

УДК 159.9.072

DOI <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2023-1-8>

АРТТЕРАПІЯ ЯК ЕФЕКТИВНИЙ ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ ПТСР

Розумовська Тетяна Вікторівна,

аспірантка кафедри психології та соціальної роботи

факультету педагогіки, психології та мистецтва

Центральноукраїнського державного

університету імені Володимира Винниченка

ORCID ID: 0000-0002-3264-0032

У статті представлено результати теоретико-аналітичного висвітлення проблеми проявів та наслідків ПТСР особистості внаслідок воєнного стресу. Мета: на підґрунті системного підходу визначити психологічні особливості дії арттерапії впродовж корекції осіб, що страждають на ПТСР.

Методи: застосовано принцип системності до висвітлення психологічної природи емоційної травми, ПТСР, психодіагностичні методики: Шкала оцінки впливу травматичної події IES (Impact of Event Scale); Міссісіпська шкала ПТСР для учасників бойових дій (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD); методи арттерапії, що сприяють корекції негативних проявів ПТСР.

Результати: визначено провідні засоби арттерапії як дієвого засобу психокорекції негативних наслідків ПТСР. Розроблено авторську модель арттерапії, що базується на системному і транстеоретичному підходах, біопсихосоціальній концепції станів психосоціальної дезадаптації, психологічній концепції особистості як системи взаємин людини з оточенням і концепції творчості як засобу підтримки та регуляції ідентичності і форми захисно-адаптивної поведінки. Виявлено, що такий процес зачіпає різні рівні біопсихосоціальної організації особистості: біологічний, психологічний, соціокультурний.

Висновки. Отже, корекція негативних наслідків ПТСР засобами арттерапевтичного втручання в умовах психотерапевтичного процесу уможливорюється завдяки: впливу на симптоматичний рівень і рішення тактичних завдань: емоційній стабілізації й організації поведінки, підвищенню мотивації клієнта до психологічної роботи й отримання психологічної допомоги, адаптації до умов оточення; підвищенню значущості завдань особистісної реконструкції, пов'язаних із особистісною реконструкцією, корекцією неадекватних емоційних, когнітивних і поведінкових стереотипів, розвитком більш адаптивних моделей поведінки.

Ключові слова: арттерапія, воєнний стрес, емоційна травма, ПТСР, системний підхід.

Razumovskaya Tetyana. Art therapy as an effective means of correcting the negative consequences of PTSD

The article presents the results of the theoretical and analytical coverage of the problem of manifestations and consequences of PTSD of the individual as a result of military stress. Purpose: on the basis of the systemic approach, the psychological features of the polysystemic structure of the integrity of the individual are determined. Methods: applying the principle of systematicity to highlight the psychological nature of emotional trauma, PTSD, psychodiagnostic techniques: 1) Impact of Event Scale (IES), Mississippi Scale for Combat-Related PTSD; art therapy methods that contribute to the correction of negative manifestations of PTSD. Results: definitely the leading means of art therapy as an effective means of psychocorrection of the negative consequences of PTSD. An author's model of art therapy based on systemic and transtheoretical approaches, a biopsychosocial concept of states of psychosocial maladaptation, a psychological concept of personality as a system of human relationships with the environment, and a concept of creativity as a means of maintaining and regulating identity and a form of protective-adaptive behavior has been developed. It was found that such a process involves different levels of biopsychosocial organization of the individual: biological, psychological, sociocultural. Conclusions. Therefore, the correction of the negative consequences of PTSD by means of art therapy intervention in the conditions of the psychotherapeutic process is possible due to: influencing the symptomatic level and solving tactical tasks: emotional stabilization and organization of behavior, increasing the client's motivation for psychological work and receiving psychological help, adaptation to environmental conditions; increasing the importance of personal reconstruction tasks related to personal reconstruction, associated with the correction of inadequate emotional, cognitive and behavioral stereotypes, the development of more adaptive behavior models.

Key words: art therapy, war stress, emotional trauma, PTSD, systemic approach.

Вступ

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – психічний стан, що віддзеркалює розвиток характерних симптомів, що виникають після переживання сильного стресу (Діагностичний та статистичний покажчик із психічних розладів, 4-е видання [DSM-IV]; Американська психіатрична асоціація, 1994). Ці симптоми охоплюють відтворення подій, що постійно повторюються, відповідних образів, думок, почуттів, що викликають важкі емоційні переживання; постійне запобігання стимулам, що пов'язані з травмою; оціпеніння, блокування емоційних реакцій, сукупність постійних симптомів напруження, що постійно збільшується, й збудження. Зазвичай такий розлад переживається понад місяць і викликає клінічно значущий емоційний стан або порушення у професійній та соціальній життєдіяльності.

Особистість, яка пережила травматичну подію, що мала загрозливий для життя характер, під час відтворення такої події відчувала страх доволі інтенсивного прояву, а також безпорадність чи навіть жах. Якщо тривалість симптомів менше за три місяці, то фахівці розглядають такі прояви як «гострий ПТСР», якщо тривалість симптомів перевищує три місяці, то розлад вважається хронічним. Спостерігаються події, коли симптоми виявляються через місяці або навіть роки після пережитої травми. У таких випадках визначають як «ПТСР із пролонгованою дією».

Більшість осіб, що постраждали від травм, із часом поновлюються. Проте у великої кількості виникають симптоми ПТСР, та без необхідного лікування вони можуть призвести до розвитку серйозного й стійкого психічного розладу.

Таким чином, **метою** статті є висвітлення особливостей проявів ПТСР в умовах воєнного стресу та його негативних наслідків, а також можливості ефективної корекції емоційної травми засобами арттерапії.

Теоретичне обґрунтування проблеми. ПТСР характеризується постійним переживанням симптомів, що мають прояв:

- 1) як ті, що повторюються, й нав'язливі спогади про подію;
- 2) сновидіння, що повторюються, про подію;
- 3) дії, ніби події відбулися знов;
- 4) інтенсивні важкі переживання, що були спричинені зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події, або ті, що символізують її;
- 5) фізіологічні реакції на стимули або ситуації, що нагадують про подію.

Тобто розлад має на увазі симптоми запобігання та емоційного оцінювання. Вони можуть охоплювати:

- зусилля щодо запобігання думкам, почуттям, бесідам про подію;
- зусилля щодо запобігання діяльності, уникнення місць або людей, які асоціюються з подією;
- нездатність згадати про важливі аспекти події;
- помітне зниження зацікавленості щодо того, що раніше сприяло задоволенню;
- відчуття відчуженості, дістаційованості від інших людей;
- обмеження аспекту емоційних переживань;
- почуття зменшення життєвих перспектив, що супроводжується значущою нестачею планування майбутнього.

Окрім цього, наявні симптоми збудження, що не мали місця до травматичної події, а саме:

- труднощі із засипанням або поганий сон;
- подразливість або спалахи гніву;
- утруднення з концентрацією уваги;
- підвищений рівень настороженості, постійне очікування небезпеки або повторне переживання ситуації, що загрожує життю;
- гіпертрофована реакція на переляк.

Цікаво, що не всі люди, які пережили травму, відчувають ПТСР. Так, у дослідженнях Бреслау зазначено, що майже 25% осіб, які пережили травматичну подію, у подальшому відчули наслідки ПТСР, у 9% оформилося у тривале захворювання. У 5% жінок ПТСР був хронічним. Також було виявлено ПТСР у 8% осіб, у яких цей розлад простежується впродовж життя.

Звичайно, що ПТСР має високі показники в «групах ризику». Так, у дослідженнях проблем реадaptaції в'єтнамських ветеранів виявлено, що, передусім, найвищу психологічну ціну за військові дії сплачують власне солдати: у 30% з 3,1 млн ветеранів війни у В'єтнамі оформлюється ПТСР. Зазначимо, що 15% із них страждають на ПТСР, незважаючи на те що після закінчення війни пройшло 15 років.

Також у групі ризику й особи, які пережили насилля. У дослідженнях Кіпатрика наголошується про те, що впродовж життя 13% американських жінок відчували сексуальне насильство. Майже у третій частині з них розвинувся ПТСР. Зазначено, що 4% американських жінок страждають на ПТСР, що пов'язано із сексуальним насильством.

Згідно з результатами епідеміологічних досліджень, виявлено гендерну різницю щодо переживання травм і розвитку ПТСР. Так, понад 60% чоловіків і 50% жінок відчувають негативну дію травматичних подій. Утім, жінки (12%) більше схильні до розвитку ПТСР, аніж чоловіки (6%). Тобто наведені дані виявляють реальну гендерну різницю стосовно вразливості щодо ПТСР, яка, можливо, пов'язана з біологічними, психологічними та соціальними диференціаціями. Також може бути виявлений прямий зв'язок із типом травмуючих подій, що, передусім, переживають чоловіки та жінки. Так, для жінок у 10 разів вище ймовірність пережити сексуальне насилля, а для чоловіків удвічі більша ймовірність загрозливих травмуючих подій, нападів, аварій.

У дослідженнях Бреслау виявлено, що жертви насилля мали найвищі показники ПТСР. Проте найчастіше провідною причиною ПТСР серед населення (31%) є неочікувана й несподівана смерть близької людини через високу поширеність такого виду травматичної події (60%). У цьому дослідженні відстежено, що ПТСР триваліше у жінок, аніж у чоловіків (найчастіше понад шість місяців (74%)), а також триваліше, якщо травматична подія відбулася безпосередньо із самою людиною. У дослідженні виявлено расову різницю у розвитку ПТСР: населення, яке не відноситься до білої раси, вдвічі вразливіше до ПТСР, аніж біле.

Отже, ПТСР є доволі поширеним. Найчастіше фахівці відзначають, що у клінічній практиці значна частина осіб переживала травмуючі події, з приводу чого вони й звертаються за допомогою. Тобто постає питання щодо об'єктивної діагностики й оцінювання ПТСР.

Діагностичні методики у галузі психічного здоров'я часто оцінюються на підґрунті їх діагностичної значущості, типу критеріальної валидності, що відноситься до можливості тесту прогнозувати діагностичний статус. Існує три кроки у визначенні діагностичної значущості такої методики:

Передусім, вибирається «золотий стандарт». У психологічних дослідженнях найчастіше це діагноз, що ґрунтується на клінічному інтерв'ю, він також може бути отриманий завдяки декільком витокам інформації.

Окрім цього, золоті стандарти й новітні розроблені тести застосовуються до експериментальної групи учасників. Потім розкид отриманих даних перевіряється для визначення його діагностичної значущості, норми або, інакше кажучи, здатності прогнозувати діагноз, що визначається золотим стандартом. Оптимальні оцінки норми для тесту можуть прогнозувати найбільшу кількість випадків із діагнозом чи без нього для первинної вибірки.

Усі існуючі методи вимірювання психічних розладів далекі від ідеальних. Існує два основних вимірювання похибки, що є в тесті: помилково позитивна і помилково негативна. Помилково позитивне вимірювання виникає у тому разі, коли оцінка пацієнта є вище за норму, але в дійсності він не є хворим. Помилково негативне вимірювання виникає тоді, коли пацієнт набирає оцінки нижче за норму, а в дійсності він є хворим. Діагностична значущість часто описується у термінах чутливості й специфічності тесту. Власне, такі вимірювання беруть до уваги помилки, що

здійснюються у прогнозуванні. Сенситивність – це вимірювання істинності позитивних оцінок або ймовірність того, що люди, котрі мають такий розлад, отримають оцінки вище, ніж вказано нормою. Специфічність – це істинні негативні оцінки тесту, або ймовірність того, що люди, які не мають такого розладу, одержать бали нижче вказаної критичної оцінки. Сенситивність є низькою, якщо тест надає багато помилкових негативних вимірювань, тоді як специфічність є низькою, якщо тест надає забагато помилкових позитивних вимірювань.

Вибір тестів варто здійснювати у відповідності отриманим даним їх психометричним властивостям за допомогою такого інструментарію.

Багато вимірювань взаємозамінюються, тому що отримані дані стабільні за винятком деяких варіацій у методах та підходах, що застосовуються. Вибираючи конкретний інструмент, рекомендується перевіряти дані, що наявні саме для цього інструменту на даній вибірці. У такому разі максимізуються точність та ефективність тесту, що застосовується.

Таким чином, найважливішими клінічними симптомами ПТСР, згідно з DSM-IV, є такі:

I. Травматична подія наполегливо повторюється в переживанні одним (або більше) з таких способів:

1. Повторюване і нав'язливе відтворення події, відповідних образів, думок і сприймань, викликає тяжкі емоційні переживання.
2. Повторювані важкі сни про подію.
3. Важкі дії або відчуття, ніби травматична подія переживалася знову (включає відчуття «пожвавлення» досвіду, ілюзії, галюцинації і дисоціативні епізоди – «флешбек-ефекти», включаючи ті, які з'являються у стані інтоксикації).
4. Інтенсивні важкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.
5. Фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні чи внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

II. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалось до травми). Визначається за наявністю трьох (або більше) з перерахованих нижче особливостей:

1. Зусилля з уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.
2. Зусилля з уникнення дій, місць або людей, які будять спогади про травму.
3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія).
4. Помітно знижений інтерес або неучасть у раніше значимих видах діяльності.
5. Відчуття відстороненості або відокремленості від решти людей.
6. Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, до почуття любові).
7. Відчуття відсутності перспективи в майбутньому (наприклад, відсутність очікувань із приводу кар'єри, одруження, дітей або бажання довгого життя).

III. Постійні симптоми зростаючого порушення (які не спостерігалися до травми). Визначаються з наявності принаймні двох з нижче перерахованих симптомів:

1. Труднощі із засипанням або поганий сон (ранні пробудження).
2. Дратівливість або вибухи гніву.
3. Утруднення із зосередженням уваги.
4. Підвищений рівень стривоженості, стан постійного очікування загрози.
5. Гіпертрофована реакція переляку.

Обов'язковою умовою для діагностики ПТСР є встановлення тривалості протікання розладу. ПТСР діагностуються лише в тому разі, коли тривалість прояву описаних вище симптомів становить не менше одного місяця. Не менш важливою умовою для винесення діагнозу є обставина, що розлад викликає клінічно значущий тяжкий емоційний стан або порушення у соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності. Сьогодні є різні підходи до виділення типів ПТСР.

Отже, можна визначити таку класифікацію ПТСР: гострі симптоми зберігаються менше трьох місяців; хронічні симптоми зберігаються три і більше місяців; відстрочені симптоми виникають щонайменше через шість місяців після психотравматизації.

В окремих випадках ПТСР протікають протягом багатьох років і переходять у хронічну зміну особистості: гострі симптоми виникають у межах місяців після травми і зберігаються не більше шести місяців; хронічні симптоми проявляються після шести місяців і тривають понад шість місяців; відстрочені проявляються після прихованого періоду (місяці, роки) і тривають понад шість місяців.

Окрім цього, деякі автори виділяють так звані вторинні ознаки ПТСР. До них відносять: алкогольну, медикаментозну або наркотичну залежність; схильність до суїцидальних думок і спроб; депресію; захворювання серцево-судинної системи; болі різної етіології, сексуальні дисфункції, девіантну поведінку та ін. Таким чином, психологічні наслідки участі в бойових діях мають різноманітні прояви за змістом, формою і динамікою. Закріплюючись в особистісних структурах і поведінці ветеранів, вони визначають поведінку через багато років після закінчення їх участі у військових подіях. Негативні наслідки психотравми, інтегруючись у цілісний симптом, утворюють клінічну картину посттравматичного стресового розладу – патологічного психічного розладу.

Окрім того, ПТСР – не стільки клінічне, скільки соціально орієнтоване поняття. Не випадково дана проблема виникла після локальних і «неприйнятих» суспільством воєн (В'єтнам, Афганістан), коли з'явилася можливість виділяти, вивчати і здійснювати мінімальну соціально-державну підтримку відносно невеликої кількості ветеранів.

Істотно й те, що на ПТСР значно частіше страждають особи «армій, що програли війну», хоча «особиста поразка» (моральна) може відноситися і до військовослужбовців сторони, що перемогла. Важливий сам факт «поразки» (катастрофа своїх ідеалів, зміна понять «добра і справедливості»), що створює для її учасників принципово іншу соціально-психологічну ситуацію, негативна проєкція якої може простиратися як на їхнє життя, так і на життя їхніх близьких. Нашарування на подібні (найчастіше неусвідомлювані або ті, які активно заперечуються) переживання почуття «непоясненої провини» (за загиблих товаришів, убитих мирних жителів та ін.), а також «украй невдячного» відношення з боку суспільства (що сприймає тих, хто воював як «агресор», «окупант» та ін.) негативно впливає на морально-психологічний стан комбатантів, значною мірою провокуючи розвиток «специфічних» посттравматичних розладів, а також відповідних (по відношенню до суспільства) «захисно-протестних» форм поведінки.

Профілактика і реабілітація осіб, що піддалися стресу, повинна проводитися задовго до початку хворобливого процесу. Причому успішність її значною мірою буде визначатися зміною відношень суспільства (засобів масової інформації, державних інститутів) до комбатантів, а також якістю їх професійного добору і підготовки, обмеженням термінів перебування в екстремальних умовах і своєчасним виявленням осіб зі схильністю до розвитку психічних розладів. Для виявлення військовослужбовців із проявами посттравматичного стресового розладу може бути використаний Міссісіпський опитувальник для бойових ПТСР (США, 1985), придатний для використання в різних умовах обстеження.

Матеріали та метод

Звісно, арттерапія є цілеспрямованим використанням підготовленим терапевтом елементів мистецької творчості, музики, танцю, танцювального руху, драми й поезії у психотерапії, консультуванні, додатковій освіті або реабілітації.

Фахівці, які працюють у цій галузі, наголошують на особливому значенні невербальної форми інтервенцій, використанні ключових кінестетичних подразників із метою отримати доступ до спогадів чи образів, а також на позитивній ролі занять творчістю й спонтанності самовиявлення у зниженні інтенсивності почуття безпорадності й підвищення самооцінки.

По-перше, символічні засоби самовираження, які актуалізуються через творчу діяльність, можуть забезпечувати більш детальний доступ до прихованих систем пам'яті, а також візуально-кінестетичних схем. Уважається, що травматичний досвід і пов'язані з ним викривлені

схеми можуть зберігатися у цих нелексічних формах. Забезпечуючи доступ до травматичних схем, арттерапія може посилювати вплив інших терапевтичних процесів, наприклад десенсибілізації, когнітивного рефреймінгу та навчання.

По-друге, використання творчих і соціально значущих мистецьких методів може мати терапевтичний ефект й у психосоціальній сфері. Арттерапія може підвищити у клієнтів із ПТСР почуття власної гідності, надію, просоціальну поведінку, зменшити почуття сорому й провини шляхом сув'язання травмуючого матеріалу з адаптивними й естетичними засобами виявлення.

У арттерапії задіяні унікальні невербальні й творчі компоненти та більш загальні терапевтичні процеси, що вважаються загальновизнаними методами лікування травми (релаксація, занурення, десенсибілізація, когнітивні інтервенції, нарративні техніки й відволікання).

Більшість емпіричних досліджень стосовно ефективності арттерапії було здійснено у галузі терапії мистецькою творчістю. Доволі часто дитячі малюнки мають зображення таких деталей: геніталії, відсутність кінцівок, відсутність пальців і голова без тілу.

Існують дослідження, що доводять ефективність арттерапії у лікуванні наслідків травм. Арттерапія вважається корисною у зниженні алекситимії, тривожності, дисоціації, депресії, зменшенні нічних кошмарів, підвищенні емоційного контролю, покращенні міжособистісних взаємин, покращенні уявлення про власне тіло.

Найчастіше виокремлюють три групи осіб, для яких арттерапія може бути найкориснішою:

- діти, яким буває важко сконцентрувати увагу на абстрактному вербальному обговоренні власних особистих переживань; залучення у гру – найчастіше єдиний і найкращий засіб доступу до цих переживань;

- травмовані клієнти, що відчують труднощі у вербальному висловленні власних почуттів; використання невербальних засобів вираження дає змогу клієнтам отримати більш повний доступ до травматичних спогадів і потім пропрацювати їх більш детально;

- високоінтелектуально розвинені клієнти, котрі використовують мову абстракцій упродовж обговорення травматичного матеріалу; арттерапевтичні методи можуть допомогти їм уникнути захисних механізмів запобігання.

Незважаючи на відносно широке застосування арттерапії, ефективність її засобів не була встановлена через емпіричні дослідження. Утім, вона може стати ефективним доповненням лікування за таких умов:

- арттерапія здійснюється підготовленим фахівцем, що практикує у цьому напрямі;
- терапія здійснюється з дозволу клієнта.

Терапія здійснюється у поєднанні з іншими видами лікування. Джерело терапевтичної ефективності арттерапії під час лікування ПТСР не було визначено, ймовірно, може бути пов'язане із загальними психологічними процесами (розкривна терапія, релаксація, когнітивне переопрацювання) й специфічними невербальними і творчими елементами.

Загальні принципи організації роботи. Взаємодія з клієнтами повинна проводитися у спеціально організованому арттерапевтичному середовищі. Цей простір має дві зони: ту, що призначена для мистецької роботи, й іншу – для обговорення учасниками групи. Необхідно забезпечити вільний доступ до різних матеріалів і засобів роботи. Мистецькі матеріали – це зазвичай акварельні, гуашеві й масляні фарби, кольорові олівці, воскова крейда, пастель, мистецька глина для ліплення, папір різного кольору, формату і фактури, старі журнали для створення колажів, а також такі матеріали, як скотч, нитки, скріпки, фольга, харчова плівка та ін.

Необхідні матеріали клієнти можуть приносити з дому або брати з природи. З урахуванням того, що робота в групі часто поєднана зі спільною діяльністю двох або декількох осіб, робоча зона повинна бути доволі просторою і мати підлогу та стіни, що легко миються. Одна зі стін повинна бути відведена для закріплення на ній паперу, що може бути необхідним. У кабінеті бажано мати музичну апаратуру, декілька мольбертів, а також місце, де клієнти можуть зберігати мистецьку продукцію.

Із відомих різновидів арттерапевтичних підходів виокремимо тематично-аналітичний завдяки об'єктивним перевагам цієї форми групової арттерапевтичної роботи з контингентом клієнтів із прикордонними психічними розладами. Тематичний підхід характеризується відносно високою структурованістю й директивністю роботи, що відповідає очікуванням більшості клієнтів, можливістю проведення курсів з невеликою або середньою тривалістю й доступністю для раніше не бравших участі у психотерапії й тих, хто взагалі не мав досвіду мистецької творчості, з використанням широкого набору різних чинників лікувально-корекційного впливу.

Аналітичний компонент має на увазі «м'який», опосередкований аналітичний розбір створених витворів на підґрунті інтерпретувань прихованого сенсу створених образів, символів, значень застосованих кольорів або форми у поєднанні з аналізом процесів, що відбуваються у групі, взаємин окремих учасників один з одним і з ведучим.

Сесії тривалістю 2–2,5 години (залежно від теми, техніки або вправи, що виконується) проводять 3–5 разів на тиждень упродовж шести тижнів. Заняття мають звичайну для групової арттерапії структуру: введення, «розігрів»; етап вибору теми та образотворчої роботи; обговорення робіт і завершення сесії.

Індивідуальні малюнки виконують на папері формату А3. Перед цим етапом обговорення організовують невеличку перерву, під час якої клієнти можуть розташувати малюнки у просторі кабінету. Кількість учасників може варіюватися від 7 до 10 осіб. Групи варто комплектувати гомогенними за нозологічною та віковою ознаками.

Перед тим як розпочати арттерапевтичну роботу, ставлять такі завдання:

- зменшення у клієнтів симптомів, оптимізація і стабілізація їхнього психічного стану та соціального функціонування;
- досягнення більш високого рівня психосоціальної адаптації, формування навиків саморегуляції, а також розвиток здатності розуміти себе, вербально та невербально виявляти власні почуття й думки;
- укріплення почуття «Я», удосконалення здібностей щодо прийняття самостійних рішень, до дії у конфліктній та напруженій ситуації, формування стійкої системи соціально значущих зв'язків, інтересів, захоплень.

Етапи арттерапевтичного процесу:

1. Підготовчий етап представлений першою зустріччю з клієнтом, отриманням від нього первинних даних, поясненням особливостей підходу, правил поведінки у групі, знайомством з арттерапевтичним простором, проведенням проскіпційних малюнкових тестів.

2. Етап формування системи психотерапевтичних взаємин і початку образотворчої діяльності клієнтів пов'язаний із формуванням психотерапевтичного альянсу й переходом до образотворчої діяльності, у процесі якої відбувається початкове відреагування ними власних почуттів, конфліктів і потреб, а також переживань, що відображають їхнє ставлення до психотерапевта. Визначення необхідного для клієнта рівня директивності й емоційної підтримки засновується на ступені порушення соціального функціонування та якості життя клієнта, характері поведінкових порушень, що є в нього, механізмах психологічних захистів, проявів інтроспективних рис особистості. На цьому етапі використовують методики, що сприяють розвитку більш вільної взаємодії з образотворчими матеріалами, творчої уяви, активізації клієнтів, укріпленню особистих границь і підвищенню самоконтролю (техніка журнального фотоколажу, вправи з кольорами, малювання гербів, портретів, парні вправи на прийняття агресії). Також виправдано застосування технік з елементами аутогенного тренування і релаксації (малювання манда, метод керованої візуалізації у поєднанні з образотворчою роботою).

3. Етап укріплення й розвитку психотерапевтичних відносин полягає у створенні більш складної образотворчої продукції. Використовують вправи, що дають змогу клієнтам виявляти у мистецькій та драматичній формах власні почуття, пов'язані зі значущими проблемними ситуаціями («Моя проблема», «Яскравий спогад із дитинства», «Маска», піскова терапія). На

даному етапі використовують групові техніки інтерактивного характеру, що спрямовані на розвиток комунікативних навиків, укріплення почуття ідентичності, усвідомлення конфліктних ситуацій та актуалізацію механізмів психологічного захисту. Ці прийоми також сприяють проясненню й усвідомленню клієнтами системи власних взаємин, а також ставлення до себе («Драматична арена», групова малоструктурна робота з вибором теми, гештальт-вправи з використанням створених образів). Мультиmodalний підхід дає змогу учасникам групи розширити сферу засобів самовиявлення завдяки застосуванню імпровізаційно-танцювальної, музично-поетичної, описової та інших форм.

4. Завершальний етап є логічним продовженням тих процесів, що були ініційовані на попередніх етапах роботи. Він також розглядається як період підведення підсумків і оцінки результатів психотерапії. Для цього використовують техніки та вправи, що дають змогу акумулювати набутий досвід групової та індивідуальної роботи, а також здійснити більш м'який вихід із психотерапевтичного процесу («Метафора термінації», виготовлення подарунків, спільне планування останнього заняття, показ театральних вистав). Завершення завжди заплановано, його строк спеціально обговорюється й визначається тривалістю курсу арттерапії.

Чинники психотерапевтичних впливів та змінювань. Спостереження за процесом групової арттерапевтичної роботи клієнтів із ПТСР дає змогу констатувати дію основних чинників і механізмів психотерапевтичних змін: мистецької експресії, психотерапевтичних відносин, інтерпретації та вербального зворотного зв'язку.

Особливості динаміки мистецької експресії виявляються у спонтанній взаємодії клієнтів із мистецькими матеріалами, що пропонуються, використанні різних груп матеріалів в одній праці, зануренні у творчий процес, часто стремління створити витвір, що відповідає естетичним стандартам, що може говорити про бажання підкреслити власну індивідуальність й отримати визнання з боку ведучого та учасників групи. Образи часто мають символічний характер і відображають глибинні психологічні конфлікти, ситуації, що спричиняють психотравми та нереалізовані потреби.

Динамка внутрішньогрупових процесів у взаєминах також відрізняється збільшенням спонтанності у поведінці клієнтів, розширенням засобів комунікації (за рахунок частого використання сенсомоторного й драматично-рольового засобів), зменшенням залежності від ведучого зі збереженням зацікавленості у прямій емоційній підтримці. Клієнти починають брати більш активну участь у структуруванні сесій, пропонуючи власні теми, що може свідчити про потреби у глибинній психотерапевтичній допомозі. Специфічною ознакою є феномен перенесення.

Тематична група від самого початку матиме високий рівень вербальної активності її учасників. Обов'язкові для тематичних сесій обговорення створених праць на початку арттерапевтичного процесу відбуваються зазвичай доволі жваво.

Клієнтів зацікавлює, що за сенс матимуть колір, форма, вони намагаються самостійно висловити припущення стосовно особистісних властивостей учасників групи на підґрунті створених ними витворів. У подальшому самостійно організовують дискусії, що допомагають визначити найзначущі для учасників запитання й оцінити систему їхніх стосунків.

Що стосується інтерпретувань психолога, то їх можна застосувати в дусі психодинамічного підходу, що найбільш виправданий у роботі з клієнтами пограничного профілю, тому що симптоми часто вкорінюються у інфантильних переживаннях і потребах клієнта, а вправи, що пропонуються, надають специфічний доступ до них. При цьому важливо запобігати прямим інтерпретуванням праць клієнтів, тому що це може спричинити вторгнення у їхнє крихке «Я», посилення залежності від терапевта й нав'язування дискурсивних моделей, зумовлених культурним і професійним досвідом ведучого.

Сьогодні найбільш коректною можна вважати множинну інтерпретаційну стратегію. Запропонований нею інтерпретаційний репертуар і формулювання гіпотез складаються з декількох підходів.

Як один із варіантів вербального зворотного зв'язку використовують вільні мистецькі описи образотворчої продукції: клієнтам пропонують створити на основі власних малюнків казку, вірш або записати низку пов'язаних із ними асоціацій. Іноді ключем для розуміння переживань клієнта й основою для подальшого продуктивного діалогу може слугувати назва малюнку, який найчастіше вибирається інтуїтивно. Використання техніки прояснення допомагає підвести клієнта до усвідомлення глибинного змісту його образотворчої продукції.

Суттєвою у практичній діяльності з ПТСР є авторська модель арттерапії, що базується на системному і транстеоретичному підходах, біопсихосоціальній концепції станів психосоціальної дезадаптації, психологічній концепції особистості як системи взаємин людини з оточенням і концепції творчості як засобу підтримки та регуляції ідентичності і форми захисно-адаптивної поведінки. Такий процес зачіпає різні рівні біопсихосоціальної організації особистості клієнта: біологічний, психологічний, соціокультурний.

Арттерапевтичне втручання в умовах психотерапевтичного процесу складається з двох блоків:

- вплив на симптоматичний рівень і рішення тактичних завдань: емоційна стабілізація й організація поведінки, підвищення мотивації клієнта до психологічної роботи та отримання психологічної допомоги, адаптація до умов оточення;

- підвищення значущості завдань особистісної реконструкції, пов'язаних з особистісною реконструкцією, корекцією неадекватних емоційних, когнітивних і поведінкових стереотипів, розвитком більш адаптивних моделей поведінки.

Провідні компоненти системної арттерапії:

1. Психологічна стабілізація, створення безпечного середовища, засвоєння простих засобів саморегуляції, а також підтримка і пошук нових засобів комунікації та самопрояву.

2. Екстерналізація і первинне опрацювання травматичного досвіду на підґрунті використання як звичних, так і альтернативних засобів комунікації та терапевтичних стосунків. Однією з особливостей цього компонента є первинний вираз емоційно зарядженого психологічного матеріалу з підвищеною увагою до утримання та підтримки оптимального рівня навантаження.

3. Змістове особистісне опрацювання досвіду психічної травми, а також особистісна реконструкція з перебудовою й розвитком системи значущих відносин, поступове змінювання схем реагування та самооцінки.

Висновки

Бажанню захистити й урятувати тих, хто знаходиться у небезпеці, є доволі сильним устремлінням людини. Більшість фахівців людинознавчих професій дійсно бажає допомагати. І робота з людьми, які пережили травматичний досвід, надає об'єктивні можливості для запобігання виникненню багатьох психічних розладів. Передусім під час роботи з травмою необхідно мінімізувати хронічні посттравматичні реакції.

Одним із суттєвих негативних чинників, що впливають на інтегрованість складників особистості, є посттравматичний стресовий розлад особистості, що набуває поширеності через війну. Посттравматичний стресовий розлад в осіб, які перебувають в умовах бойових дій, що відбуваються на теренах нашої країни, висуває питання щодо необхідності визначення природи зазначеного порушення й висвітлення сучасних наукових поглядів на його сутність.

Отже, травматичні переживання призводять до багатьох фізіологічних та психологічних реакцій на погрозу, що спричиняють прояв певних симптомів. Зазначені симптоми виявляють тенденцію поступово зменшуватися після вирішення травматичних ситуацій, якщо ми отримуємо підтримку від інших людей, і неодноразово ділитися власними переживаннями.

Якщо психологічна травма є серйозною або хронічною, у людини може розвиватися посттравматичний стресовий розлад, котрий викликається порушенням регуляції нейробіологічних процесів, що відповідають за оцінювання погроз та реагування на них. Коли ця система припиняє регулювання, то організм реагує у такий спосіб, ніби психологічна травма, що була пережита в минулому, переживається у теперішній момент. Три загальні групи симптомів

посттравматичного стресового розладу: гіперзбудження, вторгнення спогадів і запобігання ним віддзеркалюють дезінтеграцію між нейронними мережами, які контролюють пізнання, відчуття, афекти й поведінку.

Суттєвою у практичній діяльності з ПТСР є авторська модель арттерапії, що базується на системному і транстеоретичному підходах, біопсихосоціальній концепції станів психосоціальної дезадаптації, психологічній концепції особистості як системи взаємин людини з оточенням і концепції творчості як засобу підтримки та регуляції ідентичності і форми захисно-адаптивної поведінки. Такий процес зачіпає різні рівні біопсихосоціальної організації особистості клієнта: біологічний, психологічний, соціокультурний.

Арттерапевтичне втручання в умовах психотерапевтичного процесу складається з двох блоків:

- вплив на симптоматичний рівень і рішення тактичних завдань: емоційна стабілізація й організація поведінки, підвищення мотивації клієнта до психологічної роботи та отримання психологічної допомоги, адаптація до умов оточення;
- підвищення значущості завдань особистісної реконструкції, пов'язаних з особистісною реконструкцією, корекцією неадекватних емоційних, когнітивних і поведінкових стереотипів, розвитком більш адаптивних моделей поведінки.

Література:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, 1994. DC: Author.
2. American Psychological Association. Standards for educational and psychological testing. Washington, 1986. DC: Author.
3. Breslau N., Davis G.C., Andreski P., Peterson E. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*. 1991. 4, 9, 216–222.
4. Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 1998. 55, 626–632.
5. Effective treatments for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Ed. Be Edna B/Foa, Terence M. Keane, Matthew J. Friedmann. New York, London, 2000: The Guilford Press.
6. Kilpatrick D., Edmonds C.N., Seymour A.K. Rape in America: A report to the nation. Arlington, 1992. VA: National Victims Center.