах. Негативні психічні стани також можуть виникати під час реадаптації до звичайних умов служби після повернення з зони бойових дій. Ці порушення можуть проявлятися на психологічному рівні у вигляді зниженого настрою, тривожності, агресивності, депресій та зловживання алкоголем.

Рання діагностика негативних психічних станів, постстресових станів та визначення груп підвищеної психологічної уваги серед особового складу дозволяє своєчасно виявити військовослужбовців з низьким адаптаційним потенціалом та високою ймовірністю ранніх і важких проявів бойової психічної травми. Це також сприяє розробці індивідуальної тактики і методів профілактики та відновлення для кожного військовослужбовця.

Агаєв Н.А. пропонує використовувати випробувану батарею. До неї входять двадцять діагностичних методик. Автор вказує на цілковиту придатність цієї батареї для діагностики психічних негативних станів у

військових, і що вона є цілком інформативною [1]. Під час мирного часу, її можна дещо скоротити.

1. Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна.
2. Багаторівневий особистісний опитувальник “Адаптивність-200”
3. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.
4. Шкала депресії А.Т. Бека.
5. Опитувальник Міні-мульти.
6. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
7. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.
8. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т.І. Балашової).
9. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР.
10. Диференціальна діагностика депресивних станів В.А. Жмурова.
11. Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова.
12. Опитувальник рівня агресивності А. Басса-А. Даркі.
13. Шкала оцінки впливу травматичної події.
14. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).
15. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду.
16. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).
17. Шкала Монтгомері - Асберга для оцінки депресії (MADRS).
18. Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП).
19. Стрес-фактори.
20. Експрес-опитувальник вивчення основних складових готовності військовослужбовців захищати Україну від військової агресії.

Для оцінки тривожності додатково також використовуються такі методики:

1. Методика оцінки особистісної тривожності за шкалою Дж.Тейлор.
2. Шкала тривоги А.Т. Бека.
3. Шкала тривоги Гамільтона (НАМ-А).

МОЗ України рекомендує застосовувати наступні психодіагностичні методики фахівцями в галузі психічного здоров'я при реакціях на важкий стрес та розладах адаптації:

- 1) шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSD Scale – CAPS-5);
- 2) шкала депресії Гамільтона (НАМ-D);
- 3) піттсбурзький індекс якості сну (PSQI);
- 4) міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій і декілька модифікацій Mississippi scale;
- 5) шкала оцінки важкості травматичного впливу (Impact of Event Scale? IOES-R);
- 6) інтерв'ю з діагностики ПТСР PSS-I PTSD (Symptom Scale Interview);
- 7) опитувальник симптомів ПТСР (PTSD Checklist);
- 8) шкала посттравматичної діагностики (Posttraumatic Diagnostic Scale, PTSD) [31].

## **2.2. Вибір та опис методик**

Керуючись завданням магістерської роботи, а саме проаналізувати вплив іпотерапії на рівень тривожності, прояви посттравматичного стресового розладу, на самопочуття, активність, настрій та якість сну у військових, що безпосередньо приймають участь у військових діях на передовій, проаналізувавши теоретичні джерела, нами були обрані наступні методики:

- 1) методика самооцінки самопочуття, активності та настрою (САН);

- 2) шкала тривоги Бека;
- 3) Пітсбургський опитувальник якості сну;
- 4) Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (військовий варіант).

Оскільки наші респонденти – це військовослужбовці на ротації, були обрані найбільш лаконічні опитувальники. Загальний час проходження опитування разом з амнестичною анкетною займав близько 20 – 25 хвилин.

Опишемо кожен з методик окремо.

### 1. *Оцінка функціонального стану САН.*

Ми використали методику оцінки функціонального стану САН для оперативної оцінки самопочуття, активності та настрою. В назві ми бачимо перші літери функціональних станів. Гіпотеза полягає в тому, що іпотерапія має вплинути на покращення цих категорій, які в свою чергу можуть свідчити про наявність тривожних станів.

За інструкцією, респонденту необхідно було порівняти свій стан з ознаками, які представлені в шкалі з багатьма ступенями. Шкала складається з індексів і включає тридцять пар слів протилежного значення, що відображають такі аспекти, як рухливість, швидкість і темп виконання функцій (активність), сила, здоров'я, стомлюваність (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій).

Респонденту необхідно було вибрати і відзначити цифру, яка найточніше відображала його стан на момент обстеження [22, 9].

При оцінці функціонального стану важливо враховувати значення окремих показників та їх взаємозв'язок. Наприклад, у стані відпочинку у людини оцінки активності, настрою і самопочуття зазвичай приблизно однакові. Зі зростанням втоми співвідношення між цими показниками змінюється через зниження самопочуття та активності порівняно з настроєм.

Позитивні функціональні стани завжди отримують високі бали, а негативні – низькі. За «приведеними балами» обчислюється середнє

арифметичне, як для загального стану, так і окремо для активності, самопочуття та настрою. Середній бал шкали становить 4. Оцінки, що перевищують 4 бали, свідчать про нормальний стан досліджуваної особи, тоді як оцінки нижче 4 балів вказують на відхилення. Нормальні оцінки стану знаходяться в діапазоні 5,0-5,5 балів [27].

## 2. Шкала тривоги Бека.

Ця клінічна тестова методика застосовується для скринінгу тривоги та оцінки ступеню її вияву. Шкала містить 21 твердження, кожне з яких вміщує якийсь один із «типових» симптомів тривоги, психічних чи тілесних.

Кожне твердження оцінюється респондентом від 0 – зовсім не турбує до 3 – я насилу міг це витерпіти. Ця шкала є простим і зручним інструментом для попереднього виявлення ступеню вираженості тривожних розладів у широкого кола респондентів, віком від 14 років і до літніх людей. Заповнення шкали зазвичай можна довірити самому респонденту.

Для розрахунку ми маємо просумувати бали по всіх пунктах шкали:

- до 21 бала – незначний рівень тривоги;
- від 22 до 35 балів – середня вираженість тривоги;
- понад 36 балів (при максимумі в 63 бали) – дуже висока тривога [37].

## 3. Піттсбурзький індекс якості сну (PSQI) (Байссе та ін., 1989).

Даний опитувальник розроблений вченими з Університету Піттсбурга для відповідної оцінки якості сну. Інтервал оцінювання – один місяць. Він є стандартизованим інструментом для оцінки порушень сну, призначеним для клініцистів і дослідників. Для нашого дослідження якість сну розглядається як показник, на який може впливати рівень тривожності респондента. Висунута гіпотеза – заняття з іпотерапії покращують якість сну, відповідно знижують тривожність.

Опитувальник включає 19 окремих пунктів, які поділені на 7 компонентів, що відображають різні аспекти сну: суб'єктивна якість сну, час

на засинання, тривалість сну, ефективність сну (відсоток часу, проведеного у сні), порушення сну, використання снодійних препаратів та денна дисфункція. Кожен компонент оцінюється від 0 до 3 балів, що утворює загальний бал від 0 до 21, де низькі бали вказують на кращу якість сну.

Піттсбурзький опитувальник якості сну є інструментом, який оцінює якість сну та його порушення протягом місяця і є само діагностичним. Діагностична чутливість PSQI складає 89,6%, а специфічність — 86,5% ( $\kappa = 0,75, p < 0,001$ ). Оцінки за відповідями надаються за шкалою Likert з діапазоном від 0 до 3 для питань від 5 до 10, де 3 - відповідає найвищому рівню порушення. Загальний бал обчислюється як сума семи компонентів, з мінімальним балом = 0 (найкраща якість сну) і максимальним балом = 21 (найгірша якість сну). Сумарний показник менше 5 балів асоціюється з високою якістю сну, тоді як 5 балів і більше вказують на значні порушення сну [14].

#### 4. *Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (військовий варіант)* (англ. Mississippi Scale).

Це клінічний опитувальник, розроблений у 1987 році Т. М. Кеапе та співавторами на основі ММПІ, призначений для оцінювання ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій. Він є однією з найпоширеніших і найбільш використовуваних методик для вимірювання ознак ПТСР [14].

Опитувальник містить 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою. Загальний показник методики дозволяє оцінити ступінь впливу перенесеного травматичного досвіду і складається з трьох основних шкал, що відповідають трьом симптомам ПТСР:

В першій шкалі 11 питань описують симптоми групи "вторгнення";

В другій шкалі 11 питань описують симптоми групи "уникнення";

В третій шкалі 8 питань описують симптоми збудливості.



Додатково п'ять питань описують симптоми, пов'язані з почуттями провини та схильністю до самогубства.

Загальний показник посттравматичної реакції обчислюється як сума балів за всіма твердженнями опитувальника, враховуючи переведення відповідей в бали для прямих і зворотних тверджень [33].

Оцінка результатів:

- до 77 балів – нормативні показники;
- 78–97 балів – окремі симптоми ПТСР;
- 98–145 балів – ознаки клінічного варіанту ПТСР.

При цьому, середнє значення для військового варіанту Міссісіпської шкали становить:

- Співробітники МВС  $64,65 \pm 16,13$
- Військовослужбовці  $73,76 \pm 19,64$
- Ветерани Афганістану, «норма»  $70,18 \pm 11,76$
- Ветерани Афганістану, ПТСР  $92,00 \pm 15,55$  [42].

### **2.3. Організація дослідження та характеристика вибірки**

Для дослідження впливу іпотерапії на рівень тривожності, активність, настроїв, самопочуття, прояви ПТСР та якість сну військових на ротації, ми організували емпіричне дослідження на базі БО «Реабілітаційного центру «Спірит», що базується на території столичного іподрому в м. Києві.

Ганна Бураго, президент ГС «Асоціація іпотерапевтів України» та засновниця реабілітаційного центру «Спірит», відкрила проект Spirit warrior разом з Управлінням морально-психологічного забезпечення Збройних сил України, що стартував влітку 2022 року. Метою проекту Spirit warrior є допомога військовим. Вони нещодавно повернулись з фронту. Програма допомагає їм відновитися (як фізично, так і психоемоційно), покращити сон, зняти напругу, підняти настроїв та моральний дух. Можливо повернути собі ресурсний стан психіки. Програма включає в себе методики EMDR, гештальт

терапію та анімалотерапію (іпотерапію). Поєднання цих методик, які застосовує психотерапевт проводячи Програму, надає потужний результат, що підтверджує зворотній зв'язок від комбатантів та керівництва сухопутних військ.

Наразі реабілітацію за даною Програмою пройшли вже більше ніж 400 військовослужбовців. Серед них ми провели опитування шляхом надсилання опитувальників з чотирма методиками в Google Form. Алгоритм виконання методик знаходився за надісланою ссилкою.

В емпіричному дослідженні було задіяно **78** військових, що перебували на ротації в Києві. *Експериментальна група* складається з військових, що пройшли Програму та мають досвід іпотерапії – **40** осіб. В *контрольну групу* ввійшли військові, що не проходили реабілітацію іпотерапією – **38** осіб.

Дослідження проводилось повністю анонімно, учасники не вказували ім'я та прізвище. Учасники заповнили авторську анкету, що надало нам додаткову інформацію про респондентів: вік, стать, перебування в стосунках, наявність дітей та освіта. Анкетні дані учасників дослідження наведені в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

#### Амнестична анкета учасників дослідження

Вік	18-25: 31 особа; 26-35: 15 осіб 36-45: 20 осіб; 46+ : 12 осіб
Стать	Жінки: 4 особи; Чоловіки: 74 особи
Перебування в стосунках	Так: 56 військових; Ні: 22 військових
Наявність дітей до 18 років	Так: 31 особа, Ні: 47 осіб
Освіта	неповна середня: 3 особи середня або середня спеціальна: 49 осіб вища: 23 особи студент: 2 особи вчена ступінь: 1 особа

Розподілення респондентів експериментальної та контрольної груп наочно видно з рисунку 2.1.

Чи мали Ви досвід іпотерапії?

80 ответов

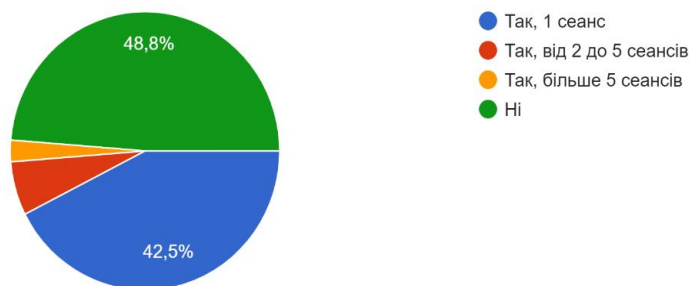


Рис. 2.1. Розподілення осіб в експериментальній та контрольній групі

Для дослідження тривожності, проявів ПТСР, якості сну та оцінки функціонального стану військових нами були обрані надійні та адаптовані методики. Для аналізу даних використовували програму Jamovi.

#### 2.4. Аналіз надійності і узгодженості шкал методик дослідження.

Після завантаження отриманих даних в програму, ми перевірили надійність і узгодженість шкал за допомогою показника Альфа Кронбаха. Проведений аналіз на основі відповідей нашої вибірки показано в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

#### Аналіз надійності і узгодженості шкал методик дослідження

	Методика оцінки функціонального стану САН	Шкала тривоги Бека	Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI)	Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій
$\alpha$ Кронбаха	0,953	0,959	0,917	0,910

Коефіцієнт Альфа Кронбаха може мати значення від 0 до 1. Прийнятними вважаються значення  $\alpha > 0,8$ , що є показниками надійності тесту. В даному випадку шкали можна вважати надійним, оскільки Альфа Кронбаха  $> 0,9$ , близьиться до одиниці. Цей показник демонструє високу узгодженість шкал. З табл. 2.2. видно, що питання всіх шкал є достатньо надійними та мають гарну внутрішню узгодженість.

## **Висновки до II розділу**

В II розділі даної роботи ми проаналізували підходи до дослідження психічних станів військових, рекомендовані в Збройних силах України та МОЗ України, застосування різних методик для дослідження тривожності, ПТСР, функціональних станів, якості сну, обрали найбільш підходящі методики для нашого дослідження, коротко описали кожен з них.

Спланували та описали емпіричне дослідження впливу іпотерапії на рівень тривоги, прояви ПТСР, якість сну та функціональні стани військових.

В емпіричному дослідженні було задіяно 78 військових, експериментальна група – військові, що мали досвід іпотерапії (40 осіб), контрольна група – військові, що не проходили реабілітацію іпотерапією (38 осіб). Для дослідження були обрані 4 методики:

- методика самооцінки самопочуття, активності та настрою (САН);
- шкала тривоги Бека;
- Піттсбургський опитувальник якості сну;
- Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (військовий варіант).

Питання всіх шкал є достатньо надійними та мають гарну внутрішню узгодженість, коефіцієнт Альфа Кронбаха  $> 0,9$ .

## РОЗДІЛ ІІІ

### АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ДАНИХ ДОСЛІДЖЕННЯ.

#### ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ МЕТОДОМ ШОТЕРАПІЇ

#### 3.1. Аналіз та інтерпретація даних

Перейдемо до описової статистики результатів нашого дослідження. Розглянемо рівні самопочуття, активності та настрою, рівня тривоги, оцінки якості сну та рівня ознак ПТСР в нашій вибірці, що представлені в табл. 3.1.

Таблиця 3.1.

**Описові показники по результатах чотирьох опитувальників: САН, шкала тривоги Бека, Піттсбурзького індексу якості сну (PSQI) та Міссісіпської шкали для оцінювання посттравматичних реакцій**

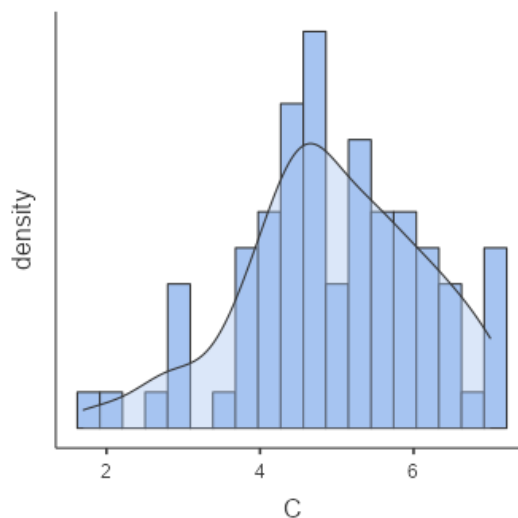
	Само- почуття (С)	Актив- ність (А)	Настрій (Н)	Рівень тривоги	Якість сну PSQI	Рівень ознак ПТСР
Кількість осіб	78	78	78	78	78	78
Пропущено	0	0	0	0	0	0
Середнє значення	4.95	4.42	4.95	10.7	5.48	71.1
Медіана	4.85	4.30	5.20	7.00	5.00	69.0
Стандартне відхилення	1.18	0.972	1.18	11.2	3.63	19.6
Мінімум	1.70	2.40	1.40	0	1.00	39
Максимум	7.00	6.70	7.00	46	17.5	131

З таблиці ми бачимо, що 78 осіб пройшли опитування, пропущених відповідей не було. Середні рівні самопочуття, активності, настрою за методикою оцінки функціонального стану САН у військових становить відповідно 4,95, 4,42 та 4, 95 бали (при діапазоні від 1 до 7). Так як оцінки, які

перевищують 4 бали, свідчать про нормальний стан досліджуваного, а оцінки нижче 4 свідчать про зворотнє, можемо говорити про те, що респонденти знаходились в нормальному, відпочившому стані.

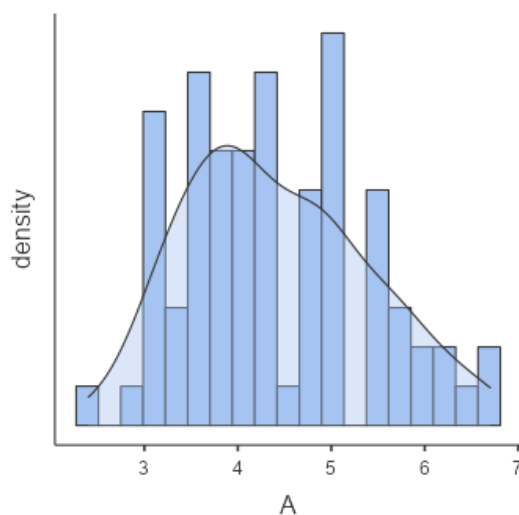
Але за М.В. Лемаком, нормальні оцінки стану лежать в діапазоні 5,0-5,5 балів, а отже середні показники наших опитуваних дещо нижчі за норму [41]. Стандартні відхилення, тобто міра розкиду відповідей, становлять відповідно: самопочуття – 1,18, активність - 0,972, настрої – 1,18, відповіді варіюються в середньому в межах цього показника.

Графік розподілу рівнів самопочуття у військовослужбовців представлений на рисунку 3.1.. Графік розподілу самопочуття схожий на нормальний розподіл Гауса, більшість респондентів мають показник від 4 до 6,5.



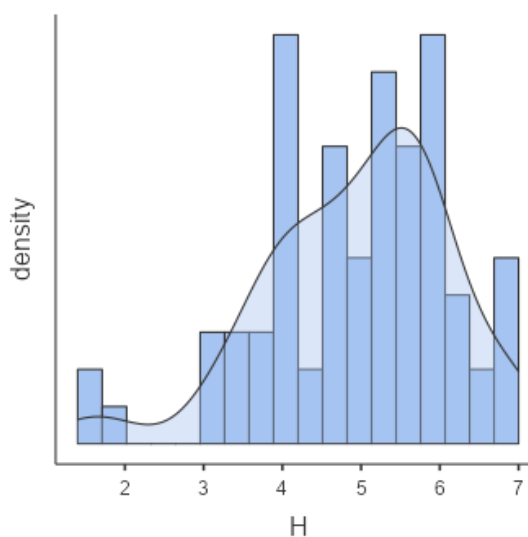
*Рис. 3.1.* Графік розподілу рівня Самопочуття у військовослужбовців

Графік розподілу рівня активності у військовослужбовців представлений на рисунку 3.2. Графік активності багатомодальний, основний пік знаходиться на рівні 4.



*Рис. 3.2.* Графік розподілу рівня Активності у військовослужбовців

Графік розподілу рівня настрою також багатомодальний, в основному військові мають показники від 4 до 7, але є провали, що можна побачити на рисунку 3.3.



*Рис. 3.3.* Графік розподілу рівня Настрою у військовослужбовців

Що стосується рівня тривоги, то по нашій вибірці бачимо середнє значення 10,7 балів, стандартне відхилення 11,2, мінімальне значення – 0,



максимальне – 46 із 63 можливих. Отже, респонденти мають в середньому незначний рівень тривоги (до 21 бала).

У відсотках результати по нашій вибірці мають наступний вигляд:

- незначний рівень тривоги мають 89 % респондентів,
- середній рівень тривоги мають 5 % осіб,
- дуже високий рівень тривоги мають 4 % осіб.

Наочно це представлено на рисунку 3.4.



*Рис.3.4.* Рівень тривоги у військових

Зобразимо розподіл відповідей респондентів на рисунку 3.5.

Бачимо, що розподіл не є гаусівським, нормальним, більшість військових мають рівень тривожності від 0 до 20, тобто на низькому рівні. Середній та високий показники рівня тривожності мають незначна кількість респондентів.

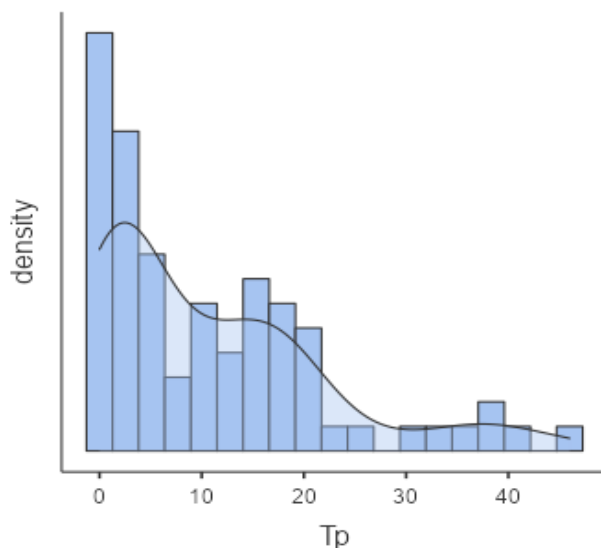


Рис. 3.5. Графік розподілу рівня тривоги серед військових

Аналізуючи якість сну у військових, що пройшли Піттсбурзький опитувальник якості сну (PSQI), можемо побачити наступне: середній індекс - 5.48 балів, медіана 5,0, стандартне відхилення 3,63. Враховуємо шкалу виміру від 0 (найкраща якість сну) до 21 балу (найгірша якість сну). Показники до 5 балів вказують на гарну якість сну за сімома параметрами, а від 5 та більше балів – порушення сну. Результати на нашій вибірці наступні:

- гарну якість сну мають 49 % опитуваних,
- значне порушення сну – 51 %.

Результати наведені на рисунку 3.6.



Рис.3.6. Якість сну у військових

Подивимось на розподіл відповідей респондентів на рисунку 3.7.

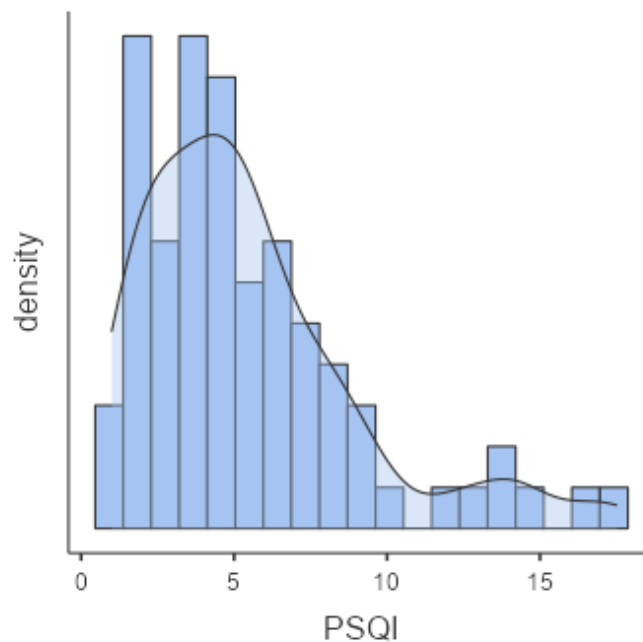


Рис. 3.7. Графік розподілу індексів якості сну серед військових

Розподіл схожий на нормальний, але значно зсунутий вліво та з провалами. Отже можемо зробити висновок, що більшість респондентів мають індекси якості сну від 1 до 9, що свідчить про досить нормальний сон у більшості, однак є і особи з підвищеним індексом (максимум 17,5).

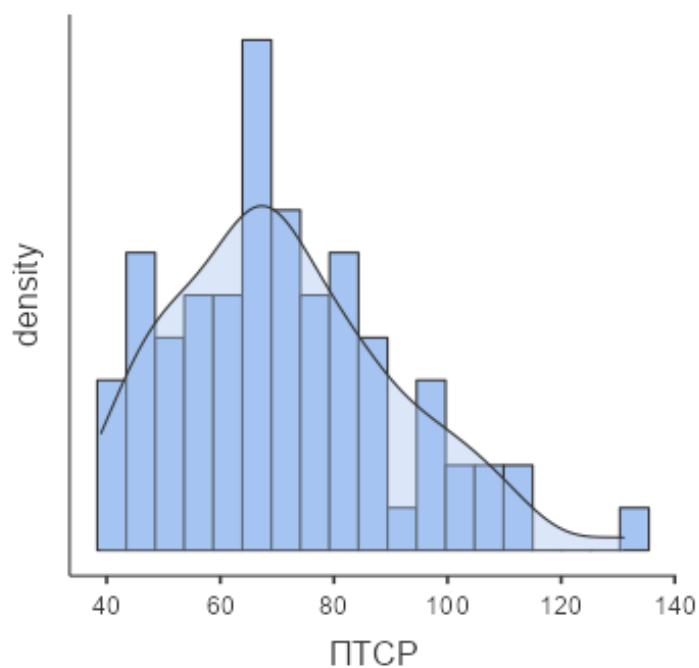
Проаналізуємо результати по дослідженню рівня ПТСР за допомогою Міссісіпської шкали для оцінювання посттравматичних реакцій (військовий варіант). З табл. 3.2. бачимо, що середній рівень ПТСР у вибірці становить 71,1 бал. Стандартне відхилення по цій шкалі становить 19,6, тобто відповіді в основному варіюються в межах цього показника від середнього значення. Нагадаємо, що результати можуть варіюватися від 35 до 175 балів.

Мінімальне значення по нашій вибірці – 39 балів, а максимальне – 131 бал. При цьому за Попелюшко Р.П. [42], середнє значення для цієї шкали для військовослужбовців коливається в межах  $73,76 \pm 19,64$ . По нашій вибірці у 67% опитуваних нормальний стан (відсутні прояви ПТСР), у 22 % є окремі показники ПТСР, і у 11 % - клінічний прояв симптомів ПТСР. Результати представлені на рис. 3.8.



*Рис. 3.8.* Рівень посттравматичного стресового розладу у військових

Подивимось як розподілився рівень ПТСР респондентів на графіку, рис. 3.9. Розподіл схожий на нормальний, трохи зміщений вліво. Більшість осіб з вибірки мають рівень ПТСР від 40 до 90 балів.



*Рис. 3.9.* Графік розподілу рівня ПТСР серед військових

Спираючись на те, що ми намагались виявити вплив занять з конями (іпотерапії) на прояви тривожності, ПТСР, самопочуття, активність, настрій, якості сну у військових, проаналізуємо та порівняємо значення цих проявів залежно від досвіду іпотерапії. Результати представлені в табл. 3.2.

Таблиця 3.2.

**Описові показники по результатах чотирьох опитувальників: САН, шкала тривоги Бека, PSQI та Mississippi Scale в залежності від досвіду іпотерапії**

	Досвід іпотерапії (Так\Ні)	Самопочуття (С)	Активність (А)	Настрій (Н)	Рівень тривоги	Якість сну PSQI	Рівень ознак ПТСР
Кількість осіб	Ні	38	38	38	38	38	38
	так	40	40	40	40	40	40
Пропущено	Ні	0	0	0	0	0	0
	так	0	0	0	0	0	0
Середнє значення	Ні	4.86	4.29	4.88	12.1	5.58	70.1
	так	5.04	4.53	5.01	9.45	5.39	72.0
Медіана	Ні	4.75	4.15	5.20	11.0	5.00	64.0
	так	4.90	4.60	5.15	4.00	4.50	70.0
Стандартне відхилення	Ні	1.22	0.985	1.19	11.1	3.79	21.4
	так	1.16	0.958	1.17	11.4	3.51	18.0
Мінімум	Ні	2.10	2.40	1.60	0	1.00	40
	так	1.70	3.00	1.40	0	1.00	39
Максимум	Ні	7.00	6.70	7.00	39	14.5	131
	так	7.00	6.60	7.00	46	17.5	110

З вищенаведеної таблиці бачимо, що показники всіх шкал, окрім шкали ПТСР, поліпилися в результаті проходження іпотерапії.

По шкалам самопочуття, активності та настрою (САН), маємо відповідні середні значення у осіб, що не проходили іпотерапію: 4,86, 4,29 та 4,88 балів. В групі ж військових, що мали досвід іпотерапії хоча б 1 сеанс, відповідні середні показники такі: 5,04, 4,53 та 5,01.

Можемо зробити висновок про підвищення показників, вони увійшли в норму, тобто іпотерапія мала позитивний вплив на функціональний стан військових.

По шкалі рівня тривоги Бека бачимо падіння середнього значення з 12,1 до 9,45 після проходження військовими сеансів іпотерапії, загальний рівень тривоги військових трохи зменшився і є невисоким.

По шкалі якості сну PSQI також є різниця, після проходження сеансів іпотерапії середнє значення індексу якості сну зменшилось з 5,58 до 5,39, що свідчить про незначне поліпшення сну.

По шкалі рівня ознак ПТСР результати наступні: бачимо незначне зростання балів з 70,1 до 72,0 після проходження іпотерапії, що вказує на незначне погіршення стану, або відсутність значимих результатів впливу. Враховуючи те, що цей показник є сумарним за різними симптомами, розглянемо значення окремих симптомів до та після проходження іпотерапії.

В таблиці 3.3. показано результати дослідження різних симптомів ПТСР (вторгнення, уникнення, збудливість, провина\суїцид).

З даної таблиці бачимо, що середні значення окремих симптомів ПТСР, таких як вторгнення та уникнення, незначним чином збільшились (середні значення 21,4...21,6 та 24,3...26,4 відповідно), тобто іпотерапія напевно не мала впливу на прояв цих симптомів. Тоді як збудливість, почуття провини та суїцидальні нахили трохи знизились (середні значення 16,3...16,1, 8,11...7,90 відповідно) що свідчить про позитивний вплив іпотерапії на прояв цих симптомів.

Таблиця 3.3.

**Описові показники результатів Міссісіпської шкали для оцінювання  
посттравматичних реакцій в залежності від досвіду іпотерапії**

	Досвід іпотерапії	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Провина + Суїцид	ПТСР
N	Ні так	38 40	38 40	38 40	38 40	38 40
Пропущено	Ні так	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
Середнє	Ні так	21.4 21.6	24.3 26.4	16.3 16.1	8.11 7.90	70.1 72.0
Медіана	Ні так	19.5 21.0	23.5 27.0	15.0 16.0	8.00 7.00	64.0 70.0
Стандартне відхилення	Ні так	8.26 6.03	7.37 6.63	5.03 4.72	3.16 2.88	21.4 18.0
Мінімум	Ні так	11 11	12 13	9 8	5 5	40 39
Максимум	Ні так	47 36	40 40	32 29	21 17	131 110

Розпочнемо статистичний аналіз із визначення t-критерію Стьюдента для двох незалежних вибірок: військові, що не мали досвіду іпотерапії, та ті, що мали такий досвід хоча б 1 раз.

Спираючись на описовий аналіз, висунемо нульову та альтернативну гіпотези для вибраних груп. Нульова гіпотеза – показники рівня тривоги, проявів ПТСР, якості сну та САН у військових першої групи (що не мали досвіду іпотерапії) не відрізняються від аналогічних показників другої групи (які мали досвід іпотерапії).

Результати перевірки відображено у таблиці 3.4.

Аналізуючи дані в таблиці бачимо, що нульову гіпотезу ми можемо спробувати відкинути тільки для показників рівня тривоги та активності, так як маємо доволі високі значення t-критерію Стьюдента та р найнижчий.

Таблиця 3.4.

**Перевірка гіпотез двох незалежних груп: військові, що проходили іпотерапію та ті, що не проходили щодо різних показників шкал**

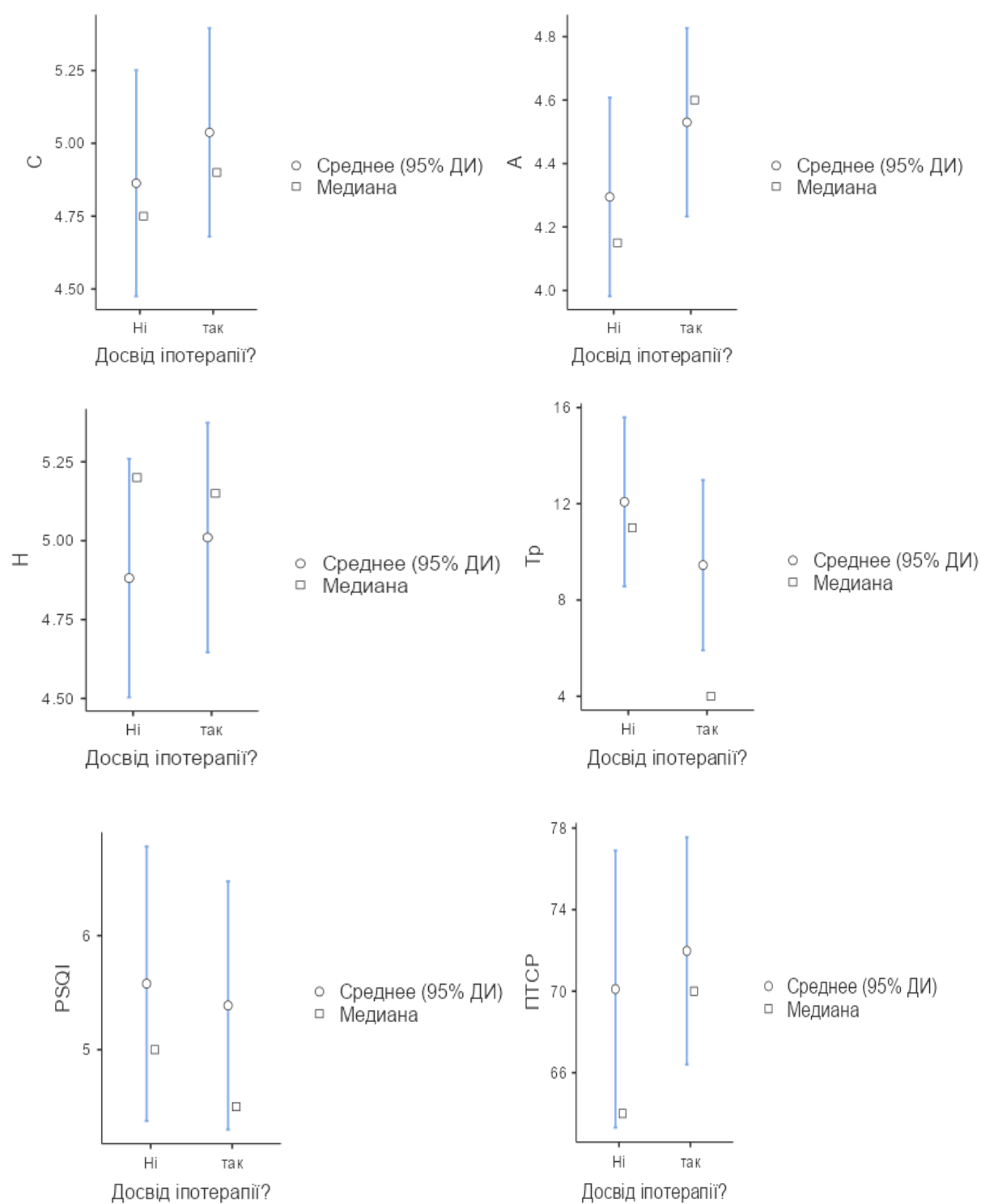
		Статистика	df	p
Тривога	Стьюдент t	1.032	78	0.305
PSQI (якість сну)	Стьюдент t	0.232	78	0.817
ПТСР	Стьюдент t	-0.419	78	0.676
Самопочуття	Стьюдент t	-0.648	78	0.519
Активність	Стьюдент t	-1.070	78	0.288
Настрій	Стьюдент t	-0.480	78	0.633

$H_a: \mu_{ні} \neq \mu_{так}$

Попередньо можемо стверджувати, що показники тривоги у військових, що пройшли іпотерапію будуть нижчі, а показники активності вищі, ніж у військових, що не проходили іпотерапію (відповідний знак перед показником). Щодо всіх інших вимірних показників маємо незначну різницю, t-критерій не високий і р значно більше 0,05, нульову гіпотезу відкидати недоцільно, тобто показники близькі за значенням в обох групах.

Для більш ґрунтовного аналізу побудуємо довірчі інтервали для обох груп по всім факторам і відобразимо результати на рис.3.10.





*Рис. 3.10.* Довірчі інтервали різних факторів для експериментальної та контрольної груп

Бачимо перетин довірчих інтервалів по всім шкалам. Причиною даних результатів може бути недостатня кількість людей у вибірці, малий досвід

іпотерапії у військових, також нерівність дисперсій по всім шкалам обох груп та ненормальність розподілу.

Далі проведемо *кореляційний аналіз* даних по нашій вибірці. Результати представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

**Кореляційна матриця взаємозв'язку показників САН, тривоги, якості сну та ознак ПТСР**

		Самопочуття	Активність	Настрій	Тривога	PSQI	ПТСР
С	Пірсон r df (ступенів свободи) р-значення	— — —					
А	Пірсон r df (ступенів свободи) р-значення	0.497 *** 78 <.001	— — —				
Н	Пірсон r df (ступенів свободи) р-значення	0.906 *** 78 <.001	0.469 *** 78 <.001	— — —			
Тривога	Пірсон r df (ступенів свободи) р-значення	-0.556 *** 78 <.001	-0.180 78 0.116	-0.511 *** 78 <.001	— — —		
PSQI	Пірсон r df (ступенів свободи) р-значення	-0.604 *** 78 <.001	-0.190 78 0.095	-0.603 *** 78 <.001	0.626 *** 78 <.001	— — —	
ПТСР	Пірсон r df (ступенів свободи) р-значення	-0.563 *** 78 <.001	-0.274 * 78 0.015	-0.527 *** 78 <.001	0.496 *** 78 <.001	0.548 *** 78 <.001	— — —

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

Можемо зробити наступні висновки: сильний кореляційний позитивний зв'язок та високу статистичну значущість має самопочуття та настрої з активністю, та обернений (негативний) з рівнем тривоги, якістю сну та проявами ПТСР. Тобто чим гірше самопочуття та настрої, тим вищий рівень тривоги, більше проявів ПТСР і тим гірший сон. Також сильно та позитивно корелюють рівень тривоги та якість сну і прояви ПТСР. Якість сну та ПТСР

окремо також мають позитивний сильний кореляційний взаємозв'язок. Низька кореляція між активністю та рівнем тривоги і активністю та якістю сну та ПТСР.

Далі проведемо *регресійний аналіз*: пошукаємо зв'язки залежної змінної – рівня тривоги від інших незалежних змінних: самопочуття, активності, настрою, рівня ПТСР та індекса якості сну; а також від інших факторів – досвіду іпотерапії у військових, наявності дітей до 18 років. Результати представлені в табл. 3.6.

Таблиця 3.6.

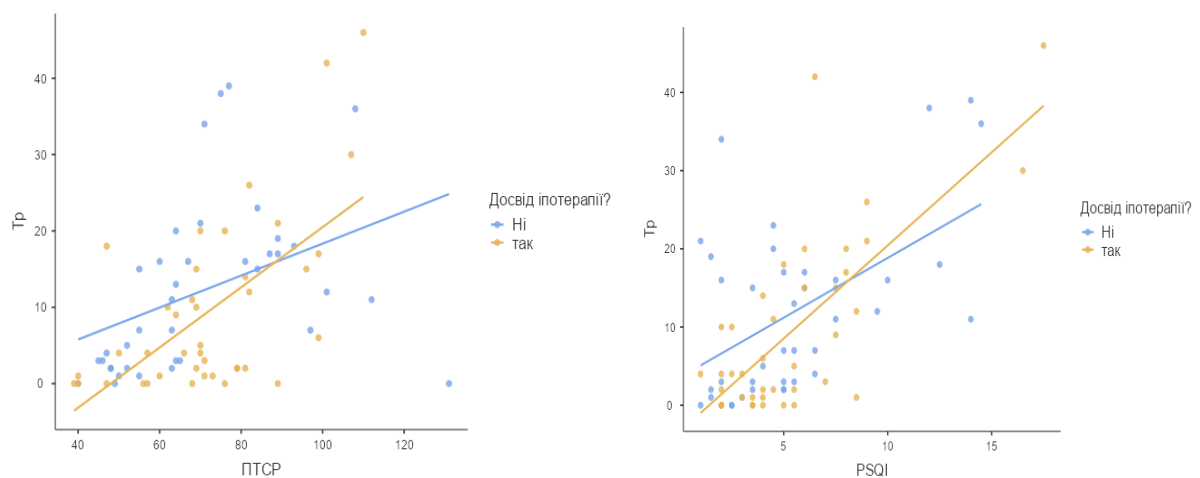
**Регресійний аналіз із залежною змінною – рівнем тривоги та іншими незалежними змінними та факторами, що можуть впливати**

Показники відповідності моделі				
Модель	R	R <sup>2</sup>		
1	0.777	0.604		
Коефіцієнти моделі - тривога				
Предиктор	Вага	SE	t	P (імовірність)
Самопочуття	0,584	2,1442	0,272	0,786
Активність	0,288	1,0937	0,264	0,793
Настрій	-1,579	1,9552	-0,807	0,422
PSQI	1,317	0,3566	3,694	<0,01
ПТСР	0,232	0,0694	3,339	0,001
Досвід іпотерапії?: Так – Ні	-4,299	1,9243	-2,234	0,029
Ваша освіта: Вчений-вища	-7,454	8,2675	-0,902	0,371
Н.сер.-вища	-21,863	6,1738	-3,541	<0,01
Сер.\спец.-вища	-0,643	2,0547	-0,313	0,755
Студент-вища	-5,754	6,2387	-0,922	0,360
Діти: Так – Ні	2,886	1,8973	1,521	0,133
Шлюб: Так - Ні	3,701	2,1799	1,698	0,094
Стать: Ч- ж	6,099	4,8168	1,266	0,210

Множинний коефіцієнт кореляції  $R = 0,777$ , що свідчить про доволі значимий зв'язок залежної змінної (рівня тривожності) з набором інших змінних. Маємо сильну модель.

Ми можемо стверджувати про наявність сильного кореляційного зв'язку у вибірці між рівнем тривоги та індексом якості сну PSQI (прямого),  $p < 0,01$ , рівнем тривоги та симптомами ПТСР (прямого),  $p = 0,001$ . Тобто військові з вищим рівнем тривоги мають відповідно гірший сон та більше проявів симптомів ПТСР. Зв'язок між рівнем тривоги та досвідом іпотерапії також доволі вагомий,  $p = 0,029$ . Тобто можемо констатувати зниження тривоги після занять з конями.

Побудуємо діаграми розсіювання для кореляції рівня тривоги і ознак ПТСР та рівня тривоги і індекса якості сну в залежності від досвіду іпотерапії (рис.3.11).



*Рис. 3.11.* Діаграми розсіювання для кореляції фактору тривоги та факторів ПТСР та PSQI в залежності від досвіду іпотерапії

Маємо відмітити сильну пряму кореляцію, що ще підвищується після проходження іпотерапії військовими.

Далі представлені графіки взаємозалежностей проявів ПТСР та таких анкетних даних, як ступінь освіти, вік та досвід іпотерапії у нашій вибірці (рис.3.12, 3.13 та 3.14).

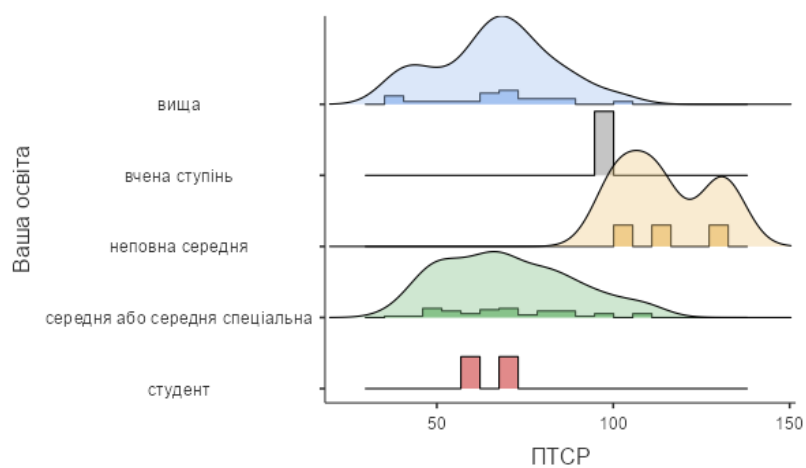


Рис. 3.12. Залежність проявів ПТСР від ступеню освіти військових

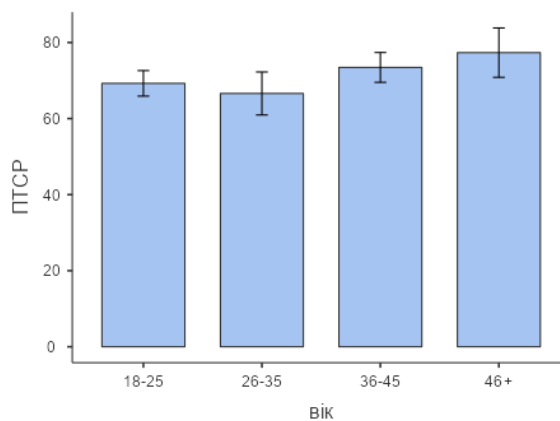


Рис. 3.13. Залежність проявів ПТСР від віку військових

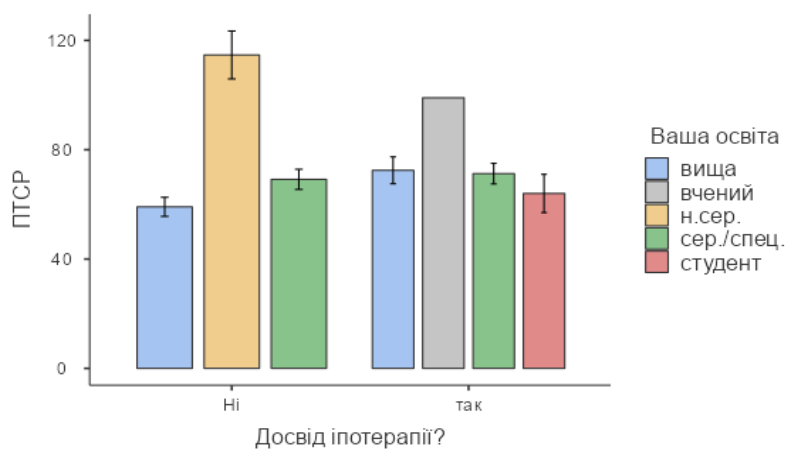


Рис. 3.14. Залежність проявів ПТСР від досвіду іпотерапії військових

З наведених графіків бачимо наступні виявлені впливи в нашій вибірці: вищий рівень ознак ПТСР мають люди з неповною середньою освітою; найнижчий рівень ознак ПТСР мають військові у віці 26-35 років, а найвищий – у віці 46+ (хоча різниця не велика). В залежності від досвіду іпотерапії, найвищий рівень ПТСР мають військові з неповною середньою освітою, що не мали досвіду іпотерапії, військові з вищою освітою мали після проходження іпотерапії незначно вищі показники ПТСР. Вчений у вибірці був тільки один, і в нього досить високий рівень ПСТР – 99 балів.

### **3.2. Програма короткострокового втручання Spirit Warrior**

Після проведеного дослідження та аналізу його результатів, можна зробити висновки, що тривожність військового (і як самостійний симптом, і як прояв ПТСР) залежить від якості його сну, від його настрою, функціонального стану, самопочуття та активності.

Для зменшення тривожності ми пропонуємо поряд з традиційною терапією та протокольними заходами використовувати втручання за допомогою коней як альтернативу та додаткову реабілітацію, що вже зарекомендувала себе як дійсно дієвий метод реабілітації військових за кордоном, а після початку Великої війни і в Україні.

Для покращення якості сну, швидшого засинання та глибшого відпочинку, підняття настрою, покращення самопочуття, заземлення через тіло, навчання саморегуляції та повернення людини в стан «тут і тепер», пропонується наступна Програма короткострокового втручання – Spirit Warrior, що проводиться в Києві в Реабілітаційному центрі «Спірит» і розрахована на 3-5 годин. Окрім контакту з тваринами (кіньми та собаками), присутні елементи групової терапії, коротка психоедукація.

Програма для групи військовослужбовців включає спілкування з психологом, знайомство з тваринами (чистка коней, годування, ведення), практичні

вправи на конях (баланс, відчуття тіла, заземлення), обговорення вражень у групі та збір зворотного зв'язку від учасників програми.

Програма виглядає наступним чином.

Групова зустріч і заняття проходить для десяти або дванадцяти військовослужбовців. В заняття включена іпотерапія, каністерапія та психотерапія (гештальт підхід). Структура заняття приблизно наступна:

1. В центрі реабілітації військових зустрічає адміністратор центру та знайомить їх з тваринами, що будуть брати участь у програмі, з персоналом центру. Доносить інформацію про структури занять та всього дня. Після цього невелика перерва на каву.

2. Надалі учасники працюють з психотерапевтом у Загальному колі, де вони знайомляться та розповідають про себе те, що вважають за потрібне.

3. Під час роботи в колі до учасників можуть доєднатись собаки та коти, що є спеціально підготовленими та повністю соціалізованими, лагідними та дружелюбними. Учасники за бажанням взаємодіють з тваринами, психотерапевт дає певні вправи для виконання.

4. Далі група переміщається в стайню, де під наглядом акредитованого іпотерапевта знайомиться з кіньми. Учасники чистять коней, розчісують, дають смаколики.

5. Подальша активність – це вже їзда верхи на коні без сідла, учасники виконують вправи на коні (ведення коня по колу за повід, вправи верхи – рівно, руки на поясі, на колінах, вверх, лежачи, управління конем самостійно, рись тощо).

6. Невелика перерва на каву та чай.

7. Наприкінці зустрічі група в колі з психотерапевтом обмінюються враженнями, обговорюють нові відчуття в тілі, емоції та настрої. Кожен бажаючий ділиться своїм сприйняттям заняття та висновками.

Дана програма сприяє відновленню військовослужбовців шляхом зменшення тривожних образів, емоційного збудження і психічного напруження,

що дозволяє психіці відновитися. Психологічна реабілітація, включаючи іпотерапію, стабілізує психічний стан через взаємодію з конем, використовуючи біомеханічні принципи.

Програма розроблена з метою забезпечення відволікання учасників від нав'язливих спогадів чи думок, сприяючи їхньому психологічному відновленню під час ротації.

Тому при невеликому бажанні залучатись, включаєшся в процес і відчуваєш ефект. Перебування поряд з такою великою твариною мимоволі зосереджує увагу на ній. Поведінка коня, його емоційні прояви, відгуки на стан військового відволікають бійців, це знижує напругу, з якою вони приходять на заняття.

Під час верхової їзди активується біомеханіка, яка впливає терапевтично: рухи коня передають вершнику до 110 різнонаправлених рухів за хвилину. Цей процес сприяє відчуттю, що ноги коня є частинами власного тіла вершника через взаємодію біоритмів та пропріорецепції, що впливають на мозок і нервову систему, що сприяє розслабленню. Цей підхід використовується для психологічної реабілітації військових під час ротації.

Підготовчі етапи, такі як догляд і спілкування з конями, створюють розслаблюючу атмосферу для учасників, яка сприяє відчуттю терапевтичного ефекту. Участь собак також підвищує рівень дофаміну в крові. Терапевтична взаємодія з тваринами, особливо в таких умовах, де учасники можуть переживати стрес, ПТСР, фізичні травми або відчувати втому, спрямована на підвищення усвідомлення та концентрації на моменті. Це допомагає знижувати напругу, відновлювати психічний ресурс і запускати механізми саморегуляції психіки.

За відгуками військових, програма допомагає відновити сон, знизити тривогу, позбавитися нав'язливих думок і образів, покращити настрій та психоемоційний стан, а також відновити координацію рухів після контузій.



Адаптація до мирного життя після бойових дій є складним індивідуальним процесом, але участь у програмі із застосуванням іпотерапії значно сприяє цьому процесу.

### **3.3. Груповий протокол застосування іпотерапії для військових з ПТСР**

Ветерани війни, військові часто уникають лікування психічного здоров'я. Американські дослідження показують, що лише 23-40 % ветеранів, у яких виявлено ймовірний психічний розлад, звертаються по допомогу [59]. Перешкоди для отримання допомоги включають недостатню поінформованість про ПТСР, матеріально-технічні труднощі, стигматизацію, занепокоєння щодо лікування та низьку емоційну готовність [50, 63, 65].

Пацієнти, які все ж звертаються за лікуванням, зрідка беруть участь у доказових втручаннях, (наприклад, тривала експозиція та терапія когнітивної обробки), і частота відмов від лікування є високою. Від третини до половини пацієнтів, які отримують лікування ПТСР, пов'язаного з військовою службою за допомогою експозиційної терапії, не демонструють клінічно значущого покращення, а у двох третин діагноз ПТСР залишається після лікування.

Ліки, зокрема інгібітори зворотного захоплення серотоніну, можуть бути корисними для деяких пацієнтів, однак ветерани часто повідомляють про побічні ефекти, відсутність покращення або припиняють прийом ліків. Таким чином, визначення додаткових прийнятних основних або допоміжних методів лікування ПТСР є надзвичайно важливим [50].

Дослідження з використанням іпотерапії демонструють покращення загального психологічного функціонування, емоційної регуляції, самооцінки та самоефективності військових. Іпотерапія використовує коней для сприяння спілкуванню та підвищення усвідомленості думок і поведінки. Вправи з

кіньми, що виконуються на землі без верхової їзди, сприяють регуляції, рефлексії та розвитку вербального і невербального спілкування.

Проте іпотерапія не є стандартизованою, її компоненти значно варіюються, і немає чітких посібників або даних на основі яких можна було б будувати лікування.

Оскільки іпотерапія має високу вартість, порушуються етичні питання щодо використання цього дорогого методу лікування, який не має достатньої емпіричної підтримки. Проте, інтерес до застосування ЕАТ для травмованих груп населення, зокрема військовослужбовців, значно зростає і за кордоном, і в Україні.

В сучасних дослідженнях розроблений та впроваджений груповий протокол застосування іпотерапії для військових з ПТСР [66]. Протокол включає широко використовувані методи іпотерапії, які були адаптовані для ветеранів з посттравматичним стресовим розладом, спираючись на консультації з експертами з іпотерапії та ПТСР. Він спеціально націлений на посттравматичний стресовий розлад, що відрізняє групову іпотерапію для ПТСР від інших видів іпотерапії та загальної групової психотерапії. У протоколі коні інтегровані в експериментальні вправи, спрямовані на встановлення меж, розвиток толерантності до тривоги та розчарування, а також сприяння самоєфективності.

Сеанси терапії проводяться сертифікованими групами спеціалістів, в які входять: фахівець у сфері психічного здоров'я (клінічний психолог або психотерапевт), іпотерапевт (кваліфікований експерт з коней). Безпеку під час сеансів забезпечує кінний фахівець. Коні постійні для всіх сеансів. Учасників ділять на пари, які по черзі виконують різні вправи з кожним конем.

Іпотерапевт зосереджує увагу учасників на спостереженні, розумінні поведінки коня. Демонструє вправи, забезпечує інструктаж, заохочення. Професіонал з питань психічного здоров'я стимулює настроювання учасників, опрацювання внутрішніх станів. Веде заземлювальні вправи, психоосвіту.

Кіннотник підтримує, стежить за безпекою учасників і коней, допомагає іпотерапевту у демонстрації, проведенні вправ за потреби.

Протокол складається з восьми щотижневих сеансів, по 90 хвилин кожен. У таблиці 3.7 описані компоненти лікування та основний акцент кожного сеансу.

Усі заняття починаються з вправи на заземлення, зосередження на поточних фізичних відчуттях. Перша сесія орієнтує учасників на реабілітацію (обґрунтування, опис і можливі переваги), забезпечує психоосвіту (загальні реакції на травму, розвиток посттравматичного стресового розладу), включає екскурсію в стайню та завершується знайомством з кіньми.

Наступні сеанси переглядають вміст попереднього та знайомлять з дедалі складнішими вправами та взаємодіями з кіньми, з відгуками та керівництвом команди.

На початковому етапі терапевтичні вправи (сеанси 2–3) включають знайомство учасників з конем через вправи на догляд, ведення за допомогою мотузки чи палиці та керування конем (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

### Схема реабілітації за допомогою коней (сеанси 1-3)

Опис	Фокус
<i>Сесія 1:</i> Привітання, знайомство та ознайомлення з терапевтичною програмою та членами групи; групові правила безпеки, конфіденційність; екскурсія по закладу; привітання з кіньми.	Психоедукація: ПТСР та ЕАТ-ПТСР; вступ та ознайомлення з правилами, персоналом, кіньми, учасниками.
<i>Сесія 2:</i> Відкриття кола; привітання з кіньми; вправи за участю коней: догляд за кіньми, розчісування, ведення коня, вправа «ведення/ходьба/зупинка», «4 ноги»; замикаюче коло.	Знайомство з кіньми; встановлення основи лікування; розпізнавання невербальної комунікації, сприяння толерантності до фрустрації, комунікативним навичкам, адаптивності та командній роботі.
<i>Сесія 3:</i> Відкриття кола; привітання з кіньми; вправи за участю коней: грумінг, підняття ніг, «ведення/ходьба/зупинка», ловля нахлистом, закриття кола.	Подальша майстерність і комфорт з конем; ознайомлення з роботою з паличкою; формування команди; усвідомлення сигналів збудження; сприяння асертивності та саморегуляції.

Середній етап (сеанси 4–7) – удосконалення майстерності та підвищення комфорту учасників з конем під час індивідуальних і командних вправ. Наприклад, у вправі «відіслати» учасники вчаться використовувати паличку, щоб віддалити коня, створюючи особистий простір (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

### Схема реабілітації за допомогою коней (сеанси 4-8)

Опис	Фокус
<i>Сесія 4:</i> Відкриття кола; привітання з кіньми; вправи за участю коней: грумінг, «ноги вгору», «4 ноги», нахлист, відсилення коня; замикаюче коло.	Розвиток більш просунутих навичок, необхідних для зближення; розпізнавання невербальної комунікації та тлумачення чужих намірів; підкреслення командної роботи; зосередження на напористості (а не на агресивності чи пасивності); саморегуляція; вираження особистих потреб; розвиток навичок копінгу; встановлення межі.
<i>Сесія 5:</i> Відкриття кола; привітання з кіньми; вправи за участю коней: грумінг, ловля нахлистом, ходіння з чарівною паличкою, відсилення коня, перші два учасники завершують приєднання (під керівництвом іпотерапевта); завершальне коло.	Розвивати навички верхової їзди; командна робота; виконання вправи «з'єднання»; підвищення самоефективності; сприяння комунікативним навичкам, впевненості, майстерності; встановлення особистого простору, асертивне спілкування; сприяння розвитку навичок вирішення проблем, толерантності до тривоги; початок розмов про закінчення.
<i>Сесія 6:</i> Відкриття кола; привітання з кіньми; вправи за участю коней: смуга перешкод, повне приєднання другої пари (під керівництвом іпотерапевта); замикаюче коло.	Виконання більш просунутих вправ; Усвідомлення сигналів збудження та поточного моменту; сприяння командній роботі через переміщення коня через перешкоди; розвиток навичок вирішення проблем, подолання та спілкування; продовжити розмову про очікуване закінчення.
<i>Сесія 7:</i> Відкриття кола; привітання з кіньми; вправи за допомогою коней: грумінг, вправа з брезентом, приєднання; замикаюче коло.	Виконання більш просунутих вправ; заохочення до спроб нових навичок; увага до сигналів збудження; толерантність до фрустрації та звернення до змін; робота з невизначеністю; обробка думок, почуттів і реакцій щодо майбутнього завершення.
<i>Сесія 8:</i> Відкриття кола; привітання з кіньми; вправи за допомогою коней: грумінг, прогулянка з конем, приєднання; прощання з кіньми; Церемонія вручення сертифікатів.	Виконання більш складних вправ; акцентування уваги на вивченні вправ; завершення і прощання; управління змінами; усвідомлення отриманого досвіду.

Вправа «приєднання» поєднує вивчені раніше індивідуальні та групові дії, допомагаючи учасникам продемонструвати партнерство з конем та керування ним у повільному русі. Вправа «брезент», де учасники повинні працювати разом, сприяє командній роботі та співпраці.

Останній сеанс включає церемонію вручення сертифікатів, на якій відзначають прогрес і досягнення учасників реабілітації. Кожне заняття закінчується можливістю для учасників переглянути та обговорити свій досвід у «закриваючому колі».

Даний протокол може слугувати альтернативою або доповненням до існуючих методів терапії тривожності та ПТСР. На основі проведених досліджень його можна вважати безпечним, прийнятним, добре оціненим і принаймні короткочасно корисним для осіб, які відповідають критеріям DSM-5 для ПТСР [66].

ЕАТ-ПТСР може бути прийнятним для військових, які стійкі до більш формальних методів лікування, і стимулювати їхню подальшу відкритість до додаткової терапії стандартними методами.

Поліпшення повсякденного функціонування та загальних симптомів учасників ЕАТ може бути пов'язане з регулярними структурованими програмами на свіжому повітрі та встановленням здорових прихильностей і стосунків із конем, фасилітаторами та членами команди. Крім того, відповідальність за коня та контроль над ним у практичному сенсі може символізувати відновлення контролю над власним життям і ситуацією. Ці компоненти терапії сприяють розвитку навичок подолання труднощів і зміцненню впевненості для здоровішої та міцнішої самооцінки [49].

Також на нашу думку важливо відмітити, що будь-яка програма, що впроваджує втручання за допомогою коней, повинна ретельно оцінити потенційні ризики та переваги такої діяльності. Якщо використовуються вправи верхи, важливо залучати висококваліфікованих і досвідчених фахівців іпотерапевтів і кіннотників та впроваджувати стратегії для мінімізації ризиків. Ці стратегії включають використання відповідного обладнання для безпеки, ретельний вибір коней, надання учасникам інструктажу з безпеки та наявність планів на випадок надзвичайних ситуацій [73, 67, 60].

Крім того, верхова їзда може викликати тривогу у деяких ветеранів із посттравматичним стресовим розладом. Тому в майбутніх дослідженнях

необхідно забезпечити присутність спеціаліста з психічного здоров'я на всіх заходах для оцінки емоційного стану учасників.

### **3.4. Протипоказання до іпотерапії. Різниця між іпотерапією та іповенцією.**

Одночасно з багатьма перевагами, безумовно потрібно враховувати і *протипоказання* до іпотерапії, а саме:

- підвищена чутливість або алергія на кінський піт чи кінський волос;
- серйозна зайва вага;
- вроджена крихкість кісток або вивих суглоба в тазостегновому суглобі;
- всі запальні зміни кісток та суглобів, структурні аномалії або деформації хребта; гемофілія, відкриті рани та хвороба Пертеса;
- патологія нирок;
- серцево-судинна недостатність;
- важка артеріальна гіпертонія з кризами;
- небезпека емболії;
- при хворобі Бехтерева, спондилолітезі, післяопераційному стані на міжхребтових дисках, хворобі Шейермана-Мау, патологічних кіфозах, наявності посттравматичних скоб, пластин або стержнів – займатись іпотерапією не рекомендовано.

В той же час, більшість фізіологічних протипоказань не будуть діяти при заняттях саме іповенцією, а не іпотерапією, оскільки навантажень фізичних тут не буде.

Різницю між іпотерапією та іповенцією можна описати наступними тезами:

- іповенція не є частиною іпотерапії тому що терапевтичність процесу забезпечується в іпотерапії за допомогою фізичного впливу

коня на людину, а в іповенції терапевтичною є взаємодія та комунікація людини та коня.

- в іповенції зазвичай кінь має суб'єктність, може проявляти себе по-різному в залежності від свого характеру та від процесу, що відбувається між ним та людиною чи людьми. Саме ця свобода в реакціях та проявах і є основою для ефективного процесу.

- в іпотерапії коні лікують тіло, а в іповенції душу. Безумовно, під час іпотерапії може бути позитивний вплив на психіку людини, а під час іповенції спостерігатися позитивний вплив на фізичний стан. Це побічна позитивна дія кожного з напрямків. А пряма дія залежить від фокусу, на який направлена увага [76].

Відповіддю на питання актуальності і застосування саме іповенції буде наступне: виклики часу (багато людей, потребують психо-емоційного відновлення та підтримки); інноваційний, цікавий, перспективний напрямок, для іповенції можуть брати участь коні, які не підходять для верхової їзди та іпотерапії, можуть бути задіяні коні, врятовані з м'яса та коні з притулків (після підготовки); коні в іповенції - це повноцінні партнери та учасники процесу, напрямок підвищує якість життя коней, бо тільки ті коні, потреби яких повністю задоволені, можуть бути повноцінними котренерами іповенції. Вона сприяє розвитку грамотної взаємодії з кіньми, тому що для іповенції підходять тільки ті коні, які зацікавлені у взаємодії з людьми та правильно виховані.

### Висновки до III розділу

В III розділі роботи було проаналізовано дані нашого дослідження та надано інтерпретації. Також ми досить докладно описали Програму, за якою відбувалась реабілітація військових методом іпотерапії. Респондентами дослідження були військові, що проходили саме цю короткострокову Програму.

В результаті емпіричного дослідження було виявлено наступне.

У вибірці більшість військових мають незначний рівень тривоги - 89 % респондентів, середній рівень тривоги мають 5 % осіб, дуже високий рівень тривоги мають 4 % осіб. Гарну якість сну мають 49 % опитуваних, порушення сну – 51 %.

По нашій вибірці більше половини військових не мають проявів ПТСР: у 67% опитуваних нормальний стан (відсутні прояви ПТСР), у 22 % є окремі показники ПТСР, і у 11 % - клінічний прояв симптомів ПТСР.

Іпотерапія мала позитивний вплив на функціональний стан військових, що вимірювався за методикою САН (самопочуття, активність та настрої).

Після проходження сеансів іпотерапії, середній рівень тривоги по вибірці трохи зменшився, середнє значення індексу якості сну зменшилось, що свідчить про незначне поліпшення сну.

Ми не отримали значимих результатів впливу іпотерапії на прояви ПТСР, але середні значення окремих симптомів ПТСР, таких як збудливість, почуття провини та суїцидальні нахили трохи знизились, що свідчить про позитивний вплив іпотерапії на стан досліджуваних.

Сильний кореляційний позитивний зв'язок має самопочуття та настрої з активністю досліджуваних, та обернений (негативний) з рівнем тривоги, якістю сну та проявами ПТСР. Тобто чим гірше самопочуття та настрої військових, тим вищий рівень тривоги, більше проявів ПТСР і тим гірший сон. Також маємо вагому залежність якості сну та проявів ПТСР від рівня тривоги. Із збільшенням тривожності погіршується якість сну та більша вірогідність



проявів ПТСР. Якість сну та ПТСР окремо також мають позитивний сильний кореляційний взаємозв'язок – чим більший прояв ознак ПТСР, тим гірший сон військових.

В результаті регресійного аналізу залежності рівня тривоги від досвіду іпотерапії, побачили зниження рівня тривоги після проходження військовими сеансів іпотерапії, Військові з вищим рівнем тривоги мають відповідно гірший сон та більше проявів симптомів ПТСР.

Знайдені наступні взаємозалежності: вищий рівень ознак ПТСР мають люди з неповною середньою освітою; найнижчий рівень ознак ПТСР мають військові у віці 26-35 років, а найвищий – у віці 46+ (хоча різниця не велика).

В залежності від досвіду іпотерапії, найвищий рівень ПТСР мають військові з неповною середньою освітою, що не мали досвіду іпотерапії.

В третьому підрозділі наданий опис Групового протоколу застосування іпотерапії для військових з ПТСР, що пройшов пілотні дослідження в США та застосовується як допоміжний засіб терапії та реабілітації.

Також вказані протипоказання до даної реабілітації та описана різниця між іпотерапією та іповенцією. В іпотерапії терапевтичність процесу забезпечується фізичним впливом коня на людину, в іповенції ж важливою є комунікація людини та коня, взаємодія, кінь має суб'єктність.

## ВИСНОВКИ

Війна в Україні призвела до появи значної кількості людей, які отримали серйозні психологічні травми і тепер потребують негайної, сучасної та ефективної медичної та психологічної допомоги, а також психосоціальної реабілітації. Це особливо стосується військових, для яких надзвичайно важливо отримати якісну психофізіологічну реабілітацію та соціальну адаптацію після бойових дій.

Іпотерапія/іповенція є сучасним і ефективним методом реабілітації, який набуває популярності в Україні та по всьому світу. Вона представляє собою один із найефективніших методів анімалотерапії і є унікальним методом, який поєднує в собі оздоровлення, психокорекцію та соціальну адаптацію, усе це в одному процесі. Іпотерапія об'єднує кінезітерапію, фізіотерапію та когнітивну взаємодію з емоціями та психікою пацієнта, сприяючи руйнуванню патологічних еферентних імпульсів.

В даній роботі ми проаналізували поняття тривожності, тривоги, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), особливостях тривожності військових. Дослідили історію виникнення, розвиток, сучасний стан та можливості методу іпотерапії в Україні. Застосовували метод теоретичного аналізу літератури з теми дослідження, систематизували науковий матеріал.

Теоретична модель нашого дослідження пов'язує тривожність, ПТСР, якість сну, самопочуття, активність, настрій та особливості впливу іпотерапії на них. Тривожність може бути одною з ознак ПТСР, який може мати довгострокові наслідки, також виступати окремим симптомом. Вона впливає на самопочуття, настрій та активність військових, а порушення сну можуть бути наслідком підвищеної тривожності або симптомом ПТСР. Ці фактори мають взаємозалежність. Модель дослідження ґрунтується на припущенні, що іпотерапія має безпосередній вплив на емоційний, психологічний та фізичний стан військових (їхнє самопочуття, активність та настрій), а також від першого

втручання покращує якість сну. Це, в свою чергу, може позитивно впливати на тривожність, що може бути окремим симптомом або частиною ПТСР.

Проведений аналіз теоретичних джерел, наукових статей, що наразі представлені в доступі на тему застосування іпотерапії для реабілітації людей в світі, в Україні; вивчені принципи дії та глибокий вплив терапії із залученням коней (equine-assisted therapy – EAT) на людину, світові наукові дослідження на цю тематику. Виявилось, напрям реабілітації іпотерапією, іповенцією, втручанням за допомогою коней (EAI, Equine assisted interventions) представляють доволі новий напрям в світі, що активно почав застосовуватись біля 50 років тому.

На даний момент в Україні активно функціонують кілька центрів, що використовують в комплексі реабілітації метод іпотерапії в Києві, Донецьку, Львові, Одесі, Хмельницькому, Харкові, на Житомирщині, в Полтаві. В червні 2024 року пройшов перший в Україні відкритий форум з іповенції та іпотерапії, на якому презентували свою роботу багато центрів відновлення для ветеранів війни, виступили спікери - спеціалісти з іпотерапії, іповенції, психологи та травмотерапевти, військові, ветерани. Презентували також створення Громадської організації: «Спілки спеціалістів з іпотерапії, іповенції та адаптивного кінного спорту» ГС «ССПАКС».

З 2010 року працює ІЦ «Спірит» в Києві, де наразі проводиться програма реабілітації військових на ротації та поранених демобілізованих військових. На базі цього центру та протягом проведення даної програми і було побудовано наше емпіричне дослідження.

Ми спланували та описали емпіричне дослідження, що було направлено на вивчення впливу іпотерапії на рівень тривожності, прояви ПТСР, якість сну у військових, їх самопочуття, активність та настрої. Експериментальна група складалася з військових, що пройшли Програму реабілітації та мають досвід іпотерапії – 40 осіб. В контрольну групу ввійшли військові, що не проходили реабілітацію іпотерапією – 38 осіб.

Проведений аналіз та інтерпретація результатів дослідження показали наступне.

У вибірці з 78 військових більшість мають незначний рівень тривоги, середній та високий рівні мають біля 10 % респондентів. Якість сну у половини осіб – погіршена. По нашій вибірці більше половини військових не мають проявів ПТСР: у 67% опитуваних нормальний стан (відсутні прояви ПТСР), у 22 % є окремі показники ПТСР, і у 11 % - клінічний прояв симптомів ПТСР. Можемо зробити висновок, що військові на ротації були в відпочившому стані, більшість без виявленого ПТСР. Також не можемо виключати недостатню щирість опитуваних, оскільки бесіда з ними не проводилась, опитувальники були в гугл формах.

Іпотерапія призвела до позитивних змін у функціональному стані військових, який був оцінений за методикою САН (самопочуття, активність та настрої). Після проведення сеансу іпотерапії середній рівень тривоги в загальній вибірці трохи зменшився, а середнє значення індексу якості сну також зменшилося, що вказує на покращення сну.

Ми не виявили значущих результатів впливу іпотерапії на прояви ПТСР, але середні значення окремих симптомів ПТСР, таких як збудливість, почуття провини та суїцидальні нахили, трохи знизились, що свідчить про позитивний вплив іпотерапії на стан досліджуваних.

На нашу думку, відсутність значимих результатів впливу сеансів іпотерапії на прояви ПТСР пояснюється тим, що Програма короткострокового втручання (1 сеанс іпотерапії) не передбачає такого глибокого впливу. Навіть короткострокове втручання, тобто спілкування з кінями протягом одного дня, здатне позитивно вплинути на якість сну військових, на підвищення їх настрою, самопочуття, підвищення активності, зменшення тривожності. Це було підтверджене і даними нашого дослідження, і зворотнім зв'язком від самих військовослужбовців.

Сильний позитивний кореляційний зв'язок був виявлений між самопочуттям та настроєм військових та їх активністю, а також обернений

(негативний) з рівнем тривоги, якістю сну та проявами ПТСР. Іншими словами, чим гірше самопочуття та настрій, тим вищий рівень тривоги, більше прояви ПТСР і гірший сон.

Також виявлено вагому залежність якості сну та проявів ПТСР від рівня тривоги. Зі збільшенням тривожності погіршується якість сну та збільшується ймовірність проявів ПТСР. Якість сну та ПТСР окремо також мають сильний позитивний кореляційний зв'язок - чим більше проявів ознак ПТСР, тим гірший сон військових.

Результати регресійного аналізу показали зниження рівня тривоги після проведення сеансів іпотерапії у військових. Ті, хто мали вищий рівень тривоги, мали гірший сон та більше симптомів ПТСР. Це підтверджує нашу гіпотезу про позитивний вплив іпотерапії на стан військових і вказує на необхідність подальших досліджень в цьому напрямку.

Для зменшення тривожності ми пропонуємо поряд з традиційною терапією та протокольними заходами використовувати втручання за допомогою коней як допоміжний метод та додаткову реабілітацію, що вже зарекомендувала себе як дійсно дієвий метод реабілітації військових за кордоном, а після початку Великої війни і в Україні.

В зарубіжних дослідженнях описані різноманітні терапевтичні втручання за допомогою коней. Дуже важливим аспектом в цьому плані є невербальна комунікація. Тварина дає можливість задовольнити потребу у фізичному контакті та близькості без звичайних соціальних конотацій, саме тому іпотерапія, іповенція підходить людям з травматичним досвідом, особливо військовим. Коні приносять багато життєвої енергії в терапію, спонтанні імпульси тварини сприяють закріпленню відчуття «тут і зараз». Це має сильний антидисоціативний ефект. Але на зараз це є допоміжним, а не самостійним методом реабілітації та терапії, за кордоном багато досліджень та успішних кейсів інтеграції його з КПТ, EMDR, майндфулнесом. Можливо поєднання зі схематерапією.

Для відчутного поліпшення стану при ПТСР, або окремих його проявах, потрібна більш ґрунтовна робота, більш тривала терапія, ніж 1 сеанс контакту з конями. Приклад такої терапії - Групового протоколу застосування іпотерапії для військових з ПТСР, ми описали в третьому розділі роботи. Протокол включає широко використовувані методи іпотерапії, які були адаптовані для ветеранів з посттравматичним стресовим розладом, спираючись на консультації з експертами з іпотерапії та ПТСР. Він спеціально направлений на посттравматичний стресовий розлад, що відрізняє групову іпотерапію для ПТСР від інших видів іпотерапії та загальної групової психотерапії. Це один з перших пілотних стандартизованих протоколів на цій царині, і в США він показав досить добрі результати.

Отримані результати проведеного наукового дослідження частково підтверджують нашу гіпотезу про позитивний вплив терапевтичного втручання за допомогою коней на прояви тривожності у військових, на їх функціональні стани (емоційний, психічний, фізіологічний). Повністю підтвердилось припущення про поліпшення якості сну учасників після навіть 1 втручання. Це дослідження прокладає перспективний шлях до подальших пошуків наукового підтвердження позитивного впливу іпотерапії та іповенції на прояви посттравматичних стресових розладів у військових, можливо зі збільшенням кількості опитуваних, поліпшенням умов збору даних, а також головне – дослідити зміни у стані військових після проходження повноцінного втручання протягом хоча б десяти сеансів іпотерапії.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. (2016). Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: *Методичний посібник*. Київ, НДЦ ГП ЗСУ, 234 с.
2. Адлер Альфред. (1997). Зрозуміти природу людини. Харків, 218с.
3. Беліченко Л. (2023). Тривожність у військовослужбовців перед їхнім висуванням до зони бойових дій: психологічний аспект. Військовий інститут КНУ імені Тараса Шевченка. *Науковий журнал «Психологічні травелогі»,* № 1.
4. Блінов О.А. (2016). Психологія бойової психічної травми – *монографія*. Київ, Талком, 246с.
5. Богдановська Н. В., Кальонова І. В., Позмогова Н. В. (2017). Іпотерапія в системі корекції рухового стереотипу дітей з церебральним паралічем. *Український журнал медицини, біології та спорту.* № 6 (9) Серія «Фізичне виховання і спорт».
6. Боулбі Д. (2003). Прихильність. заг. ред. Г. В. Бурменської. 448 с.
7. Бураго Г.С. (2019). Сучасний стан і перспективи розвитку іпотерапії в Україні. *Міжнародний неврологічний журнал* №8 (110).
8. Вадзюк С.Н., Сас В.В. (2023). Стан депресії і тривоги у військових із різною стресостійкістю. *Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України. Здобутки клінічної і експериментальної медицини.* № 3.
9. Войтенко О. (2018). Корекція тривожності дорослої особистості засобами тілесно орієнтованої психотерапії. *Humanitarium.* Том 41, Вип. 1. ISSN 2308-5126.
10. Вовченко І. В. (2003). Іпотерапія як складова частина в реабілітації дітей з церебральним паралічем. Вовченко І.В., Євтушенко О.С. Євтушенко С.К. *Соціальна педіатрія; Зб. наук. праць.* – Київ: Інтермед, с. 144-146.

11. Галієва О.М. (2018). Теоретичний аналіз поняття «тривожність». *Теорія і практика сучасної психології*. №6. с. 107-110.
12. Галієва О. М. (2019). Диференціація понять «тривога» та «тривожність». *Психологія та соціальна робота*, том 24 №1(49).
13. Гільман А., Кулеша Н. (2020). Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): теорія, діагностика та практичні аспекти психотерапії. *European humanities studies: State and Society*.
14. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. (2023). Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: *навч. посіб.* Київ, ВСВ «Медицина», 120 с.
15. Гриньова М.В. (2008). Саморегуляція. *Навч.-метод. пос.* Полтава. АСМІ, 268 с.
16. Іванова Т. (2020). Тривога як психологічний феномен. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки.* / Вип. 6. с. 72-78.
17. Іонов І.І. (2008). Уявлення про коня як об'єкту прив'язаності у учасників іпотерапії. *Дисертація на отримання вченого ступеню кандидата психологічних наук.*
18. Ірха В. П., Хандогіна О. В. (2019). Реабілітація комбатантів із застосуванням різних форм терапевтичної взаємодії «людина-кінь». Попередні результати. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві. Збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019 року)*, уклад. Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, с. 104-107.
19. Каппелен Х., Іварссон, Х. Йормфельдт (2023). Вплив терапевтичного втручання за допомогою коней на самопочуття людей з діагнозом шизофренія. Пілотне дослідження. *Проблеми психічного здоров'я*. Том 44, Випуск 2.
20. Кім Пунзо, Матильда Скоглунд, Інґ-Марі Карлссон, та Генріка Йормфельдт (2022). Досвід терапевтичного втручання за допомогою коней



серед дітей та підлітків із психічними захворюваннями у Швеції – сестринська перспектива. *Проблеми психічного здоров'я*. Том 43, Випуск 12.

21. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. (2017). Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ, НДЦ ГП ЗСУ, 282 с.

22. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. (2011). Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: *Методичний посібник*. Київ, НДЦ ГП ЗСУ, 281 с.

23. Корпань А.Ю. (2023). Арт-терапія як засіб зниження тривожності у студентів-першокурсників. *Кваліфікаційна робота магістра*. Миколаїв.

24. Кротюк К.А. (2022). Рівень психологічної тривожності у військовослужбовців, які перебувають в зоні ООС. *Журнал «Перспективи та інновації науки» (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина» / № 2(7)*.

25. Лабінський А.Й., Грицина М.Р., Гутий Б.В., Лабінська Г.Б. (2019). Анімалотерапія – перспективний напрямок реабілітаційного лікування людини / *Львівський національний університет ветеринарної медицини та біотехнологій імені Гжицького С.З.* Львів.

26. Лавринів Х., Козак І., Павлишин О., Лисак Н. (2015). Зміни рівня тривожності спортсменів-футболістів. *Молода спортивна наука України. Львівський національний університет імені І.Франка*. Т.2. с. 147-150.

27. Лемак М.В., Петрище В.Ю. (2012). Психологу для роботи. Діагностичні методики. *Збірник*. Вид.2, Ужгород, 616 с.

28. Матяш М.М. (2014). Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. М.М. Матяш, Л.І. Худенко. *Український медичний часопис*. № 6 (104).

29. Музичко Л.Т. (2017). Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. Вип. 10, с. 197-210.
30. Мухін В.М., Макарова Е.В. (2009) Застосування іпотерапії в комплексі відновних заходів осіб з церебральним паралічем. *Львівський державний університет фізичної культури*.
31. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 № 121. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад.
32. Наказ МОЗ України від 09.12.2009 року № 889 «Про затвердження клінічного протоколу санаторно-курортної реабілітації дітей з церебральним паралічем».
33. Наказ МОЗ України від 09.04.2013 року № 286 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при органічних ураженнях головного мозку у дітей, які супроводжуються руховими порушеннями».
34. Неурова А.Б., Капінус О.С., Грицевич Т.Л. (2016). Діагностика індивідуально-психологічних властивостей особистості: *навчально-методичний посібник*. Львів: НАСВ, 181 с.
35. Обиначна З. В. (2015). Архітектурна організація іпотерапії в реабілітаційній сфері. Формування закладів іпотерапії в реабілітації: історія розвитку та спроба класифікації. *Містобудування та територіальне планування: наук.-техн. збірник*. Київ, Вип.58. с. 315-321.
36. Подольська Г.Ю. (2021). Аналіз психологічного феномену тривожних станів особистості та їх подолання за допомогою арттерапевтичної роботи з глиною / *Psychological journal* / Volume 7 Issue 7 (51).
37. Попелюшко Р.П. (2021). Дисертація. Психолого-аксіологічні засади реабілітації комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів Київ, 446 с.

38. Сербіченко О. (2018). Види анімалотерапії у соціальній реабілітації дітей, що постраждали от насильства. Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний корекційний і медичний аспекти: *Всеукр. наук.-практ. конф.* Полтава: ТОВ «АСМІ», с. 197–199.

39. Томчук С.М., Томчук М.І. (2018). Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: *монографія*. Вінниця: КВНЗ «ВАНО». 200 с.

40. Хандогіна О. В., Ірха В. П. (2018). Нові підходи до проблеми соціальної адаптації учасників бойових дій, що перебували в зоні АТО. *Загальна і медична психологія*. № 1. с. 110.

41. Хандогіна О. В. (2018). Перспективні напрямки розвитку адаптивного кінного спорту для осіб зі спеціальними потребами. Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний корекційний і медичний аспекти. *Всеукр. наук.-практ. конф. (2018; Полтава)*. Полтава: ТОВ «АСМІ», с. 223–226.

42. Цвєрава Д.М. (2012). Іпотерапія: лікувальна їзда верхи: наук. Видання. Київ, 152 с.

43. Черненко І.І. (2017). Сучасні методи психологічної терапії хворих із посттравматичними стресовими розладами в контексті їх медико-соціального значення [анімалотерапія]. І.І. Черненко, І.А. Чухно. *Міжнародний неврологічний журнал*. N 5, с. 112-115.

44. Чудна Р.В. Бураго А.С. (2012). Лікувальні аспекти іпотерапії. *Соціальна педіатрія та реабілітологія*. № 2, с. 43-47.

45. Яремко Р.Я., Гродська В.М., Дзюбак А.В., Ільків Х.В. (2022). Теоретичне дослідження проблеми тривожності особистості у психологічній літературі. Львівський державний університет безпеки життєдіяльності. *«Young Scientist», Психологічні науки*. №5 (105), 05.2022.

46. Ясточкіна І. (2020). Особистісна тривожність як соціально-психологічна проблема. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. Випуск 6.
47. <https://www.dkthr.de/therapeutisches-reiten-pferdgestuetzte-therapie-foerderung-und-sport-dkthr/pferdgestuetzte-physiotherapie-hippotherapie-dkthr-dkthr/> Інтернет ресурс.
48. <https://www.dkthr.de/therapeutisches-reiten-pferdgestuetzte-therapie-foerderung-und-sport-dkthr/pferdgestuetzte-psychotherapie/> Інтернет ресурс
49. Assaf Shelef, Dorit Brafman, Thom Rosing, Abraham Weizman, Rafael Stryjer, Yoram Barak (2019). Equine Assisted Therapy for Patients with Post Traumatic Stress Disorder: *A Case Series Study*. *Military Medicine*, Volume 184, Issue 9-10, September-October 2019, Pages 394–399.
50. Beck JG, Pickover AM, Lipiniski AJ, Tran HN, Dodson TS (2018). Cognitive-behavioral interventions for disorders of extreme stress: posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In: *The Oxford Handbook of Stress and Mental Health*. Edited by Harkness KL, Harden EP.
51. Beetz, A.; Uvnas-Moberg, K.; Julius, H.; Kortrschal, K. (2012). Psychosocial and psychophysical effects of human-animal interactions: The possible role of oxytocin. *Front. Psychol.* 3, 1–15.
52. Birgit Heintz (2020). Empathie auf vier Hufen. Einblicke in Erleben und Wirkung pferdgestützter Psychotherapie. *Vandenhoeck & Ruprecht*. 1st edition (16 Nov. 2020). 192 pages.
53. Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment, Anxiety and Anger*; Hogarth Press: London, UK, Volume I.
54. L. Elisabeth Burton, Fares Qeadan, Mark R. Burge (2019). Efficacy of equine-assisted psychotherapy in veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Integrative Medicine*. Volume 17, Issue 1, January, Pages 14-19.
55. Fares Qeadan L., Elisabeth Burton Mark R. Burge (2019). Efficacy of equine-assisted psychotherapy in veterans with posttraumatic stress disorder.

*Journal of Equine Veterinary Science*. Volume 17, Issue 1, January 2019, Pages 14-19.

56. Fine, AH Handbook on Animal-Assisted Therapy (2015): Foundations and Guidelines for Animal-Assisted Interventions, 4th ed.; *Academic Press*: Cambridge, MA, USA.

57. Jaspers K. (1963). General psychopathology [General psychopathology]. Chicago.

58. Hoagwood, K.E. Acri, M. Morrissey, M. Peth-Pierce, R. (2017). Animal-assisted therapies for youth with or at risk for mental health problems: A systematic review. *Appl. Dev. Sci.* 21, 1–13.

59. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med.* 351: 13–22.

60. Kazlauskas E. (2017). Challenges for providing health care in traumatized populations: barriers for PTSD treatments and the need for new developments. *Glob Health Action*, 10 (1) (2017), Article 1322399.

61. Leif Hallberg (2018). The Clinical Practice of Equine-Assisted Therapy Including Horses in Human Healthcare. Copyright 2018

62. Nora Palomar-Ciria, Hugo J Bello (2023). Equine-Assisted Therapy in Post-Traumatic-Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Equine Veterinary Science*. Volume 128, September 2023, 104871.

63. Rosen CS, Bernardy NC, Chard KM, et al. (2019). Which patients initiate cognitive processing therapy and prolonged exposure in department of veteran's affairs PTSD clinics, *Anxiety Disord.* 62: 53–60.

64. Rebecca A. Johnson, David L. Albright, James R. Marzolf, Jessica L. Bibbo, Hayley D. Yaglom, Sandra M. Crowder, Gretchen K. Carlisle, Amy Willard, Cynthia L. Russell, Karen Grindler, Steven Osterlind, Marita Wassman and Nathan Harms. (2018). Effects of therapeutic horseback riding on post-traumatic stress disorder in military veterans. *Military Medical Research*.

65. Steenkamp M, Litz B (2014). Prolonged exposure therapy in veteran's affairs: the full picture. *JAMA Psychiatry*. 71: 211–1.
66. Shay Arnon, Prudence W Fisher, Alison Pickover, Ari Lowell, J Blake Turner, Anne Hilburn, Jody Jacob-McVey, Bonnie E Malajian, Debra G Farber, Jane F Hamilton (2020). Equine-Assisted Therapy for Veterans with PTSD. *Manual Development and Preliminary Findings. Military Medicine*, Volume 185, Issue 5-6, May-June 2020, Pages e557–e564.
67. Suris A., Lind L. (2008). Military sexual trauma: a review of prevalence and associated health consequences in veterans. *Trauma Violence Abus*, 9 (4), pp. 250-269.
68. Sigmund Freud (1989). Studienausgabe in zehn Bänden mit einem Ergänzungsband. Band 6. Hysterie und Angst. Fischer. 370 p.
69. Sudhadevi M. (2020). Equine assisted therapy. *International journal of multidisciplinary educational research*. MAY 2020.
70. Scopa C, Contalbrigo L, Greco A, Lanatà A, Scilingo EP, Baragli P. (2019). Emotional Transfer in Human–Horse Interaction: New Perspectives on Equine Assisted Interventions. *Animals*. 9 (12):1030.
71. Nora Palomar-Ciria (2023). Equine-Assisted Therapy in Post-Traumatic-Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Equine Veterinary Science*. Volume 128, September 2023, 104871 (Spain).
72. Trzmiel, T.; Purandare, B.; Michalak, M.; Zasadzka, E.; Pawlaczyk, M. (2018). Equine Assisted Activities and Therapies in children with Autism Spectrum Disorder: A systematic review and a meta-analysis. *Complement. Ther. Med.* 42, 104–113.
73. William R. Marchand, Judy Smith, Karl H. Hoopes, Makenna Osborne, Sarah J. Andersen, Kylie Bell, Elena Nazarenko, Rachel Macneill, Katryna Joubert (2023). A pilot observational study of horsemanship skills training for veterans with posttraumatic stress disorder. *Complementary Therapies in Medicine*, Volume 72, March 2023, 102910.

74. William R. Marchand (2023). Potential Mechanisms of Action and Outcomes of Equine-Assisted Services for Veterans with a History of Trauma: A Narrative Review of the Literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Volume 20, Issue 14, 16 July 2023.

75. White-Lewis, S.; Russell, C.; Johnson, R.; Cheng, A.L.; McClain, N. (2017). Equine-assisted therapy intervention studies targeting physical symptoms in adults: A systematic review. *Appl. Nurs. Res.* 38, 9–21.

76. Матеріали першого в Україні відкритого форуму з іповенції, 2024 рік, Київ.