

навіть з пренатального періоду, коли дитина вбирає материнські психологічні патерни.

У подальшому досліджуванні будемо висвітлювати практичне дослідження характеристик амбівалентного ставлення до одруження.

Література

1. Маслова Н.В., Шеваль М.В. Лицедеи души. Законы психики и психические комплексы. – М. : ООО «Традиция», 2018. – 268 с.
2. Ковалев С.В. Психология семейных отношений / С.В. Ковалев. –М.: Педагогика, 1987.
3. Зигмунт Бауман. Modernity and Ambivalence. – Ithaca, N.Y.: Cornell Univ.Pr., 1991. – 285 p.

Оксана Лич

канд. психол. наук, доцент кафедри авіаційної психології

Євгенія Невідомська

магістр за спеціалізацією «Психологія»

Національний авіаційний університет

м. Київ (Україна)

АРТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД РОБОТИ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ У ЖИТЕЛІВ ОКУПОВАНИХ ТЕРИТОРІЙ

У сучасному суспільстві психологічна допомога спеціалістів (психологів-консультантів, психотерапевтів, соціальних працівників) почала активно надаватись значній кількості людей, на відміну від минулих років. Відомо, що перебування людини в умовах тривалої травматизації може сприяти появі певним негативним наслідкам різного ступеня.

В останні роки збільшився інтерес серед науковців нашої держави до вивчення впливу на людину екстремальних чинників і вивчення її здатності цьому протистояти. Оскільки з'явилися психологічні травми, що були отримані людьми внаслідок військових дій на окупованих територіях нашої держави. Крім того, більшість мирних жителів таких територій є «заручниками» нав'язаних психотравматичних умов існування, змінити або

залишити їх виявляється дуже складним завданням. Всі ці негативні соціально-психологічні явища можуть спричинити у людей появу посттравматичного стресового розладу.

Тому вивчення проблеми медичної та психологічної діагностики, лікування, реабілітації посттравматичного стресового розладу має тривалу історію. Так, у кінці XVIII століття англійський хірург Джон Еріксен вперше описав психологічні особливості поведінки людей, які пережили залізничну катастрофу. Проте важливу роль у створенні концепції посттравматичного стресового розладу займали дослідження психологічних і психіатричних аспектів у учасників локальних війн. З часом в науці змінювалось описання симптоматики посттравматичного стресового розладу, а підходи до вивчення даного питання постійно критикувалися та доповнювалися. На сьогоднішній день для діагностики критеріїв посттравматичного стресового розладу використовують міжнародну класифікацію хвороб 10-перегляду (МКХ-10) [4].

За визначенням МКХ-10, посттравматичним стресовим розладом називається відстрочена і/або затяжна реакція на стресову подію (короткочасну або затяжну) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка в принципі може викликати дистрес практично у будь-якої людини [2, 4]. Посттравматичний стресовий розлад розвивається після травматичних подій, що «виходять за межі нормального людського досвіду». Цей розлад може виникнути як у безпосередніх учасників, жертв травм, так й у свідків подій.

У міжнародній класифікації хвороб наводять наступні діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу:

а) наявність в анамнезі хворого стресової події або ситуації виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що здатна викликати загальний дістрес майже у кожного індивіда;

б) хворий постійно наново переживає дії стресора, що виражені у нав'язливих ремінісценціях, яскравих спогадах або снах, що повторюються; хворий випробовує дістрес, опинившись в обставинах, що нагадують про перенесене потрясіння або асоціюються із стресом;

в) у хворого має виявитися фактичне уникнення або бажання уникнути обставин, які нагадують або асоціюються зі стресором.

г) будь-яке з двох:

1) психогенна амнезія: чи часткова, чи повна у відношенні важливих аспектів періоду впливу стресора;

2) стійкі симптоми підвищення психологічної чутливості або збудливості (що не спостерігалися до дій стресору), представлені будь-якими з наступних:

а) утруднення засинання або збереження сну; б) роздратованість або спалахи гніву; в) утруднення концентрації уваги; г) підвищення рівня бадьорості; д) посилений рефлекс четверохолмія;

д) критерії Б, В і Г виникають протягом 6 місяців після стресогенної ситуації, або в кінці періоду стресу [4].

Найпоширенішими симптомами посттравматичного стресового розладу називають нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття; «притупленість емоцій»; втрата інтересу до раніше значимих видів діяльності або втрата інтересу участі в них; відчуття відстороненості від оточуючих; нездатність орієнтуватися на далеку життєву перспективу; роздратованість або спалахи гніву; складнощі у концентрації уваги. У осіб з посттравматичним стресовим розладом часто виявляються соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічної м'язової напруги, підвищеної стомлюваності, м'язово-суглобової болі, головної болі, артритоподібні болі, виразки шлунку, болі в області серця тощо.

Звісно, формування тих чи інших реакцій у людини на травматичну подію, вираженість реакцій, залежить від багатьох особистісних чинників. Науковці Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.І. Співак, Б.П. Щукін [1], зазначали у своїй роботі, що така поведінка є складним поєднанням філогенетичних та онтогенетичних патернів, основою яких є фізіологічні та психологічні особливості особистості, уявлення особистості про власні стандарти поведінки, уявлення мікросоціального середовища про стандарти поведінки в суспільстві тощо.

На сьогоднішній день не існує єдиної теорії, яка б повністю пояснювала природу та механізми посттравматичних розладів особистості. Існують лише припущення про чинники, що підсилюють вплив психологічної травми. До таких чинників відносять:

1) особливості самої травматичної події – це раптовість, тривалість травматичної події, горе та втрати, що можуть супроводжувати дану ситуацію, експозиції смерті, масштаб руйнувань, відсутність схожого досвіду тощо;

2) стан захисних сил особистості і до даного чинника можна віднести набір особистісних рис, таких як: рівень стресостійкості, вік, рівень розумового розвитку, генетична схильність, фізіологічний стан на момент отримання травми тощо;

3) додаткові чинники ризику і до них можна віднести наявність залежності (алкогольної чи наркотичної), особливості соціального оточення, множинність стресів на певному часовому відрізку тощо [3].

В основі патологічного впливу травматичного стресу знаходяться ситуативні чинники, що «застрягли» у свідомості суб'єкта. Іншими словами, для людини, яка пережила травматичну ситуацію, ця ситуація стає надцінною. І все, що людина робить, відчуває, думає, то вона розглядає через призму цієї ситуації. Така поведінка призводить до втрати здатності адекватно інтерпретувати ситуації, а також втрачається здатність до саморегуляції та когнітивного контролю над ситуацією. Відбувається руйнування системи на всіх рівнях: на біологічному, психологічному та соціальному. Потрібно зазначити, від бездіяльності суспільства у питаннях діагностики, лікування та реабілітації посттравматичного стресового розладу страждають не тільки хворі та їхні родини, але соціум у цілому. І від того, як буде проходити соціалізація цих людей, як сам соціум буде відноситися до цих людей, і як буде вибудована робота з ними, залежить успіх психологічної допомоги. Саме така допомога потрібна, як людям, які мають симптоматику посттравматичного стресового розладу, так і важлива соціуму. Тому дане питання вимагає багатогранного та всебічного вивчення на теоретичному та практичному рівнях.

На нашу думку, метод арт-терапії може бути ефективним та безпечним інструментом у роботі щодо подолання наслідків у симптоматиці ПТСР серед жителів окупованих територій.

Психологічні класичні діагностичні методики не враховують у запитаннях особливості сьогодення, які за процедурою спрямовують досліджуваного до певних визначених шкал або рівнів психологічних явищ, що цікавлять дослідника. На відміну

від них, арт-терапевтичні проєктивні методи досліджують внутрішній світ особистості і дослідник йде саме за досліджуваним. Арт-терапевтичні методи своєю різноманітністю та легкістю у застосуванні занурюють людину у власний досвід, власні переживання різного забарвлення, дозволяють проявити досліджуваному рівень здатності до життєстійкості, яка може виступати важливим показником протистояння агресивному зовнішньому середовищу та свідчити про рівень душевного благополуччя.

Арт-терапія у роботі з посттравматичним стресовим розладом досить широко висвітлена в науці, починаючи з давніх часів. Але і науковці нашого часу також не залишаються осторонь цієї проблеми, про неї згадують у своїх працях такі вчені як: А.І. Копитін, Н.В. Тарабріна, В.А. Солдаткіна, І. Котенєв, І.М. Нікольська, І. Малкіна-Пих та інші. Ці дослідники не тільки намагалися віднайти ключ до проблематики появи симптомів посттравматичного стресового розладу, але й створювали в арт-терапевтичному напрямі методи роботи з такими людьми.

Якщо звернутися до історії походження даного напрямку, то ми побачимо, що вперше термін «арт-терапія» використав англійський художник Адріан Хілл. Він під час Першої світової війни працював художником на фронті, а у 1938 році на під час лікування в санаторії повністю присвятив себе малюванню. Він помітив, що завдяки цій роботі стрімко пішов на поправку. І з його легкої руки, вперше були організовані кружки з живопису, а вже у 1964 р. ним була створена Британська асоціація арт-терапевтів. Тобто, головна мета арт-терапії полягає в гармонізації психічного стану особистості через розвиток здатності до самовираження та самопізнання.

Нашою метою було створення програми з арт-терапії на основі програми І.М. Нікольської [5], ефективність даної програми була доведена під час психологічної допомоги людям, що переживали наслідки травматичного стресу. В основі програми лежать уявлення про рівні захисної системи людини. Програма включає чотири етапи, кожен із яких пов'язаний з відповідним рівнем захисних реакцій особистості: перший етап – це фізіологічний рівень або сомато-вегетативний; другий рівень – поведінковий або психомоторний; третій – це рівень

психологічного захисту; четвертий рівень – це рівень опанування або копінг-поведінки (свідомості). Відповідно до кожного етапу було підібрано серію арт-технік (малюнки, розповіді, відео матеріали).

Крім того, нами планується застосування психодіагностичних методик – «Структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю (СКІД)», «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» (І.О. Котеньов) для визначення рівня вираженості симптомів ПТСР, «Опитувальник САН» (В.А. Доскін, Н.А. Лаврентьєва, В.Б. Шарай, М.П. Мірошников); «Тест життєстійкості С. Мадді» (адаптація Д.О. Леонтєва). Дані методики дозволять порівняти отримані дані досліджуваних (жителів окупованих територій) до та після застосування арт-терапевтичної програми, й довести її ефективність.

Отже, короткий аналіз літератури з проблеми посттравматичного стресового розладу та особливостей арт-терапевтичних методик у вирішенні питання покращення психосоматичного стану жителів окупованих територій показав необхідність враховувати зовнішні та, головне, внутрішні чинники впливу. Встановлювати емпіричним шляхом механізми внутрішнього протистояння людиною невизначеним екстремальним умовам, проводити тренінги розвитку життєстійкості.

Література

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных ситуациях. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.
2. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації – Харків: Tiger, 2002. – 47 с.
3. Копытин А.И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. – М.: Когито-Центр, 2014. – 208 с.
4. Международная статистическая классификация болезней проблем, связанных со здоровьем; 10-го пересмотра (МКБ-10). – Женева: Всемирная организация здравоохранения,

1995. – 698 с.

Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков. – СПб.: СПбМАПО, 2009.–352 с.