

**Міністерство освіти і науки України**  
**Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя**  
**Факультет педагогіки, психології, соціальної роботи та мистецтв**  
**Кафедра загальної та практичної психології**

Освітня програма: Психологія. Практична психологія

Спеціальність: 053 Психологія

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття освітнього ступеня *магістр*

**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ АРТ ТЕРАПІЇ В РОБОТІ З ПТСР**

Студентки **Фоміних Юлії Ігорівни**

**Науковий керівник:**

Папуча Микола Васильович,

доктор психологічних наук, професор кафедри  
загальної та практичної психології

**Рецензенти:**

Ковтун Алла Юріївна,

доцент, кандидат психологічних наук

Щотка Оксана Петрівна,

доцент, кандидат психологічних наук

Допущено до захисту: \_\_\_\_\_ 2023 р.

Завідувач кафедри:

Проф. \_\_\_\_\_ **Папуча М.В**

Ніжин-2023

## АНОТАЦІЯ

Магістерська робота присвячена дослідженню, яке полягає у з'ясуванні особливостей застосування методу арт-терапії у роботі з ПТСР підлітків.

Предоставлено результати теоретичного та емпіричного дослідження.

У першому розділі розкрито, що посттравматичний стресовий розлад виникає внаслідок впливу на організм людини психотравмуючої ситуації, наслідки якої несуть безпосередню загрозу для життя.

У другому розділі з'ясовано, що підлітки також належать до категорії людей, які відчувають вплив на собі психотравмуючих подій.

У третьому розділі з'ясовано, що у використанні арт-терапії як методу психологічної допомоги, в цілому немає обмежень, оскільки це доволі унікальний напрям, у якому поєднані мистецтво, творчість і зцілення на найбільш високому емоційному та психологічному рівні.

Ключові слова : арт терапія, ПТСР, стрес, методи арт терапії .

## ABSTRACT

The Master's thesis is dedicated to the research that aims to investigate the peculiarities of applying art therapy in working with adolescent PTSD. The results of both theoretical and empirical research are provided.

In the first chapter, it is explained that post-traumatic stress disorder (PTSD) arises as a result of a human being exposed to a psychologically traumatic situation that poses an immediate threat to life.

In the second section, it is revealed that teenagers also belong to the category of people who are affected by traumatic events.

In the third chapter, it is revealed that there are generally no limitations in the use of art therapy as a method of psychological assistance, as it is a quite unique approach that combines art, creativity, and healing on a highly emotional and psychological level.

Key words: art therapy, PTSD, stress, methods of art therapy

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1.</b>	
<b>ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ</b> .....	6
1.1. Стрес як об'єкт психологічного дослідження .....	6
1.2. Основні прояви ПТСР як відстроченої реакції людини на стрес .....	12
1.3. Основні особливості ПТСР у підлітків .....	19
<b>Висновки до розділу 1</b> .....	26
<b>РОЗДІЛ 2.</b>	
<b>ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ДЛЯ РОБОТИ З ПІДЛІТКАМИ У ЯКИХ ДІАГНОСТОВАНО КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ПТСР</b> .....	28
2.1. Арт-терапія як метод психотерапевтичної діяльності .....	28
2.2. Особливості арт-терапії як методу роботи з підлітками та ПТСР .....	34
<b>Висновки до розділу 2</b> .....	46
<b>РОЗДІЛ 3.</b>	
<b>ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПІДЛІТКІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ</b> .....	48
3.1. Методика емпіричного дослідження особливостей психологічних реакцій підлітків з посттравматичним стресовим розладом .....	48
3.2. Особливості психологічних реакцій підлітків з посттравматичним стресовим розладом .....	53
3.3. Програма та рекомендації роботи з підлітком засобами арт-терапії у подоланні посттравматичного стресового розладу .....	58
<b>Висновки до розділу 3</b> .....	63
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	64
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	68
<b>ДОДАТКИ</b> .....	74

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Останнім часом стрімко розвиваються галузі психологічної науки, основне призначення яких полягає у наданні психологічної допомоги. Одним із є арт-терапія, що у дослівному перекладі означає терапію (лікування) мистецтвом.

На сьогодні арт-терапія – напрям сучасної психотерапії і психології, у якому через творчість і мистецтво відбувається вирішення психологічних проблем особистості. Це комплекс методів оздоровлення та психологічної корекції особистості підґрунтям якого є мистецтво та творчість, які у процесі арт-терапії спрямовані не на творчий процес, а на терапевтичний результат. Водночас, це напрям психотерапевтичної і психокорекційної практики, а також окремий метод психотерапії; інструмент психологічної діагностики.

Як науковий напрям арт-терапію розвивали як зарубіжні, так і вітчизняні дослідники-практики, зокрема О. Вознесенська, О. Колпакчи, І. Біла, С. Сахно, У. Байєр, О. Тараріна, О. Шпехт, Л. Найдьонова, І. Ільченко, Н. Калька та ін. У контексті цього напрямку існує декілька окремих видів арт-терапії: ізотерапія – терапія зображувальним мистецтвом (малювання різними зображальними засобами); терапія ліпленням; бібліотерапія (зокрема казкотерапія); музикотерапія; фототерапія, терапія піском, техніка створення колажу та ін. Найбільш поширеним, на нашу думку, є напрям ізотерапії, у контексті якої розроблено велику кількість проєктивних методик для надання психологічної допомоги дітям, підліткам і дорослим, зокрема й при ПТСР.

Вперше проблеми реабілітації людей з ПТСР розроблялися зарубіжними дослідниками після воєнних кампаній в Афганістані, зокрема М. Horowitz, О. Weis, С. Mannar, J. Davidson, D. Hugnes, D. Blazer, L. George, J. Kinzie, P. Leung та ін. Питаннями медико-психологічної реабілітації осіб з ПТСР на Україні займаються В. Стеблюк, А. Галушка, П. Мех, А. Казмірчук, А. Швець, А. Кіх, О. Ричка, А. Чайковський, Г. Іванцова, О. Блінов, Л. Юр'єва та ін.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), згідно з посібником з діагностики та статистики психічних розладів «DSM-V», виникає в результаті того, що людина піддається ризику реальної смерті або її загрози, серйозних травм або сексуального насильства. Причиною може бути безпосереднє переживання травмуючої події; перебування у ролі свідка травматичних подій, що відбуваються з іншими людьми, членами сім'ї чи близьким другом.

Військова агресія 2022 року сприяла тому, що значно зросла кількість людей, зокрема й підлітків, що відчували на собі реальні наслідки травмуючої ситуації й мають симптоми ПТСР. Найбільш дієвим засобом допомоги підліткам може бути арт-терапія. Проте таких досліджень проводилося небагато. Однак, соціальна й наукова актуальність і нерозробленість проблеми сприяла обранню теми наукового дослідження: «Особливості застосування методу арт-терапії в роботі з ПТСР»

**Мета дослідження** полягає у з'ясуванні особливостей застосування методу арт-терапії у роботі з ПТСР підлітків.

**Завдання дослідження:**

1. З'ясувати сутність та основні симптоми ПТСР у структурі особистості та її поведінці.
2. Виявити особливості протікання ПТСР у осіб підліткового віку.
3. З'ясувати особливості діагностики та надання психологічної допомоги методом арт-терапії підліткам з ПТСР.
4. Скомпонувати методичку експериментального дослідження ПТСР у осіб підліткового віку.
5. Дослідити ПТСР у підлітків і розробити методичні рекомендації щодо його подолання та профілактики.

**Об'єкт дослідження:** прояви посттравматичного стресового розладу в осіб підліткового віку.

**Предмет дослідження:** особливості застосування методу арт-терапії при роботі з ПТСР підлітків.

**Гіпотеза дослідження.** Використання методу арт-терапії може бути ефективним способом роботи з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), оскільки дозволяє виражати емоції та переживання через мистецтво, сприяє відновленню самоідентифікації та зменшенню симптомів тривоги.

**Методи дослідження:** *теоретичні* (аналіз наукових джерел, синтез, узагальнення, моделювання, систематизація); *емпіричні* проєктивна методика «Мій теперішній стан»; опитувальник Психологічний захист (В. Бойко), Шкала оцінки депресії (Т. Балашов), шкала самооцінки реактивної й особистісної тривожності (Спілбергер–Ханін); *методи кількісної та якісної обробки результатів.*

**Наукова новизна і теоретична значущість дослідження** полягає у тому, що: досліджено явище ПТСР, використовуючи проєктивну техніку арт-терапії у поєднанні зі стандартизованими методами вивчення підлітків, уточнено основні симптоми ПТСР у період підліткового віку; розроблено програму подолання ПТСР методом арт-терапії.

**Апробація результатів дослідження.** Результати дослідження доповідалися на науково-практичних конференціях (з публікацією матеріалів роботи):

- .
- .

**Структура роботи:** магістерська робота складається зі змісту, вступу, трьох розділів із підпунктами, висновків до кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи 75 сторінок, основного тексту – 65 сторінок, список використаних джерел вміщує 70 найменувань, 5 додатків на 12 сторінках.

# РОЗДІЛ 1.

## ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

### 1.1. Стрес як об'єкт психологічного дослідження

У перекладі з англійської мови слово *stress* означає тиск, напруження. У широкому розумінні – це загальна неспецифічна реакція організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу з боку середовища з метою адаптації. Основне призначення стресу полягає у активації захисту особистості, звернення до психологічних і фізіологічних ресурсів.

Теоретичну концепцію або теорію стресу було обґрунтовано канадським вченим Г. Сельє. В основу його вчення були покладені ідеї К. Бернара про “постійність внутрішнього середовища як умови вільного й незалежного життя” та У. Б. Кеннона про «гомеостазі». Саме тому поняття «стрес» вперше було використано в фізіології для позначення “загального адаптивного синдрому” у відповідь на несприятливу дію. Зміст цієї реакції характеризувався, в першу чергу, з боку фізіологічних процесів, що активізують захисні сили в індивіда. Реагування на екстремальний вплив має певні стадії:

- етап шоку – характеризується різким падінням опору організму, що є безпосередньою реакцією на вплив (стадія тривоги) з одного боку, з іншого відбувається протидія несприятливому фактору;
- етап резистентності – мобілізує адаптаційні можливості організму відповідно до нових умов, що є максимально ефективною адаптацією, яка настає за умови врівноваження сил, що діють і протидіють;
- етап виснаження – стадія, якій відповідає стійке зниження звичного пристосування до нових, незвичних умов. Виникає за умови тривалої дії

шкідливих чинників, що призводять нерідко до викривлень у розвитку або появи патологічних процесів в психіці. У такому випадку говорять про дистрес (англ. distress – максимальний стан пригнічення), протилежний супутник стресу, який, на думку науковців може характеризуватися лише негативом [53].

Теорія Ганса Сельє сприяла подальшим активним дослідженням, які мали на меті глибше зрозуміти явище стресу. В таких наукових пошуках поняття стрес стало використовуватися з метою характеристики психічних станів індивіда на фізіологічному, психологічному й поведінковому рівнях. Р. С. Лазарус запропонував транзакційну теорію, де стрес розглядається як процес, який охоплює не лише фізіологічні адаптивні можливості організму, а й особистісну сферу кожної окремої людини, яка переживає цей психічний стан. Науковець розглядав стрес як спектр факторів взаємодії (стимул, реакція, когнітивна оцінка загрози, механізми допінгу, психологічні захисти та соціальні чинники) та вказував при цьому на “особливу роль суб’єкта у сприйнятті та оцінці життєвої ситуації як загрозової”[50; 54].

Науковець, розвиваючи вчення про стрес, висунув концепцію, згідно якої розмежовуються поняття фізіологічного стресу, пов’язаного з реальним подразником, а також стресом психологічним, незвичність подразнику (ситуації) сприяють тому, що особа його сприймає як потенційну небезпеку, яка загрожує його життю й благополуччю. Якщо у випадку фізіологічного стресу адаптаційний синдром виникає безпосередньо, коли організм відчуває на собі вплив ситуації (або триггеру), але у випадку стресу адаптивна реакція передуює ситуації, настає завчасно. Саме завдяки цій своїй особливості емоційний стрес може характеризуватися як доцільний. Однак робота в стресогенній ситуації обов’язково призводить до додаткової мобілізації внутрішніх ресурсів, що, в принципі, може мати зовсім небажані результати, зокрема можуть виникнути соматичні захворювання або ж відстрочені реакції на стрес.



На думку сучасного американського психолога Дж. Грінберга, стрес є комбінацією стресора та стресової реактивності. Тут перед нами постають два компоненти: стресор, тобто стимул, який може спровокувати реакцію боротьби або втечі, та стресова реактивність – власне реакція боротьби або втечі. Таким чином, Грінберг поєднав всі можливі характеристики даного феномену, розглянувши його не як окрему дію, вплив стресора або реакцію відповідь на дію стресора, а саме як сукупність стимулів, які можуть викликати реакцію боротьби або втечі, та подібної реакції.

Основна ідея, яка представлена в цих теоріях науковців, полягає в тому, що стрес розглядається як постійний супутник життя людини. Його вплив залежить від інтенсивності впливу стресорів, тобто чинників, що викликають такий стан, і від індивідуально-психологічних властивостей особистості. Такий стан є складним за своєю природою й має безліч проявів абсолютно на всіх рівнях функціонування організму. Чинники, які сприяють виникненню стресу – стресори – поділяють на:

1. фізіологічні: надзвичайне фізичне навантаження, висока або низька температура, больові подразники, ускладнення дихання;
2. чинники емоційного характеру, що за своїм призначенням є сигналом про негаразди для організму, в цілому для нормального його функціонування, або загалом нормального життя людини.

При такому погляді на фактори стресу, найбільшої ваги набувають ситуації в яких дія стресорів проявляється найбільш інтенсивно – екстремальних. Під екстремальною ситуацією розуміється “інтенсивний вплив на індивіда чинників навколишнього середовища (їх сукупності), що робить життєво необхідним включення захисних процесів пристосування з метою зняття загрози для життя, відновлення звичних обставин психологічного та біологічного комфорту”[40, с. 17].

Подальше вивчення феномену стресу зумовило його диференціацію на такі види: внутрішньо особистісний, міжособистісний, особистісний, родинний, робочий (діяльнісний, професійний), суспільний, екологічний,

фінансовий. Внутрішньо особистісний стрес передбачає наявність подій, які не відбулися, нереалізовані потреби, недоцільність та безцільність вчинків, хворобливі спогади, неадекватність оцінки подій – все, що визначає наші вимоги та їх відповідність щодо власної особистості та зовнішнього світу.

Міжособистісний стрес виникає на основі взаємодії з іншими людьми, яка впливає на особливості сприйняття, переживання відношень до подій, що несуть на собі відбиток проблеми соціальних взаємостосунків.

Особистісний стрес проявляється в порушеннях здоров'я, шкідливих звичках, сексуальній дисгармонії, старіння, вихід на пенсію, тобто в подіях, які несуть на собі відбиток зміни соціальних ролей (їх виконання або невиконання, або різка їх зміна).

Родинний стрес виникає у відповідь на проблеми сімейного характеру: праця в будинку, проблеми подружжя, конфлікти між поколіннями, хвороба, смерть в сім'ї, розлучення, алкоголізм і т.д.

Робочий (пов'язаний з певним видом діяльності) стрес виникає як реакція відповідь на погане забезпечення умов діяльності, несправедливі або необ'єктивні оцінки праці, рольова невизначеність, невідповідність вимог, неадекватність власної самооцінки своїх можливостей та ін.

Суспільний стрес відноситься до проблем, які стоять перед великою групою людей: безробіття, економічна нестабільність, бідність, банкрутство, расова дискримінація та ін.

Екологічний стрес полягає в переживанні людиною екстремальних умов навколишнього середовища: забруднення води і повітря, погодні умови, високий рівень шуму, техногенні катастрофи, аварії, стихійні лиха.

Проблеми фінансового характеру спричиняють емоційні переживання та виникнення фінансового стресу (нездатність сплатити рахунки, борги, фінансові непередбачені витрати та ін.).

Такий поділ стресу на різні види передбачає, що емоційні переживання можуть бути викликані факторами, які пов'язані з роботою і діяльністю організації (організаційні або соціальні умови) або певними випадками у

конкретної особи. У першому випадку говорять про соціальні чинники, а в другому – особистісні стресори. Зокрема до організаційних належать:

- недостатнє або надмірне навантаження на людини, що сприяє виникненню фрустрації, тривоги;
- наявність суперечливих вимог до людини і, як наслідок, відсутність чіткого уявлення про адекватність виконуваної ролі (конфлікт ролей);
- відсутність чіткого уявлення керівництва щодо очікуваних особливостей поведінки та результатів діяльності (невизначеність ролей);
- нецікава або рутинна діяльність;
- фізичні фактори, що залежать від матеріального оснащення приміщення (освітлення, розмір робочої кімнати, відповідність робочого місця та ін.).

Щодо особистісних факторів – це різноманітні життєві ситуації, які людина оцінює як загрозливі або психотравмуючі – природні катаклізми, нещасні випадки, втрата близької людини, вступ до дитячого садочка, школи, вузу, ситуації екзаменів, перевірки знань, тестування, змагання тощо. Всі ці причини призводять до хвилювання, тривоги, що говорить про виникнення стресу, який називають психологічний або емоційний.

Виокремлення різних аспектів стресу, види стресорів та характер їх впливу на організм особистості сприяло поділу стресових явищ на фізіологічний стрес і психологічний стрес, отже, з психологічного погляду стрес може бути інформаційним або власне емоційним [38].

Так, у ситуації фізіологічного плану (стрес) особа зіткнулася із браком досвіду, немає можливості завчасно підготуватися й прийняти потрібне рішення, іншими словами такий стан є наслідком відсутності необхідного досвіду поводження за певних обставин, оскільки особа не може розв'язати поставлені перед нею завдання, не встигає приймати вірні рішення у швидкому темпі, коли загрозлива ситуація вимагає невідкладних дій або рішення. В ситуації емоційного стресу людина стикається з такими обставинами, які безпосередньо стосуються її особистих потреб (загрози, образи, небезпеки тощо). При цьому різні форми емоційних стресових явищ (імпульсивна,

гальмівна, надзвичайно потужна), що викликає суттєві порушення у функціонуванні всього спектру психічних явищ, процесів і станів людини, зокрема зрушенням, трансформаціям мотиваційної структури діяльності, порушенням мовленнєвої й рухової поведінки. Таким чином, в обох випадках індивід реагує емоційними переживаннями, які зумовлюють тиск на його активність, життєздатність. Стрес “репрезентує сповнений значного змісту драматизм ситуації, боротьби мотивів, співвідношення цілі і засобів у здійсненні вчинку”[35].

На виникнення емоційного стресу впливають оцінка інформації про ситуацію, стан організму та довкілля. Переживання змісту ситуації виникає на основі емоцій, які відображають відношення між величиною потреби та ймовірності її задоволення в даний момент. Згідно з інформаційною теорією емоцій, живій істоті необхідно розрізняти впливи, оцінювати їх і будувати на цій основі власну поведінку. В оцінці виявляється ставлення до цілей (когнітивна сторона емоційних переживань). Емоційні переживання виникають за недостатності знань, необхідних для реалізації цілі, програми поведінки, що сприяє активному пошуку особистості [32].

Емоційні переживання бувають у людини різного характеру, різної інтенсивності. Саме вони лежать в основі виникнення різних психічних станів, зокрема стресу. У психології поняття “психічний стрес” пов’язується із суперечливістю психічного відображення – його сталістю і змінністю; в станах виявляється ставлення особистості як суб’єкта власної життєдіяльності, що є системоутворюючим фактором. Психічний стан – це цілісна характеристика психічної діяльності, що фіксує відносно стійкі емоційні реакції, психічні процеси, іншими словами, є доволі специфічною формою реагування на дію зовнішніх у визначений момент часу і за певних умов (Т. С. Кириленко).

Як зазначає Т. С. Кириленко “психічний стан являє собою немов подвійний зріз психічного. Це відчуття, коли людина повністю розчиняється у своїх переживаннях, почуттях, немає при цьому жодних однак своєї індивідуальності, що проявляється в зміні ефекту виконуваної діяльності.

Вивчення будь-якого стану завжди передбачає аналіз трьох його рівнів: психічний рівень реагування (емоційні переживання), фізіологічний рівень реагування (сома тика, вегетатика), поведінка людини. Провідне місце в діагностиці станів відводиться емоційним переживанням, які пов'язані зі ставленням особистості, та встановленню їх взаємозв'язків із іншими рівнями реагування.

*Таким чином, стрес є незмінний супутник життєдіяльності людини.* Науковці виділяють різні види стресу: внутрішньо особистісний, міжособистісний, особистісний, родинний, робочий (діяльнісний, професійний), суспільний, екологічний, фінансовий. Всі ці феномени розглядаються як складне явище, що крім соціального й психофізіологічного аспектів несуть в собі певний психологічний зміст, який реалізується через емоційні переживання індивіда, через афективну сферу особистості. Реакція стресу спричинює мобілізацію захисних сил і резервів, що сприяє успішній адаптації людини, або, навпаки, викликає реакцію заціпеніння, яка супроводжується виснаженням організму. Останнім часом науковці все більше звертають увагу на психологічний аспект стресу, що й сприяло виділення феномену психологічного стресу у вигляді нової галузі науки.

Оскільки термін стрес відноситься у психологічній науці до емоційних явищ і є формою переживань особистості, його доцільно вивчати у якості особливого психоемоційного стану. На цій основі психологічний / емоційний/ стрес – це психічний стан людини, що виникає в ситуаціях, які безпосередньо пов'язані з задоволенням важливих потреб особистості, оцінкою індивідом майбутньої ситуації як загрозової, небезпечної, образливої, психотравмуючої, та реалізується на трьох рівнях: психічному (емоційні переживання), фізіологічному (соматичні, вегетативні) та поведінковому.

## **1.2. Основні прояви (симптоми) ПТСР як відстроченої реакції людини на стрес.**

У загальному розумінні під посттравматичним стресовим розладом розуміють певну відстрочену у часі реакцію, що є за своїм характером комплексною і патопсихологічною, на психотравматичні події, що об'єдналися в цілісний (єдиний) синдром. При цьому, як зазначав О. Блінов, ПТСР є на сьогодні у науці достатньо досліджуваним явищем. Його сутність як цілісного явища вивчають дослідники різних галузей, зокрема медицини, психології, клінічної психології, психіатрії. На сьогодні досліджуване явище є описаним як окрема психодіагностична категорія (феномен) у Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11) і DSM-V, що зумовлює достатньо значущої уваги до нього, як комплексного феномену спеціалістів різних галузей.

Так В. Цихоня схильний його практикувати як доволі тяжкий (гнітючий) психічний стан, що є наслідком впливу однієї або кількох поспіль психотравматичних подій (випадків), зокрема військових дій, різного роду катастроф, екстраординарних випадків, у тому числі й свідків насильницької смерті, тортур, сексуального насилля, знущань, тощо [57].

Фактично мова йде про відстрочену реакцію, що здатна спричинити появу специфічних реакцій у будь-якої особи. При цьому її появу пояснюють крізь призму травми, яка і зумовила цю комплексну реакцію. Так травму, яка в основі ПТСР характеризують за 4 основними параметрами, зокрема усвідомленості (розуміння того, наслідком якої травми є погіршення стану особистості), впливу зовнішніх причин, руйнуванням усталеного способу життя, виникненням відчуття безпорадності, щоб щось змінити. Саме тому переважна більшість дослідників ПТСР вважають його нормальною реакцією особи на дію неспецифічного подразника.

Також відомим є факт, що внаслідок виникнення і дії ПТСР на організм людини з'являються зміни у процесі особистісного розвитку: трансформація людини порушується. При цьому спостерігається повна втрата смислів які були раніше актуальними, з'являється почуття абсурду щодо подій, відбувається переосмислення всього з негативним відтінком, властивий пошук загального пояснення всього, що відбулося і критикування його будь якої

безглуздої події або явища. В. Гречка зазначає, що особистість, ніби застрягла у ситуації, що фактично є психотравмуючою [62, с 79] .

Так Руденко О., Хараджі Л., схильні розглядати досліджуване явище у контексті неврозу, як один із його видів, що є наслідком переживань психотравмуючих випадків і має ознаки відтермінованої реакції у часі на стрес, яка супроводжується порушенням у чотирьох особистісних сферах: пізнавальній, афективній, фізичній і поведінковій [46, с.74]. При цьому основними його критеріями визнані вторгнення, ухилення та збудливість.

В. Старик доповнює, що порушення які виникають внаслідок пережитої психотравми впливають абсолютно на всі рівні функціонування людини, зокрема фізіологічного, особистісного, міжособистісного та соціального пластів, спричиняючи при цьому стійкі зміни в структурі особистості, при чому не лише в людини , яка отримала травмуючий досвід, але й у членів їх сімей [50, с. 54].

Ю. Сурмяк, Л. Гуменюк навели перелік симптомів( основних ознак) і проблем, які вже звично відносять до досліджуваного явища, зокрема – це : а) повторне проживання, які пов'язані з реконструюванням досвіду; б) знищення всього що пов'язано з цим випадком; в) надмірна збудливість, перебільшення реакції пильнування , сну, дратівливості тощо; г) емоційне збіднення ( ніби втратила здатність переживати емоції; д) депресія; е) вживання алкоголю і (або) наркотиків, психоформи; є) часті напади гніву; ж) фізичні симптоми які складно пояснити 51, [с.195].

О. Берегова, К. Коваль схильні вважати, що наслідком психотравмуючої ситуації є руйнування базового відчуття безпеки, що є однією з основних базових потреб особистості. Внаслідок цього людина починає ділити власне життя на наступні періоди: до події, яка спричинила кризу; на проміжок часу, у якому все це відбувається екстремальний вплив психотравмуючих факторів; на життя, що має місце після отримання психотравмуючого досвіду. Разом із тим, автори відмічають, що найбільш травмуючими у цьому сенсі є такі чинники як несподівана подія, її часова протяжність, наявність втрати, повна

відсутність подібного досвіду, відсутність можливості контролювати такого роду події [4, с.114]. При цьому війна об'єднує навколо себе означені чинники.

Також дослідники виділяють і інші характеристики досліджуваного явища, зокрема наслідки розрізняють низькоінтенсивні та високоінтенсивні. Проте означені психотравмуючі чинники ( стресори) однаковою мірою виснажують фізичні й особистісні ресурси людей. Разом із тим протікання цього психічного стану часто є прихованим, а також нерідко набувають статусу хронічного[ 9, с.559].

Прийнято розмежовувати феномени гострого стресового розладу( ГСР) і ПТСР. Проте варто зазначити, що ці два явища у своїй основі мають схожі базові ознаки. Так у нормативних документах вказують на: а) наявність у людини повторних переживань щодо травматичних подій учасником чи свідком яких була особа ; б) прояви уникнення в емоційного заціпеніння, що зумовлюють намагання уникати тих факторів ситуації, які нагадують про подію, бідність емоцій, а також певна відстороненість від інших людей; в) збудження понад міру, що проявляється у безсонні, дратівливості, неувважності, пильності, а також наявність гіпермірного старт- рефлексу ( готовності до якоїсь події, діяти ). Разом із тим, гострий стресовий розлад вміщує ознаки дисоціації, зокрема відсторонення, відсутність емоційних реакцій ( глухість), а також ефекти дереалізації, деперсоналізації й амнезії ( дисоціативної). Проте основна відмінність між цими явищами – це часовий відрізок, що тривав з моменту виникнення травматичної події. Так ГТР проявляється фактично через два дні ( від 2 х днів до 1 місяця- відстроченість ), а ПТСР проявляється вже після того як пройшов один місяць.

Також фахівці медичного профілю відмічають і те, що посттравматичний стресовий розлад з'являється після гострого або після зовні прихованого ( ), який може тривати від 2-х тижнів до 6-ти місяців. Можливий і третій варіант: ПТСР може проявлятися через кілька років, проте дослідники відмічають, що такі випадки не є частими. При цьому за наявності окремих ознак посттравматичний стресовий розлад може практикуватися як гострий, якщо



ознаки проявляються у межах трьох місяців. Натомість якщо його ознаки зберігаються понад три місяці, то йому надають статус хронічного. Також бувають такі випадки, коли ознаки( симптоми) починають проявлятися після травматичної події через 6 місяців, тоді говорять про ПТСР пізнього прояву. Загалом протікання ПТСР має хвилеподібні ознаки та у більшості випадків виліковується, однак у деяких осіб може тривати кілька років і при цьому переростає (перевтілюється) у хронічну змішвану особистість, на що вказано в МКХ -11 [35].

Також М. Галич, В. Литвин доповнюють основний перелік ознак, який властивий особистостям з ПТСР функціонального характеру. Зокрема автори відзначають негативні зміни у настроях і мисленні особи, прояви дисоціації й емоційної дисрегуляції, а також і удосконалюється у стосунках, міжособистісному спілкуванні, і зовсім негативно самоприйняття, що помітно через пригніченість, опустошеність, виснаженість і( або) обезцінованість. При цьому дослідники вказують і на чинники особистісного характеру, які здатні підсилити прояви ПТСР або сприяти його виникненню. Зокрема до них вони віднесли: чинник спадковості( психічні хвороби передані у спадок); преморбідні властивості особистості, зокрема наявність акцентуацій, характеру; час, упродовж якого особа відчувала вплив на собі факторів психотравмуючої події; несвоєчасність—своєчасність надання людині необхідної допомоги [14, с.24].

А. Гайдабрус зазначає, що існує ще один із видів ПТСР, який у МКХ-11 позначили як комплексний – КПТСР. Дослідник зазначив, що формально він не визнається у багатьох проявах. Проте на його думку, означене явище заслуговує пристальної уваги. Так, при ПТСР окрім основних ознак додають ще три, зокрема це: почуття сорому й провини людини ( їх наявність); ускладнення або неможливості контролю власних емоцій; наявність проміжків часу у яких втрачається зосередженість і концентрація( так звана дисоціація); ознаки фізичного стану( головний біль, біль у скронях, грудях ,шлунку, животі тощо); уникнення контакту з друзями, членами сім'ї, відсторонення від інших;

ускладнення у сфері міжособистісних відносин ; деструктивні явища у поведінці пов'язані з вживанням психофарми, алкоголю , наркотиків; наявність думок щодо скоєння суїциду. На думку дослідників цей вид ПТСР відображає сучасні тенденції динаміки досліджуваного явища, які стосуються особливостей емоційних переживань, вмінь підтримання міжособистісних взаємин і власної самооцінки, що позначається нині терміном порушення ( відхилення) у самоорганізації або аббревіатурою ПСО. При цьому з'являється і додатковий фактор виникнення комплексного ПТСР: нехтування людиною в емоційному плані травматичною подією [13, с.20]. Отже кПТСР є наслідком впливу складних психотравматичних чинників, які доповнюють нехтування емоційних переживань.

Також дослідниками відмічається, що посттравматичний стресовий розлад супроводжують ознаки психологічного плану. Так всі без винятку вікові когорти поряд із ПТСР відчують (переживають) ознаки тривоги й тривожності, депресії, емоцій злості, гніву, безсоння, емоційний ступор (заціпеніння). Поряд з перерахованими проблемами мають місце й проблеми неспецифічного плану, зокрема нічим не підтверджені скарги на різні негативні відчуття ц своєму тілі, зокрема біль.

Разом із тим дослідники наголошують на тому, що при переживанні ПТСР для людини постійними супутниками стають почуття жаху та безпорадності, які здатні «перекочувати» із минулого часу у теперішній, притягуючи за собою травматичну подію. Саме тому вони можуть з'явитися будь- коли, зокрема при найменшій згадці про подію чи випадок. Нерідко з'являються й почуття гніву, страху, провини, а також сорому. При цьому фахівці відмітили, що люди часто взагалі не усвідомлюють, що саме з ними трапилося і тому починають звинувачувати себе у тому випадку ( брати на себе відповідальність за те, що там опинилася). Все це лише поглиблює психологічні переживання і призводить до посилення стану ПТСР [4; 6; 8]. Саме тому фахівці радять не тримати у собі ці переживання, а звернутися за допомогою.

Загалом науково доведено, що внаслідок переживання травматичної події тільки у 30% буде розвиватися ПТСР. При цьому означене явище є властивим як для чоловіків (і учасників бойових дій, і цивільних), а також і жінок і, головне, діти та підлітки. Загалом ПТСР в умовах війни, у яких нині перебувають (населення) українці, схильні до того, щоб у них з'явилося це негативне явище.

*Таким чином,* посттравматичний стресовий розлад виникає внаслідок впливу на організм людини психотравмуючої ситуації, наслідки якої несуть безпосередню загрозу для життя. ПТСР за своєю сутністю є гнітючим і тяжким психічним станом і є відстроченою реакцією на травматичний досвід. ПТСР вважається нормальною реакцією на дію неспецифічних подразників. Проте окремі фахівці схильні розглядати його у контексті неврозу, зокрема як окремий вид, загалом прийнято визначати ПТСР як відстрочену реакцію людини у часі на стрес, що супроводжується порушеннями чотирьох особистісних сфер, зокрема когнітивній, афективній фізичній і поведінковій. Основними його критеріями визнані вторгнення, уникання та збудливість (гіперактивність). Основними симптомами його (ПТСР) є повторне переживання ситуації, травми, її реконструкцію у свідомості; намаганням уникати всього, що пов'язано із нагадуванням про травмуючу подію (тригери, обставини, думки, знайомі, свідки); гіперактивність або надмірна збудливість, перебування у постійному очікуванні, що знову трапиться щось погане; емоційне збідніння. При цьому стані також мають місце тривога і тривожність, депресія, гнів, думки про суїцид, деструктивна поведінка. Власне ПТСР розрізняють кількох видів: гострий стресовий розлад (ГСР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР). Основні відмінності цих феноменів полягають у відрізку часу після якого вони з'являються, та наявність в останньому феномені реакції, які пов'язані з особливостями самосприйняття і самоорганізації (емоційні переживання, міжособистісні взаємини, самооцінка). ПТСР схильні

переживати всі вікові категорії українців, оскільки країна перебуває у стані війни.

### **1.3. Основні особливості ПТСР у підлітків**

Оскільки населення України перебуває у стані війни, військового конфлікту визнано, що все воно перебуває під впливом різного роду психотравмуючих ситуацій подій, які пов'язані із військовими діями на фронтових територіях, артилерійськими обстрілами, ракетними ударами по критичній інфраструктурі тощо. Саме тому ПТСР може з'явитися у жінок, підлітків, дітей.

Так, науковці наголошують на тому, що контингент осіб, які можуть потенційно отримати психотравму значно розширився. Зокрема І. Мельничук наводить список, що містить у собі наступні категорії людей: родини, у яких є загиблі; жертви, зокрема поранені та їх родини; учасники, свідки екстраординарних подій (без пошкоджень, поранень ) і їх родини; спостерігачі (це лише безпосередні свідки, але ті, що побачили ці події по телебаченню ); а також ті особи, які надавали першу допомогу, зокрема рятувальники та їх родинне коло та психологи [18, с. 453 ]. Отже перелік осіб, у яких потенційно може розвинутися ПТСР значно розширився. При цьому серед цього списку є діти й підлітки хоча їх безпосередньо не вказано.

Разом із цим значно розширилися й самі травматичні події. Так Н. Галич, В. Литвин До переліку таких випадків додали війну є конфлікт, а також катування. При цьому винесення таких подій автоматично ще його розширює, оскільки їх наслідком можуть стати полон, перебування на тимчасово окупованих територіях, сексуальне насилля, фізичне насилля над цивільними з боку агресорів тощо. Також варто відмітити, що у зоні цих подій часто є діти та підлітки [14, с. 23 ].

У цьому аспекті влучним є зауваження А. Гайдабрус щодо впливу військових подій, бойових дій на населення України. Дослідник наголосив, що

значно погіршилося психічне здоров'я населення всього, а також фізіологічний стан і емоційне самопочуття. Все населення держави, не є виключенням і підлітки, перебувають у стані постійної напруги, мають підвищену тривожність і фрустрацію. Все це стало наслідком надмірного екстремального впливу на психіку людей. [13, с. 20 ].

Науковці відмічають, що підлітки також є схильними до виникнення у них ПТСР. Так, вважається, що в них можлива поява реакції здригання, при цьому протікає вона більш інтенсивно; підліток зі страхом реагує на раптові та неочікувані звуки, рухи тощо. Їм також необхідно дещо більше часу, для того, щоб заспокоїтися, що пояснюється незрілою психікою і недостатньо розвиненими захисними механізмами [21]. Разом із тим у молодших підлітків можливим є виникнення регресивних реакцій на фоні ПТСР, зокрема спалахи гніву. Також серед поведінкових реакцій у них є схильність до ризикованої (деструктивної) поведінки, при чому тут вони нічим не відрізняють від дорослих ( паління, алкоголь, можливо наркотики, думки про суїцид або поведінкові суїцидальні тенденції ) [26].

Також дослідники звертають увагу на фактори, які здатні перешкоджати виникненню ПТСР у підлітків і дорослих. Зокрема, не звертатися за підтримкою у допомозі під час травматичної події або після неї; прохання допомоги від групи підтримки; вміння позитивно оцінювати свої дії під час небезпеки; вміння їх усвідомити, припинити та зробити для себе висновки; можливість діяти та приймати рішення, не зважаючи на страх, оптимально реагувати на події. Варто відмітити, що більшість цих чинників ( особливо внутрішніх ) це є властивостями для підлітків, що робить їх ще більш схильними до розвитку в них ПТСР.

Дослідники довели, що звичним для дітей та підлітків способом уникнення дистресу є намагання втекти від нього, тобто уникати всіляких нагадувань, думок тощо. При цьому діти є надзвичайно збудливими, навіть у деякій мірі, ніж дорослі, більше. До чого призводять такі дії – притуплюють пам'ять, тобто у обмеженій часовій перспективі такі дії призводять до

полегшення. Проте ця подія ( психотравмуюча ) буде знов і знов повертатися у вигляді нав'язливих спогадів, сновидінь. Тобто без опрацювання у психологічному сенсі проблеми неминучим наслідком є розвиток у підлітків ПТСР. Також науковці застерігають, що коли знову діти відчують на собі вплив стресу, то такі реакції значно підсиляться.

Також зарубіжні дослідники схильні вважати, що травматична подія своєрідно впливає на психіку підлітків. При цьому вони наголошують на тому, що значна частина дітей підліткового віку схильна мати емоційні та поведінкові ускладнення. При цьому травматична подія по особливому впливає на дитячий розвиток, зокрема на ендокринну систему, на головний мозок, на взаємини з батьками, а також зумовити зрушення у звичних для них діях і видах діяльності. Також дослідниками схіляються до думки, що власне травма довгостроково впливає на дитячий організм.

Дж. Форд, К. Куршуа наголошують, що дія травми може бути прихованою, непомітною, без особливих симптомів або ж набувати рушійного характеру. Проте виникнення ПТСР серед підлітків дорівнює близько 23%. При цьому дослідники визнають факти, що більшості дітей підліткового віку все ж вдається уникнути розвитку ПТСР, що вони пояснюють тим, що психіка дитини є більш пластичною, ніж у дорослих, за рахунок того, що вона є більш рухливою. Проте вони дійшли думки, що бути великими оптимістами щодо уникнення розвитку ПТСР у дітей не потрібно. При цьому вони наголошують, що у підлітків залишається все ж незрілими значна кількість фізіологічних процесів і саме тому їм досить складно в умовах війни бути психологічно здоровими та неушкодженими.

Разом із тим дослідники акцентують увагу на тому, що сам факт впливу травматичної події на психіку підлітка залежить від декількох параметрів, зокрема: а) характеру самої травматичної ситуації , оскільки це може бути низка травматичних обставин (політравма), а може і навпаки – одиночний вплив (монотравма); б) особистісних характеристик дитини, адже це і наявність травм, і стосунки з батьками, досвід травмуючих ситуацій і окремі

властивості дитини-підлітка (зокрема адаптованість, стресостійкість), наявність у житті травм розвитку; в) особливості соціуму ( середовище ), у якому знаходиться дитина-підліток, зокрема його структурованість, режим функціонування, підтримка дітей, наявність у ньому родичів, близьких друзів [32; 34].

Також доцільно приділити увагу з'ясуванню можливих наслідків впливу психотравматичної події на підлітків, з метою прогнозування появи ПТСР. Основними факторами при цьому можуть бути наступні: міра впливу травматичної події, її тяжкість; близькість підлітка до місця, де трапилася подія, випадок; реакції; аналіз травматичної події ( чим їх більше у житті ) велика вірогідність виникнення ПТСР; вплив сім'ї і громадськості, що виражається у підтримці, ресурсності щодо подолання наслідків травматичної події [37; 43].

Загалом науковці схильні виділяти загальні та найбільш типові реакції дітей і підлітків на психотравму та при ПТСР. При цьому означені реакції вони розподілили на три групи в залежності від тих особливих симптомів ПТСР (уникання, інтрузія і збудливість). Так, щодо реакцій уникання можуть проявлятися як певна абстрагованість від життя, як наявність військової тематики в іграх, спілкуванні, як депресія, підвищена плаксивість, засмученість, як окремі прояви ( нападки гніву, як боязнь смерті інших членів родини, як тривожність та хвилювання, як втрата зацікавленості до всіх сфер життєдіяльності. Інтрузії або нав'язливі спогади проявляються у дітей і підлітків як роздратованість, як здригання від гучних звуків, як лячність, як тривожність, як швидкі коливання настрою ( або примхливість ), як боязнь з'являтися на подвір'ї, як прагнення усамітнитися, в реакціях горювання. Збудливість дітей і підлітків проявляється у їх засмученні від дрібниць, в істериках, у роздратованості, у не врівноваженості, у відсутності зосередженості, концентрації уваги, розладами сну (зокрема засинання, тривалості), у нічних жахіттях в сновидіннях, у створенні жахливих образів в уяві вдень [44; 49].

Також існують розроблені ознаки діагностичного плану з метою усвідомлення того, наскільки дитина переживає наслідки екстраординарного випадку. Виділено критерії. Перші з них пов'язаний із розрадами сну ( особливості засинання, тривалість і перебіг ). Другий – з тяжінням до того, щоб докопатися у собі до істини, що нерідко відбувається із проявами гніву чи почуття провини ( звинувачення ); третій – зниження емоційного настрою або втрата енергії ( виснаженість ); четвертий – недиференційовані страх із прагненням уникнути чогось ( втекти ); шостий – недостатньо усвідомлені чи невизначені тілесні симптоми ( болі, запаморочення тощо ); сьомий – наявність конфліктів у мікросоціумі ( серед друзів, між членами сім'ї, певна ізолюваність від соціальних контактів ).

Разом із тим, виділені й суто специфічні параметри для підлітків, які вказують на прояви емоційних переживань переживань щодо психотравматичної події. Так, у підлітків спостерігається намагання відмежуватися, сором'язливість, звинувачення себе. Також мають місце: проблеми із самосвідомістю ( самооцінкою ), імпульсивною поведінкою, яку складно контролювати, страх того, що все знову може повторюватися, лячні спогади про подію; кардинальні зрушення у міжособистісних взаєминах, переорієнтованість у ставленні до світу, подій; прискорення вступу до дорослого життя [33; 34].

Дослідниками розроблені критерії, якими можна скористатися при визначенні типових реакцій підлітків травматичні випадки. При цьому вони наголошують, що варто звертати увагу на наступні ознаки у поведінці. Зокрема коли: присутнє бажання уникати почуттів, постійно є присутніми міркування про трагедію, виявляють свої наслідки у тому, щоб відсторонитися від всіх; наявні реакції гніву, образи, депресії, мають місце прояви паніки, тривожності ( щодо майбутнього, теперішнього ); надзвичайна мінливість настрою, роздратування, діаметрально протилежний апетит, усталість; звички апатія, проблеми з успішністю, адаптацією, відвідуванням школи, є прояви деструктивної поведінки [25; 26].



Також дослідники звертають увагу, що коли дитина переживає хронічну травму у неї мають місце або посилююче інші відхилення у розвитку насамперед. Це стосується відхилень у розвитку самосвідомості образу Я (Я-концепція, самостійне ототожнення), контролю за власним емоційним станом, відхиленнями у психосоціальному становленні, відбуваються зміни в обраній моделі прив'язаності, (зокрема тут виникає недовіра, втеча від взаємин, постійне очікування, що тебе скривдять, образять), проявах дисоціації (особливого механізму) у структурі головного мозку та особистості підлітка. Також мають місце порушення пам'яті (зокрема часткова амнезія, мимовільне згадування про екстраординарний випадок), а також зайняття позиції постійного скривдженого (як своєрідна вже норма), лячність, сором'язливість, злість, агресія, різного роду порушення емоційної сфери (тривога, паніка). При цьому О. Берковіц зазначає, якщо дитина не отримує належної допомоги, то це збільшує вірогідність виникнення ПТСР у підлітковий період.

Також П. Джоші, Д. О.'Доннелл зазначають, що в цілому діти й підлітки демонструють достатньо схожі реакції на травматичні події з дорослими. При цьому ці реакції мають зміни на фізіологічному рівні, що виявляються у різкому збільшенні мигдалеподібного тіла. Тому підлітки постійно відчують страх, надмірну настороженість. Зміни виявить також і гіпоталамус, що надзвичайно збуджується, провокуючи при цьому напади флешбеків, появу кошмарних снів, нав'язливих спогадів. Мають місце зміни і у префронтальній корі ГМ, яка підвищує можливості підлітків відповідати під впливом травми. Дослідники при цьому виявили, що підлітковий вік є критичним періодом, коли травми, травматичний досвід спричиняє розвиткові ПТСР, якщо, звісно, не надавати психологічної допомоги. Нерідко залишені без допомоги діти підліткового віку втрачають сенс майбутнього, що призводить до обмеження їх життєвих домагань у сфері освіти, взаємин, сфери професій.

Разом із тим науковці звертають увагу, що під час проживання травматичної події підлітки використовують у якості стратегії афективну поведінку, що є наслідком їх імпульсивності й розгубленості. Також нерідко

можуть бути прояви девіантної поведінки різних форм (асоціальна, деліквентна). Послаблення власної ідентичності, нерозвиненість або втрата уявлень про себе.

*Таким чином*, підлітки також належать до категорії людей, які відчувають вплив на собі психотравмуючих подій. При цьому їх реагування на означені випадки дослідники розглядають з двох позицій: пластичності психіки, що є позитивним, незрілістю захисних механізмів, що є негативним. При цьому науковці, що близько у 23% підлітків розвивається ПТСР. Переживаючи ПТСР підлітки демонструють ті ж реакції, що і дорослі, однак їх спонтанним бажанням є втекти від ситуації і забути її, проте цей захист не є ефективним. Дослідники стверджують, що підлітки з ПТСР мають суттєві ускладнення у стосунках з однолітками й дорослими, намагаються усамітнитися, мають порушення цілісності Я-концепції, відхилення самооцінки. При цьому поводи себе можуть агресивно, нерідко мають місце спалахи гніву, або навпаки виникає депресія. Зміни відбуваються при цьому й на фізіологічному рівні, що призводить в цілому на порушенні ставлень до світу, обмеженості життєвих домагань щодо освіти, кар'єри, стосунків. Це критичний період життя, у якому незріла особистість потребує допомоги від дорослих, однолітків, щоб подолати наслідки травми, уникнути розвитку ПТСР у майбутньому.

## Висновки до розділу 1

Отже, стрес є незмінним супутником людини, що розглядається у науці як складне явище, що крім соціального й психофізіологічного аспектів містить у собі психологічний зміст, який реалізується через емоційні переживання індивіда, зокрема через афективну сферу особистості. Реакція стресу спричинює мобілізацію захисних сил і резервів, що сприяє успішній адаптації людини, або, навпаки, викликає реакцію заціпеніння, яка супроводжується виснаженням організму. Останнім часом науковці все більше звертають увагу на психологічний аспект стресу, що й сприяло виділення психологічного стресу як окремої сфери наукових знань.

Оскільки термін стрес відноситься у психологічній науці до емоційних явищ і є формою переживань особистості, його доцільно вивчати у якості особливого психоемоційного стану. На цій основі психологічний / емоційний/ стрес – це психічний стан людини, що виникає в ситуаціях, які безпосередньо пов'язані з задоволенням важливих потреб особистості, оцінкою індивідом майбутньої ситуації як загрозової, небезпечної, образливої, психотравмуючої, та реалізується на трьох рівнях: психічному (емоційні переживання), фізіологічному (соматичні, вегетативні) та поведінковому.

Посттравматичний стресовий розлад виникає внаслідок впливу на організм людини психотравмуючої ситуації, наслідки якої несуть безпосередню загрозу для життя. ПТСР за своєю сутністю є гнітючим і тяжким психічним станом і є відстроченою реакцією на травматичний досвід. ПТСР вважається нормальною реакцією на дію неспецифічних подразників. Проте окремі фахівці схильні розглядати його у контексті неврозу, зокрема як окремий вид, загалом прийнято визначати ПТСР як відстрочену реакцію людини у часі на стрес, що супроводжується порушеннями чотирьох особистісних сферах, зокрема когнітивній, афективній фізичній і поведінковій. Основними його критеріями визнані вторгнення, уникання та збудливість(гіперактивність). Основними симптомами є повторне переживання ситуації, травми, її реконструкцію у свідомості; намаганням уникати всього, що

пов'язано із нагадуванням про травмуючу подію (тригери, обставини, думки, знайомі, свідки); гіперактивність або надмірна збудливість, перебування у постійному очікуванні, що знову трапиться щось погане; емоційне збідніння. При цьому стані також мають місце тривога і тривожність, депресія, гнів, думки про суїцид, деструктивна поведінка. Власне ПТСР розрізняють кількох видів: гострий стресовий розлад (ГСР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР). Основні відмінності цих феноменів полягають у відрізку часу після якого вони з'являються, та наявність в останньому феномені реакцій, що пов'язані з особливостями самосприйняття і самоорганізації. ПТСР схильні переживати всі вікові категорії українців, оскільки країна перебуває у стані війни.

Підлітки також належать до категорії людей, які відчувають вплив на собі психотравмуючих подій. При цьому їх реагування на означені випадки дослідники розглядають з двох позицій: пластичності психіки, що є позитивним, незрілістю захисних механізмів, що є негативним. При цьому науковці, що близько у 23% підлітків розвивається ПТСР. Переживаючи ПТСР підлітки демонструють ті ж реакції, що і дорослі, однак їх спонтанним бажанням є втекти від ситуації і забути її, проте цей захист не є ефективним. Дослідники стверджують, що підлітки з ПТСР мають суттєві ускладнення у стосунках з однолітками й дорослими, намагаються усамітнитися, мають порушення цілісності Я-концепції, відхилення самооцінки. При цьому поводи себе можуть агресивно, нерідко мають місце спалахи гніву, або навпаки виникає депресія. Зміни відбуваються при цьому й на фізіологічному рівні, що призводить в цілому на порушенні ставлень до світу, обмеженості життєвих домагань щодо освіти, кар'єри, стосунків. Це критичний період життя, у якому незріла особистість потребує допомоги від дорослих, однолітків, щоб подолати наслідки травми, уникнути розвитку ПТСР у майбутньому.

## РОЗДІЛ 2.

### ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ ДЛЯ РОБОТИ З ПІДЛІТКАМИ У ЯКИХ ДІАГНОСТОВАНО КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ПТСР

#### 2.1. Арт-терапія як метод психотерапевтичної діяльності

Станом на сьогодні не існує єдиного визначення поняття арт-терапії. Так, У. Байер у своїй книзі наголошує, що арт-терапія дозволяє краще зрозуміти чинники, які впливають на почуття, мислення і поведінку людини, оскільки вони занадто складні й різноманітні. Натомість науці дуже складно інколи пов'язати ці фактори між собою у певну структуру. Тому, арт-терапія – більше, мистецтво, ніж наука, основою якого є стосунки між терапевтом і клієнтом, у процесі яких відбуваються важливі зміни у поведінці та психіці клієнта, що є наслідком його роботи з фарбами, глиною та іншими образотворчими матеріалами.

Натомість О. Тараріна надає перелік ознак, які, на її думку, дозволяють розглядати арт-терапію як окрему галузь психотерапевтичної діяльності. До цих ознак належать: використання образотворчих матеріалів для вираження клієнтом змісту свого внутрішнього світу; створення для цього особливих умов; присутність психотерапевта поруч із клієнтом у процесі його образотворчої діяльності та використання ним тих чи інших прийомів, які допомагають клієнту виражати свої почуття й думки у художній формі та усвідомлювати зв'язок образотворчої продукції зі змістом свого внутрішнього світу [52, с. 17].

Згідно іншої точки зору, арт-терапію розуміють у якості сполучної ланки між медичними, соціальними й педагогічними галузями та має терапевтичний, відволікаючий і гармонізуючий ефекти. При цьому арт-терапію науковець тлумачить як системну інновацію, що характеризується: комплексом

теоретичних і практичних ідей, нових технологій; розмаїттям зв'язків із соціальними, психологічними та педагогічними явищами; відносною самостійністю; здатністю до інтеграції, трансформації [3, с. 25]. Разом із тим, науковець розрізняє типи, класи, підкласи, родини та види арт-терапії, зокрема розрізняють: ізотерапію, візуальну, медитаційне малювання, мультимедійну.

Саме тому арт-терапію, станом на сьогодні, розглядають у контексті мистецтва, при тому, переважно площинного, зокрема живопису, колажу (або аплікації), графіки, а також і інших видів мистецтва, у яких провідну роль відіграє візуальний спосіб обміну інформації (комунікація). Основною особливістю такої терапії є використання (або робота) із спонтанними продуктами творчості, які з'являються в результаті використання засобів образотворчого мистецтва.

Також до особливостей арт-терапії можна віднести її доступність у дисциплінарному знанні та поєднанні різних підходів. Особливо це стосується виявом турботи щодо емоційного благополуччя, психологічного здоров'я у конкретної особистості або окремої взятої групи, спільноти. Разом із тим, це окремий вид технології або психологічної системи роботи, підґрунтям яких, на думку Н. Роджерс, є лікувальний потенціал мистецтва.

Як окремий вид психологічної допомоги або власне саму психотерапію розпізнають за декількома критеріями. Так, за формою арт-терапію поділяють на індивідуальну та групову. Натомість за напрямом існує симптоматична, що спрямована на певні ознаки чи відхилення в особистості, та каузальну, що передбачає опрацювання причин, які дозволяють з'ясувати виникнення тих чи інших симптомів [12].

Також арт-терапію ще поділяють в залежності від тривалості впливів. Так, розрізняють короткотривалу, тривалу та довготривалу. У першому випадку достатньо буває від 1-4 сесій, оскільки вона спрямована на усунення локальних суперечок або симптомів. Тривала терапія вже передбачає певну систему впливів і може займати достатньо значний проміжок часу: від кількох місяців до року. Довготривала тривала арт-терапія може тривати кілька років,

оскільки в фокусі її уваги глибинні процеси, які пов'язані із застряганням (або певними ситуаціями) людини на якихсь проблемах, що призвели до відхилень у особистісному розвитку [19].

Разом із тим, як наголошують дослідники, арт-терапія може бути профілактичною, реабілітаційною та спеціальною. Такий її поділ зумовлений змістом цілей, який розв'язуються спеціалістом. При цьому, названі перші два види спрямовані на поліпшення психологічного стану особи, на зміцнення психологічного самопочуття (в цілому здоров'я), досягнення особистістю гармонії у собі або міжособистісних стосунках. Спеціальна арт-терапія спрямована на роботу з людьми, в тому числі й дітьми, що мають відхилення у психічному розвитку, що наближає її до клінічної чи медичної психології.

Основою арт-терапевтичного впливу вважається зміщення акцентів із особистісної проблеми на творчість, художню експресивність, що допомагає людині встановлювати контакт зі своїм внутрішнім світом, і, водночас, і зовнішнім. При цьому означена взаємодія має подвійний ефект, адже сприяє зростаючій індивідуалізації, і, водночас, соціалізації особистості. Саме тому основним фігурантом (суб'єктом) арт-терапії вважається особистість, а основними потребами, які вона задовольняє – творча самореалізація, саморозвиток, досягнення емоційної рівноваги, збагачення своїх можливостей, розкриття внутрішніх ресурсів.

Основними засобами цього виду терапії є звичайні художні матеріали (фарби, маркери тощо), які не вимагають наявності особливого досвіду їх використання, в тому числі й спеціальних художніх вмінь. Як відмічають науковці, [23; 24] їх призначення полягає у створенні людиною спонтанних, довільних і вільних малюнків (або інших виробів, зокрема скульптурок із глини, пластиліну), а у деяких випадках і певного творчого експерименту. Всі результати, досягнення, що втілені на малюнках або у виробках не мають позиції «вірно–не вірно», натомість вони розглядаються як символи, проєкція психіки на аркуш паперу та є наслідком художнього експериментування або втіленням психічного у певний образ.

Як і будь-який вид терапії, арт-терапія підпорядковується певним правилам, має своїх суб'єктів і середовище. Так, суб'єктами цього виду терапії є, переважно, дві особи, як правило, клієнт і арт-терапевт (або психолог). Основою їх взаємин є вербальний і символічний контекст, а сполучним механізмом для них є асоціації. Контактують вони (суб'єкти) засобами вербальної комунікації, спираючись при цьому на візуальні, видимі продукти творчості [41; 47].

Сама сесія (заняття) арт-терапії відбувається наступним чином: створення художнього продукту (малюнок, виріб) у процесі творчості; його безпосереднє розглядання, розглядання з іншого ракурсу (відсторонення від нього, відчуження); осмислення в цілому його сутності (рефлексія); за необхідності внесення змін і доповнень у малюнок (виріб), що передбачає його певну трансформацію; розуміння суті образів, окремих деталей, усвідомлення їх символіки; зміна ставлення до своїх потреб, ознак властивостей, до світу; уточнення і збагачення Я-образу; самоприйняття себе.

Основним у процесі (для сукупності сесій) – це трансформування своїх особливостей на знаково-символічному рівні (щось виправляється, додається, корегується), що також зумовлює відповідні зміни – перетворення і на рівні самосвідомості клієнта. Подібне можна сказати й про візуальні образи негативних почуттів, страхів, переживань,: внаслідок їх усвідомлення ці явища втрачають власну емоційну напругу, і, тим самим, дозволяють людині поглянути, на них вже зовсім інакше: помічати раніше не з'ясовані обставини, тобто, іншими словами, звільнитися від непродуктивного енергетичного балансу. Разом із тим візуалізовані образи, які обговорені й усвідомлені, дозволяють клієнту краще зрозуміти свої риси характеру, потреби й емоції і прийняти їх, зрозумівши їх значущість.

Також дослідники зазначили, що сама сесія (або в цілому терапевтичний процес) передбачає проходження кількох етапів. Зокрема перший із них – це пригадування (відтворення), внаслідок чого відбувається створення образу когнітивного контексту; другий етап – образне відтворення самого випадку,



що вже передбачає емоційну складову у творчому процесі; наявність емоцій і почуттів дозволяє їх відображати в самому художньому образі; третій етап – етап повторного переживання подій на емоційному рівні, тобто, які саме емоції супроводжували випадок чи якусь подію, що минули, але несподівано стала проявлятися у творчому продукті; четвертий етап – етап розв’язання проблеми, що надає клієнту можливість встановити вже свідомі зв’язки між актуальною проблемою і послідуочими подіями, переживаннями [48]. Отже, лікувальний (чи то терапевтичний) вплив відбувається поступово, а його основою є осмислення зв’язків між проблемою і ставленням до неї, що дозволяє зробити свідомими емоції, а, отже, свідомо прожити й оцінити події.

Безумовно, означений процес неможливо реалізувати без відповідних умов. При цьому дослідники поряд із загальними умовами (довіра й повага до себе, зосередженість на собі й власних відчуттях, співпраця та відкритість до співтворчості, креативність, що передбачає відчути себе митцем) додають суто специфічні: основними ознаками створеного середовища має стати почуття фізичної (зокрема дотримання встановлених правил) і емоційно-психологічної безпеки, що досягається шляхом конфіденційності, довіри до особистості психолога (або іншого фахівця). Натомість наявність терапевтичних стосунків зумовлюють вияви поваги, зорієнтованість на суб’єкті (клієнті), використання метафор і знаково-символічних образів, усвідомлення трансформації образів у психіці клієнта.

Також у цьому контексті низка дослідників вказує на наявність специфічних ознак арт-терапії:

1. Розмежованість у часі самого процесу створення продукту, а вже потім сприйняття і осмислення його змісту, властивостей.
2. Авторське втілення образу в художньому продукті стає відкритим для іншого (зокрема психологу чи то терапевту)
3. За необхідністю отриманий малюнок або виріб можна видозмінити, внести корективи (проте, це лише авторське право) або, навіть знищити.

Саме тому дослідники наголошують на тому, що арт – терапія дозволяє відчувати себе повноправним творцем самого себе.

Також науковці схиляються до того, що арт-терапія у своєму арсеналі (як особливий вид впливу) має певні форми та методи. Так, до форм відносять музику, ритмічні рухи, малювання, ліплення, написання історій, казок. Означені способи знайшли своє відображення у численних напрямках: ізотерапія, мислення, бібліотерапія (сюди належать казкотерапія), терапія танцям, музикою, колажем тощо. Нерідко фахівці поєднують у ході терапевтичних сесій одночасно декілька форм. У такому випадку говорять про мультимедійність впливів.

Разом із тим основним методом цього виду терапії вважається заняття або інша назва його-сесія. Загалом їх поділяють на два види: структуровані й неструктуровані. Зокрема перший з них характеризується високою мірою свободи під час обрання засобів і тем. Натомість структуровані заняття відрізняються чітким формуванням теми та пропозиції щодо художніх матеріалів. Про те сам зміст, особливості втілення образу, швидкість виконання- пріоритет клієнта, який не дозволяється порушувати [53; 55].

Власне саме заняття, на думку фахівців, поділяється на дві частини: не вербальна та вербальна. Означена частина містить у собі спонтанну творчість, у якій домінує окремий засіб самовираження ( фарба, глина тощо). Ця частина заняття передбачає, що клієнт скористається різним способом самовираження (не вербальними) і пластичним візуальним каналом для комунікації. Водночас друга частина, є більш структурованою і формальною, оскільки у ній передбачено аналіз символів, в основі якого їх обговорення, що також зумовлює й аналіз асоціацій, пов'язаних із знаково-символічним контекстом.

Разом із тим, будь-яке заняття передбачає використання конкретної техніки, що буде актуалізувати різні сфери особистості. Зокрема, станом на сьогодні існує достатньо значний арсенал технік арт-терапії, які є описаними та містять рекомендації щодо мети та особливостей їх використання. Окремі техніки доцільно використовувати самостійно, а інші у поєднанні з іншими.

Техніки, які переважно використовуються для налаштування на роботу називають вправами, серед яких найбільш поширеними є вправи описані Н. Роджерс, зокрема «каракулі» «Моє ім'я», «Веселка» та багато інших. Техніки, які становлять основу арт-терапевтичного заняття є більш об'єктивними й розподіляються за сферами впливу. Так для роботи зі стресами різних видів найбільш часто використовують техніки «Країна емоцій», «Картина в рамці» та багато інших, що обираються індивідуально.

*Таким чином, арт-терапія у сучасній науці розглядається як окремий метод психологічної допомоги (як певна міждисциплінарна сфера знань), що дозволяє здійснювати через знаково-символічну форму та метафори вплив на особистість із метою її зцілення, розв'язання проблем і суперечностей, досягнення гармонії (досконалості), сприяння саморозвитку та розкриття всіх можливостей, особистісних ресурсів і креативності. Основою арт-терапії є мистецтво, що має лікувальний ефект. На сьогодні існує достатньо напрямів означеної галузі, які визначаються домінуванням того чи іншого виду мистецтва. Найбільш розповсюдженим є ізотерапія, що ґрунтується на живописі й графіці. Арт-терапевтичні сесії відбуваються на основі занять, на яких використовують спеціально створені техніки, спрямовані на різні сфери особистості, у тому числі й для подолання наслідків стресу.*

## **2. 2. Особливості арт-терапії як методу роботи з підлітками та ПТСР**

У найбільш загальному розумінні арт-терапія поєднує у собі малювання, ліплення та решту видів образотворчого мистецтва. Доведено, що вже саме очікування і підготовка (обрання матеріалів) до творчості зумовлює появу у людини позитивних емоцій, зацікавленість і сподівання на щось приємне. Цю стадію прийнято позначати як підготовчу. За нею слідує стадія інкубації, іншими словами виникає задум малюнка або скульптури. На думку дослідників, найбільш критичний момент, оскільки не завжди задум можливо втілити [61].

Проте, коли людина захоплюється творчим процесом, то вона міркує про барви, вибір візерунка, орієнтується на лінії, уявляє свою роботу. При цьому уповільнюється час, проблеми відходять на другий план, і вона захоплюється творчим процесом. На стадії ілюмінації, людина знаходить нові ідеї, радіючи з того, що в неї вже щось виходить створити. На завершальній стадії відбувається деталізація і проект завершується. У цьому процесі мислення працює зовсім по-іншому, орієнтується на зорові образи, метафори, що дозволяє поглянути на ситуацію з іншого боку. Цей стан сприяє зниженню рівня стресу та тривожності, натомість настрої покращується [45; 55].

Разом із тим, дослідники стверджують, що достатньо сильні негативні емоції, зокрема гнів, злість і образу, можливо просто «вималювати» з себе: взяти аркуш паперу й олівець, почати з усієї сили розмальовувати аркуш, прикладати максимум зусиль. Проте після такого вираження емоцій людині стає набагато краще, оскільки її негативна енергія отримала фізичний вихід. Доведено, що основна мета арт-терапії полягає у тому, щоб допомогти досягнути розкнутості, що загалом сприятиме осмисленню своїх емоцій і почуттів, адже у процесі малювання чи то ліплення знижується рівень тривожності, внаслідок чого стає можливим зосередження на своїх тілесних відчуттях й емоційних переживаннях [26; 30].

У цьому контексті варто наголосити, що існують науково доведені факти, що заняття арт-терапії дозволяють зосередитися на акті творення, що сприяє зниженню рівня стресу та емоційної напруги, що зумовлене виробленням ендорфінів (гормонів щастя), які мають вплив на настрої. Також у ході творчості суттєво зростає рівень дофаміну, особливого нейромедіатора, котрого надто обмаль у людей із певними розладами, зокрема тривогою та депресією [12; 16].

Наявність групових методів в арт-терапії дозволяє створити особливу атмосферу, якій властиві взаємодія і взаємопідтримка людьми одне одного: знайти однодумців, отримати/надати допомогу та підтримку, що важливо при подоланні стресу.

Техніки цієї терапії достатньо ефективні для опрацювання різних психологічних проблем, зокрема для зняття емоційного напруження, під час роботи з травмою тощо. При цьому науковці відмітили, що вони зовсім не мають вікових обмежень і, відповідно ними можна скористатися для роботи зі всіма віковими категоріями людей, починаючи від трьох років і завершуючи у глибокій старості.

Науковці стверджують, що у практиці арт-терапії мають різні способи використання засобів, зокрема можна: а) скористатися вже готовими творами мистецтва, розглядаючи й аналізуючи їх із клієнтами (інтерпретація); спонукати клієнтів до їх до власного творчого самовираження; поєднати вже готовий мистецький твір із художньою творчістю клієнта; використати продукти творчості арт-терапевта чи психолога, щоб встановити контакт на початкових етапах заняття (сесії). При цьому методами арт-терапії вважають: малювання, ліплення, конструювання із паперу, дерева (інших матеріалів), написання творів або розповідей, спів, музика, танцювальні рухи – зовсім не повний перелік того арсеналу методів, якими користуються в арт-терапії [1].

Так, у ході організації арт-терапевтичних варто взяти до уваги, що наразі стає можливою інтеграція різних форм образотворчої діяльності. Насамперед, це зумовлено тим, що поєднання у процесі творчості різних технік, створює передумови розкриття нових аспектів створених продуктів і, на основі них, контактувати засобом емоційного діалогу. Цього можна досягнути у самому змісті (спланувати наперед) заняття або спонтанно. Проте у будь-якому випадку це є основою для більш глибоких терапевтичних впливів [1; 2].

Також розрізняють основні напрями арт-терапії, які станом на сьогодні використовуються на практиці. Так, ізотерапія передбачає терапевтичний вплив на основі методу малювання (загалом всього образотворчого мистецтва). При цьому основними засобами, якими може скористатися клієнт є фарби, олівці, пастель, художні маркери тощо.

Так, О. Тараріна використовує термін ізотерапія у двох значеннях. Зокрема авторка вказує, що це терапія образотворчим мистецтвом,

малюванням, яке є творчою дією (актом), що надає можливість людині відчувати себе, висловити думки та почуття, розв'язати конфлікти та прожити емоції, а також одночасно розвивати емоції, виразити свої бажання, мрії і надії. З іншого боку ізотерапія – своєрідний метод у психотерапії і психологічній корекції, що спрямований на корекцію і зцілення особистості, насамперед за допомогою малювання [52, с. 29].

Основою ізотерапії є малюнок, що має значний діагностичний потенціал творчої продукції учасників арт-терапевтичної роботи, що надає можливість висловити внутрішні, глибинні переживання, побачити яскраву індивідуальність особистості. Малюнок у арт-терапії є основою проєктивних технік або методик.

Натомість у мандалотерапії використовуються так звані мандали, коло, на якому клієнт малює, клеїть якесь зображення та приводить його в рух (особливо використовується для подолання стресу для заспокоєння, знаходження внутрішніх ресурсів). А при пластичній терапії (терапія ліпленням) використовують різні пластичні матеріали, зокрема глину, солоне тісто, пластилін для створення об'ємних зображень, які відображають внутрішні переживання людини. Надто ефективним цей вид терапії у подоланні наслідків стресу, ПТСР [7; 10].

При музичній терапії (терапії музикою) основними є впливи через мелодію, спів (можна прослухати, а можна створити власні мелодії, пісні). Наступний напрям – терапія піском (сендплей), що передбачає використання спеціальної пісочниці й створення у ній клієнтом різних сюжетів. Метафоричні асоціативні карти (МАК) – напрям, що виник порівняно недавно і який передбачає використання спеціальних карток, які дозволяють прийняти рішення, відмежуватися від ситуації, осмислити клієнтом власні почуття. Існують різні колоди таких карт, зокрема й ті, які дозволяють працювати зі стресом, різними травмами, ПТСР [11].

Казкотерапія розглядається у контексті бібліотерапії або окремо. Основою є робота з художніми текстами, зокрема читання казок, зміна

сюжету, складання своєї казки, використання метафор, взятих із казок, міфів, легенд, билин тощо. Натомість у бібліотерапії клієнт працює зі знайомими чи незнайомими текстами, обираючи значущі для себе слова та складає послання із цих слів для себе.

У тканинній терапії терапевтичні впливи здійснюються через роботу з різними тканинами, зокрема створюються різні композиції з різних видів тканин. У техніці колажу такі композиції створюються із використанням картинок, вирізаних із газет, журналів. У фототерапії при цьому використовують реальні фото клієнта, які допомагають йому у розумінні станів, свого життя, напрямків особистісного зростання, стосунків. Нерідко використовують лялькотерапію, де основним втіленням внутрішніх переживань є лялька. Клієнту пропонують виготовити її, обравши для цього різні матеріали.

Також існує і терапія, основою якої є використання відеороликів, фільмів (кінотерапія). На початку клієнт їх має переглянути, а вже далі відбувається їх аналіз, обговорення і, внаслідок цього, переосмислення життєвих цінностей. Отже, арт-терапія має достатньо широкий арсенал для позитивних змін у клієнта. При цьому багато дослідників наголошує, що арт-терапія розширює можливості для адаптації людини [16; 19; 23].

Загалом, зумисно дібрані психологом методи арт-терапії сприяють:

- відновленню цілісності особистості, подолання нею стану дезінтеграції;
- творчість дозволяє проявити справжні, але глибоко приховані емоційні реакції (почуття), те прожити (опрацювати, осмислити) їх на символічному рівні;
- має місце достатньо глибоке прийняття раніше неприйнятого, відстороненого – негативні ознаки та переживання у такому випадку не пригнічуються, а натомість трансформуються;
- наслідком є певна форма психічного існування, яка сприяє (що важливо у контексті психологічної травми) подальшому оздоровленню клієнта;

- використання методів викликає у особистості стан максимальної мобілізованості у плані креативності [22; 25].

Варто також наголосити, що фахівці схиляються до того, що арт-терапію доцільно використовувати не лише у якості єдиного засобу впливу на психічні відхилення чи то розлади. Значно більшим буде її ефект, коли методи арт-терапевтичного впливу поєднуюватимуться із іншими формами терапевтичної допомоги чи медичного (використання медикаментів) лікування [29; 36].

При ПТСР арт-терапевтичний вплив передбачає наявність двох пов'язаних між собою блоків. Перший із них зумовлює впливи на основні симптоми, що має на меті унормування емоцій і емоційного стану клієнта, структурування дій на рівні поведінки, формування готовності до психологічної допомоги ззовні, а також мотивів, які стимулюють процес пристосування до навколишніх умов серед соціального оточення. Другий блок спрямований на активізацію внутрішніх ресурсів особистості, що дозволяють подолати негативні стереотипи (емоційні, когнітивні, поведінкові) та моделювання більш дієвих і оптимальних шляхів особистісного відновлення та розвитку.

Іншими словами, зазначає Т. Розумовська, має існувати певна система допомоги при ПТСР методом арт-терапії. При цьому авторка виділяє й необхідні складові такого системного впливу. Зокрема, це *унормування психоемоційного стану*, отримання базових вмінь і навичок саморегуляції, підтримка клієнта у спробах налагодження комунікації із навколишніми людьми. Ці заходи мають відбуватися тоді, коли для клієнта створено безпечні умови. Наступний засіб – це початкова робота з наслідками травматичної події (досвідом особи), що передбачає вже використання як звичних, так і альтернативних шляхів комунікації психолога із клієнтом, що дозволяє отримати діагностичного плану інформацію. Третій засіб пов'язаний вже власне з опрацюванням психотравми, набутого досвіду, переструктуруванням стосунків, зміною типів реагування на подію та поступове підвищення самооцінки клієнта [42].



На думку авторитетних фахівців, особливої уваги потребує робота з підлітками, оскільки бувають випадки, коли діти через наявність надто виразних емоційних і поведінкових відхилень не можуть брати участь у груповому процесі (зокрема гострій фазі стресу), то найкращим способом буде у проведенні арт-терапевтичних сеансів в індивідуальній формі. Це також стосується і підлітків, які відчули на собі вплив насилля та в них діагностуються ознаки ПТСР (посттравматичного стресового розладу) [45].

Так, у період кризи підлітки взагалі переповнені негативними емоціями, зокрема гнівом, агресивністю, напруженістю, занепокоєнням, розгубленістю, різними страхами (нерідко фобіями), апатією, є нетерплячими, поглинутими самотністю та багатьма іншими емоційними реакціями. Такі переживання впливають на їх психоемоційний стан, на соматичне здоров'я. Зафіксовано, що на соматичному рівні нерідко розвиваються такі прояви як: порушення сну та харчової поведінки, відчуття втоми та ломоти в тілі, застудні захворювання та частий головний біль, можливий розвиток й інших психосоматичних симптомів. На психоемоційному рівні вони є надто пасивними або агресивними, їх мотивація, енергійність можуть бути нульовими, може зникнути бажання жити, розумово зростати, нерідко можна помітити депресивні або надто емоційно нестабільні прояви у поведінці [34].

Отже, загалом підлітки потребують їх прийняття й емоційної підтримки. Саме тому при роботі із цією категорією осіб психологу потрібно бути гнучким, міркувати нестандартно та мати достатньо розвинені творчі здібності. На думку науковців, це необхідні умови для встановлення зв'язку з ними. Разом із тим, дослідники не мають використовувати з ними директивні методи впливу. Натомість потрібно бутити поруч, слухати та спостерігати, не нав'язувати своїх думок, не обмежувати їх надто жорстко у поведінці.

Ще одна з особливостей роботи з підлітками є те, що вони можуть нерідко перебувати у стані психологічного опору. Тому варто створити умови для подолання бар'єру, який має місце у взаєминах. При цьому існує перелік завдань, як найбільш доцільно вирішувати у роботі з підлітками, зокрема

навчання їх способів зниження емоційної напруженості; ознайомлення із моделями прийняття рішення; обговорення мотивів поведінки тощо.

Проте одним із найбільш важливих напрямів роботи для подолання опору підлітка під час сеансів є обрання методів роботи. У цьому сенсі арт-терапія займає найбільш вигідне положення серед інших напрямів терапії, які опікуються діагностикою й корекцією кризових станів і відхилень у поведінці підлітків. Простір арт-терапії є достатньо безпечним (окремі дослідники називають його екологічним): надає змогу контактувати через образи, метафори, а не через словесний контакт; при цьому використання технік арт-терапії, навіть у випадках агресивності або надзвичайної інертності, психолог намагається досягнути проявів емоційних реакцій і, тим самим, залучити підлітка до процесу психотерапії; заняття арт-терапією зумовлює зняття психологічних захистів і переборення бар'єрів у спілкуванні доволі швидше, ніж у інших напрямках; надає можливість зняти психологічні захисти та подолати комунікативні бар'єри набагато швидше, ніж в інших напрямках психокорекційної діяльності [49].

Разом із тим, на думку науковців поєднання у єдине ціле можливостей мистецтва з творчою активністю підлітків сприятиме збереженню їх психічного та фізичного здоров'я, а також дозволить швидше й більш ефективно долати кризові явища. Адже з одного боку, арт-терапія є одним із видів екологічних клінічних практик, що використовується у якості основного допоміжного напрямку у процесі подолання підлітками психосоматичних симптомів. Одночасно арт-терапія розглядається фахівцями й особливим видом художньої практики. Саме тому психологу необхідно доволі чітко розбиратися серед множини існуючих художніх матеріалів. Так, створюючи комфортну й безпечну обстановку, фахівець має запропонувати підлітку на вибір різні матеріали для образотворчості, зокрема пластилін, глину, м'яку (масляну) пастель, гуашеві й акварельні фарби, аркуші паперу різного розміру, клаптики тканини та нитки. В залежності від запиту й особливостей підлітка можна скористатися і журналами, листівками, фотокартками [56].

Важливо, щоб підліток мав вибір і зміг скористатися запропонованими матеріалами на власний розсуд, щоб зміг у присутності практичного психолога (арт-терапевта) висловити у своєму продукті образотворчої діяльності власні думки, почуття, емоції. За твердженням дослідників, мистецька діяльність відрізняється суттєвими терапевтичними (лікувальними) можливостями та разом із цим є чинником, що позитивно впливає як на фізичний, так і на емоційний стан зростаючої особи. Образотворчий матеріал дозволяє підлітку скористатися різними способами та формами вираження, а також по особливому відреагувати на свої проблеми. Терапевт має зважити, що глина у більшості випадків зумовлює виникнення седативного ефекту і, тим самим зменшує рівень емоційної та фізичної напруги. Натомість використання інших матеріалів (фарб, казок) і технік роботи сприятиме опануванню своїми складними емоційними переживаннями, усвідомити їх і таким чином контролювати [58].

Окремі науковці стверджують, що арт-терапія, за своєю сутністю, є особливою формою гри (пісочна терапія, казкотерапія), а призначення гри – отримати задоволення від самого процесу цієї діяльності, від взаємодії із зображувальними матеріалами, які утворюють доволі комфортний і безпечний простір виявлення своїх можливостей. Саме цей простір дозволяє помітити свої особистісні ресурси через усвідомлення образів, метафор і потім скористатися ними (можливостями) у реальному житті.

Як бачимо, взаємодія підлітків із мистецькими образами дозволяє вільно обрати стратегії поведінки, що практично неможливо у реальному житті, оскільки вони є залежними від батьків і перебувають під їх впливом. Власне такі стратегії поведінки закріплюються на несвідомому рівні та дозволяють людині (підлітку зокрема) скористатися ними для подолання кризової ситуації або наслідків психотравмуючих подій. Отже, арт-терапевтичний процес зумовлює пошук і виявлення нових копінг-стратегій поведінки, які за звичних умов були непомітними або не розглядалися особою як найбільш дієві засоби (механізми) подолання певної ситуації (конфлікту, травми), що негативно

впливала на підлітка. В цілому, прояв почуттів і уявлень підлітка через образну мову дозволяє їм зрозуміти та прийняти різні сторони свого внутрішнього світу. З боку психолога (арт-терапевта): безпечні й комфортні умови дозволяють взаємодіяти з підлітками не директивними методами, що сприяє більш тісному контакту та довірливим стосункам[60].

Загалом науковці стверджують, що арт-терапія як особливий вид надання психологічної допомоги підліткам сприятиме:

- вивільненню надлишкової агресії й інших негативних емоцій у безпечний спосіб, оскільки опрацювання малюнків або робота з глиною, піском є звільняє підлітка від негативу та сприяє покращенню настрою, загального тону організму;
- полегшення корекційних впливів, оскільки мистецька діяльність знижує опір дітей, а конфлікти, наслідки негативних подій простіше зрозуміти через візуальні образи, ніж коригувати їх у вербальній формі, оскільки комунікація через образи й метафори менш контролюється свідомістю;
- простіше отримати пояснення поведінки, здійснити діагностику, сформулювати певні висновки, оскільки самі роботи містять таку інформації і підліток сам приймає участь у поясненні образів, змісту зображеного (особистісних смислів) своїх творів.
- нормалізації взаємин підлітка з батьками, оскільки можливою є сумісна образотворча діяльність, у процесі якої виникає (покращується) емпатія і прийняття один одного (підлітка батьками і навпаки).
- розвитку та вдосконаленню самоконтролю підлітка, підґрунтям якого є впорядкування змісту, кольору, форм у творчій діяльності.
- зосередитися на своїх емоціях, тілесних відчуттях, що дозволяє налагодити контакт із самим собою, зрозуміти причини емоційних переживань, що важливо при роботі з травмами.

- покращити самооцінку, оскільки у процесі створення творчого продукту з'являється задоволеність своїми вміннями, здібностями, на які раніше не зверталася увага [62].

*Таким чином*, для використання арт-терапії як методу психологічної допомоги, в цілому немає обмежень, оскільки це доволі унікальний напрям, у якому поєднані мистецтво, творчість і зцілення на найбільш високому емоційному та психологічному рівні. Образна, метафорична форма, що є основою цього методу, дозволяє актуалізувати несвідомі механізми психіки й спрямувати їх на подолання кризових явищ у житті, у тому числі й подолання наслідків тяжкої психотравми. При подоланні травми доцільно використовувати методи арт-терапії як додатковий засіб, поєднуючи її із формами інших видів психотерапії і лікування медичними препаратами. При роботі з ПТСР за допомогою арт-терапевтичних засобів відбувається трансформація негативних переживань у досвіді клієнта на глибинному рівні та задіюються внутрішні особистісні ресурси відновлення. Разом із тим має існувати (бути розробленою) система допомоги при ПТСР методом арт-терапії, яка передбачає унормування психоемоційного стану, початкова робота з наслідками травматичної події опрацювання й осмислення досвіду психотравми.

Особливої уваги потребує робота з підлітками, які відчували на собі вплив насилля та в них діагностуються ознаки ПТСР: вони не можуть брати участь у груповому процесі, а найкращим способом для них буде проведення арт-терапевтичних сеансів в індивідуальній формі. Нині арт-терапію визнають як найбільш екологічний спосіб взаємодії, що особливо необхідно у роботі з підлітками, беручи до уваги їх вразливість, нестабільність психоемоційного стану та достатньо суттєву схильність до психологічного опору. При цьому арт-терапія спрямована на отримання позитивних вражень і, тим самим, сприяє зниженню і подоланню фізичної та емоційної напруги. Як метод вона має як групову, так і індивідуальну форму. Для підлітків вона є особливим видом образотворчої діяльності, у якому вони почувають себе вільно та

комфортно, а для психолога – спосіб надання допомоги в умовах довіри, що загалом важливо для подолання кризових ситуації і наслідків психотравми, зокрема ПТСР.

## Висновки до розділу 2

Арт-терапія у сучасній науці розглядається як окремий метод психологічної допомоги (як певна міждисциплінарна сфера знань), що дозволяє здійснювати через знаково-символічну форму та метафори вплив на особистість із метою її зцілення, розв'язання проблем і суперечностей, досягнення гармонії (досконалості), сприяння саморозвитку та розкриття всіх можливостей, особистісних ресурсів і креативності. Основою арт-терапії є мистецтво, що має лікувальний ефект. На сьогодні існує достатньо напрямів означеної галузі, які визначаються домінуванням того чи іншого виду мистецтва. Найбільш розповсюдженим є ізотерапія, що ґрунтується на живописі й графіці. Арт-терапевтичні сесії відбуваються на основі занять, на яких використовують спеціально створені техніки, спрямовані на різні сфери особистості, у тому числі й для подолання наслідків стресу.

У використанні арт-терапії як методу психологічної допомоги, в цілому немає обмежень, оскільки це доволі унікальний напрям, у якому поєднані мистецтво, творчість і зцілення на найбільш високому емоційному та психологічному рівні. Образна, метафорична форма, що є основою цього методу, дозволяє актуалізувати несвідомі механізми психіки й спрямувати їх на подолання кризових явищ у житті, у тому числі й подолання наслідків тяжкої психотравми. При подоланні травми доцільно використовувати методи арт-терапії як додатковий засіб, поєднуючи її із формами інших видів психотерапії і лікування медичними препаратами. При роботі з ПТСР за допомогою відбувається трансформація негативних переживань у досвіді клієнта на глибинному рівні та задіюються внутрішні особистісні ресурси відновлення. Разом із тим має існувати (бути розробленою) система допомоги при ПТСР методом арт-терапії, яка передбачає унормування психоемоційного стану, початкова робота з наслідками травматичної події опрацювання й осмислення досвіду психотравми.

Особливої уваги потребує робота з підлітками, які відчули на собі вплив насилля та в них діагностуються ознаки ПТСР: вони не можуть брати участь у

груповому процесі, а найкращим способом для них буде проведення арт-терапевтичних сеансів в індивідуальній формі. Нині арт-терапію визнають як найбільш екологічний спосіб взаємодії, що особливо необхідно у роботі з підлітками, беручи до уваги їх вразливість, нестабільність психоемоційного стану та достатньо суттєву схильність до психологічного опору. При цьому арт-терапія спрямована на отримання позитивних вражень і, тим самим, сприяє зниженню і подоланню фізичної та емоційної напруги. Як метод вона має як групову, так і індивідуальну форму. Для підлітків вона є особливим видом образотворчої діяльності, у якому вони почувають себе вільно та комфортно, а для психолога – спосіб надання допомоги в умовах довіри, що загалом важливо для подолання кризових ситуацій і наслідків психотравми, зокрема ПТСР.



### РОЗДІЛ 3.

## ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕАКЦІЙ ПІДЛІТКІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

### 3.1. Методика емпіричного дослідження особливостей психологічних реакцій підлітків з посттравматичним стресовим розладом

З метою дослідження особливостей психологічних реакцій підлітків нами було обрано наступні методи: опитувальник *Психологічний захист*, *Шкала депресії* (О. Балашова), методика *Оцінки рівня тривожності* (Спілбергер–Ханін), проєктивна методика «Мій теперішній емоційний стан» (арт-терапевтичний засіб).

Так, опитувальник «Психологічний захист» спрямований на з'ясування основних (домінуючих) стратегій, якими людина може скористатися для свого захисту у різних ситуаціях, зокрема й при переживанні психотравматичного досвіду. Сам опитувальник містить 24 пункти, до кожного з яких передбачені три альтернативні реакції. Означені реакції у психологічному сенсі означають типове реагування особою на загрозу своїй автономії, а також і на небезпеку, яка надходить від стресової ситуації.

Сам опитувальник спрямований на виявлення трьох, найбільш поширених видів захисту: миролюбність, агресивність, уникнення. Оскільки серед психологічних реакцій при посттравматичному стресовому розладі є уникнення й агресія, то означений опитувальник сприятиме уточненню їх у підлітків. Водночас, віковий діапазон застосування психодіагностичного методу коливається у межах від підліткового періоду (12–14 років) до періодів зрілості особистості, що також було одним із критеріїв його обрання.

Також означений психодіагностичний метод є дуже зручним при обробці отриманих даних, оскільки нумерація альтернативних відповідей (а, б, в) відразу ж означає обрання досліджуваним одного із видів психологічного захисту: миролюбність, агресивність, уникнення.

Підрахунок балів здійснюється у такій послідовності: обраховується кількість відповідей окремо по варіантах **а, б, в** (відповіді додаються звичним математичним способом). Після цього вони заносяться у таблицю й визначається найбільш виразна стратегія психологічного захисту. Зокрема коли виявлено переважання пункту **а** серед інших пунктів, то домінуючою стратегією визнається миролюбність особи. Натомість коли домінує пункт **б**, то у підлітка переважає уникання як спосіб поведінки під час загрози. Коли ж домінує **в**, то у досліджуваного переважаючим видом реакції на загрозу є агресія. Процедурою проведення опитувальника передбачено надання інструкції, зокрема нами було її сформульовано наступним чином: перед вами опитувальник, який дозволить з'ясувати найбільш властиву для вас стратегію поведінки у різних життєвих ситуаціях. На кожен із 24 запитань потрібно у бланку для відповідей відмітити найбільш характерну для вас (перш, ніж обрати відповідь, пригадайте наскільки часто у типових ситуаціях ви нею користуєтесь). На кожному бланку для відповідей проставлені три варіанти відповідей, позначені великими літерами А, Б і В. Порівнюючи їх, підкресліть те, що є більш типовим для Вашої поведінки. При цьому зважте, що правильних або неправильних відповідей не існує. При наданні відповідей будьте максимально відвертими, тоді отримані відомості про способи поведінки будуть більш об'єктивними».

Тривалість надання відповідей на запитання опитувальника підлітком коливається у межах 10–15 хвилин. Обрахунок остаточних даних (визначення типової стратегії поведінки) експериментатором займає біля п'яти хвилин. При цьому нами було обрано групову форму взаємодії із підлітками та для цього їх всіх було забезпечено текстом опитувальника та відповідними бланками для відповідей.

Наступний метод, який нами був використаний – *Шкала депресії (О. Балашова)*. Це опитувальник, який було обрано для з'ясування у підлітків реакції депресії, які також є можливими при протіканні посттравматичного стресового розладу. Сам метод складається із 20 суджень, які потрібно оцінити за чотирибальною шкалою, зокрема в 1 бал оцінюється відповідь тоді, коли особа ніколи так не реагує (у бланку для відповідей «Ніколи»). Натомість оцінка в 2 бали означає, що інколи індивід може так реагувати (у бланку – «Інколи»). 3 бали передбачають, що досліджуваний реагує так на подію дуже часто (у бланку – «Часто») і 4 бали означають, що особа постійно так реагує на події (у бланку «Завжди»). Власне запитання стосуються самопочуття, яке й має оцінити досліджуваний.

При цьому тест можна проводити як в індивідуальній, так і в груповій формі, забезпечивши учасників дослідження необхідними бланками та ручками. При цьому даний метод має обмеження у використанні (за різними джерелами 13–14 років). Шкала депресії дозволяє з'ясувати особливості самопочуття підлітка, яке є властивим для останнього часу та з'ясувати те, наскільки означена реакція є характерною для нього: отримані бали переводяться у рівні: високий (70–80 б.), субдепресивний стан (60–69 б.), ситуативна або стресова (50–59 б.), повна відсутність реакції (20–50 б.).

Перед проведенням методу досліджуваним надається інструкція, у якій пропонується оцінити свій стан (самопочуття) за пред'явленими у бланку критеріями (судженнями) по 4–бальній системі, де 1 б. найменша оцінка, а 4 б. – найвища. При цьому наголошувалося, що над запитаннями не варто довго міркувати та надавати ті відповіді, які швидко спали на думку. При цьому окремо наголошувалося щодо правильності/неправильності відповідей: таких відповідей не існує, оскільки оцінки тут стосуються лише свого самопочуття.

Швидкість проходження методу досліджуваним коливалось у межах 10–15 хвилин. Процедура обробки означеного методу містить прямий і зворотній обрахунок отриманих результатів. Загалом можна отримати максимальну кількість 80 балів, що є свідченням високого рівня депресії. Натомість

мінімальний результат –20 балів, що вказує на повну відсутність цієї реакції у підлітка. Методика має всі необхідні характеристики, зокрема валідність і надійність і нерідко використовувалася у роботі з підлітками.

Наступна методика, яку було використано у нашому дослідженні – Шкала особистісної і реактивної тривожності (Спілбергера–Ханіна). В основі цього методу закладено самооцінку особою своїх реакцій на своє самопочуття. При цьому тут існують два окремих бланки А і Б, кожен із яких утворюють 20 суджень. При цьому бланк А – твердження, які стосуються ситуативної тривожності (реактивної) і бланк Б – особистісної. Також в основі самооцінки закладено 4 бальну систему, де відповідь 4 б. означає повну згоду, а оцінка в 1 б – повну незгоду. Першим пред'являється бланк (А) ситуативної тривожності, а потім особистісної.

Процес проведення цього опитувальника супроводжувався наданням інструкції підліткам. Так, для реактивної тривожності було надано наступну: «уважно прочитайте кожне судження й обведіть кружком напроти цифру, в залежності від того, як ви почуваете себе в даний момент, де 4 означає повну згоду, а 1 – повну незгоду. При цьому над запитаннями довго не думайте, адже правильних відповідей бути не може». Щодо особистісної тривожності інструкцію було дещо відкореговано, зокрема вона мала наступний зміст: «Подібним чином опрацюйте кожне судження й обведіть кружком напроти цифру, в залежності від того, як ви звично себе почуваете, де 4 означає повну згоду, а 1 – повну незгоду. При цьому над запитаннями довго не думайте, адже правильних відповідей бути не може».

Робота над кожним бланком тривала у межах 15 хвилин, а загальний час тестування тривав біля 25 хвилин. У ході обробки даних окремо додаються прямі твердження і окремо непрямі. У подальшому від суми прямих суджень віднімаються непрямі. При визначенні реактивної тривожності до різниці має додатися число 35, а при визначенні особистісної тривожності – 50. При цьому сумарний рівень тривожності може бути розподілений за рівнями: низький (30 і менше балів), середній (від 31 до 45 балів), високий (понад 46 балів).

Наступна методика «Мій теперішній емоційний стан» за своєю сутністю є проєктивною і передбачає використання аркушу паперу для малювання та на вибір художні засоби (пастель, фарби, олівці). Це арт-терапевтична техніка, яка сприяє визначення свого емоційного стану а також його складників через образність і метафору. При цьому досліджуваному надається інструкція, у якій пропонується на початку розслабитися, прислухатися до своїх тілесних відчуттів, зосередитися на своїх емоціях і почуттях, думках і зобразити у метафоричній формі свій емоційний стан на даний момент і дати йому назву.

Проведення означених методів сприяло порівняння результатів дослідження щодо одного підлітка (дівчинки), у якої спостерігалися розлади, які властиві при ПТСР. Натомість проведення проєктивної методики носило індивідуальний характер і мало на меті дослідження індивідуальних реакцій на ПТСР дівчинки, що потребувало складання програми психокорекції арт-терапевтичними засобами.

Проведення цієї методики передбачає дотримання певної процедури. По-перше, тривалість створення малюнку не регламентовано. По-друге, після завершення малювання пропонується поглянути на малюнок і внести за необхідності у нього корективи й назвати його. По-третє, після внесення (невнесення) корективів у малюнок із підлітком проводиться психотерапевтична бесіда, яка має на меті уточнення суті малюнку, його образів і деталей, а також і самої метафори. У ході цієї бесіди з'ясовувалася низка питань, зокрема, що зображено на малюнку, чому саме ці образи було використано, що вони для тебе означають, де сама ти на цьому малюнку, як ти тут відчуваєшся, як ти назвав свій малюнок, чи подобається він тобі, що відчували при малюванні, що відчуваєте зараз, дивлячись на нього, що подобається/ не подобається. При цьому у ході бесіди експериментатор спрямовував всі свої запитання для того, щоб підліток сам усвідомив свої емоції та почуття. Також у кінці бесіди було запропоновано змінити малюнок, або щось до нього додати. Розглянута проєктивна методика передбачала індивідуальну роботу з окремим підлітком.

Таким чином, дібрані нами методи містять як традиційні діагностичні засоби, так і проєктивну методику ізотерапії (вона має як діагностичний, так і терапевтичний потенціал.). Загалом, нами було створену методику, яка дозволила діагностувати у підлітків типові реакції на стресові події, порівняти їх із реакціями окремої особи, у якої спостерігалися клінічні симптоми ПТСР. Окремо з підлітком було проведено проєктивну методику «Мій теперішній стан». В цілому до складу діагностичної методики входили наступні методи: Опитувальник Психологічний захист (В. Бойко), Шкала оцінки депресії (Т. Балашова), шкала самооцінки реактивної й особистісної тривожності (Спілбергер–Ханін). Методики сприяли вивченню реакцій, їх відмінностей у порівнянні із реакціями при ПТСР.

### **3.2. Особливості психологічних реакцій підлітків з посттравматичним стресовим розладом**

Розглянемо тепер результати, які були отримані у ході емпіричного дослідження. Зокрема за методом *Психологічний захист* результати внесені до табл. 3.1. Так, у табл. 3.1. перші три колонки характеризують досліджуваних, вказуючи на їх порядковий номер, шифр і стать, а наступні три колонки відображають дані про миролюбність (МРЛ), уникнення (УНК), агресію (АГР). Зокрема для того, щоб виявити переважання тієї чи іншої стратегії скористаємося методами математичної статистики. Так, сума набраних балів за поведінковою стратегією миролюбність становить 118. Проте найбільш вираженим поведінковим захистом для підлітків, яких евакуювали зі Сходу України є уникання та агресія (139 й 134 відповідно).

Разом із тим, показник моди стратегії уникнення є 10, а середнє значення цього ряду показників 8,1. Отже, мода вказує на вищі показники, ніж середнє значення по шкалі уникання. Натомість стратегія агресії характеризується середнім значенням 8 і найбільш представлено (мода) також 8. Отже, можемо зробити попередній висновок, що стратегія уникнення є більш властивим для

цієї категорії підлітків. Також, варто відмітити, що максимальний показник 18 (уникання) є значно вищим за показник 13. При цьому показник уникання є показником, який властивий дівчинці, у якої наявні клінічні симптоми ПТСР (підтверджено психіатром).

Таблиця 3.1.

### Особливості психологічного захисту підлітків

№	Досліджувані		Стратегії поведінки		
	Стать	Шифр	МРЛ	УНК	АГР
1	0	ТК	6	6	12
2	0	SA	10	4	10
3	1	ЗА	7	9	8
4	0	ІН	6	10	8
5	1	ЯФ	3	18	3
6	0	НА	9	10	5
7	0	НТ	7	5	12
8	1	ТЮ	14	3	6
9	0	ДЮ	6	10	8
10	1	К	7	10	7
11	1	ЛР	9	7	8
12	1	КЛ	11	10	3
13	0	ВТ	8	6	10
14	0	НТШ	4	9	11
15	0	ЮЛ	4	7	13
16	0	АЛ	9	10	5

Наступними проаналізуємо показники за Шкалою депресії у підлітків. Так, у більшості підлітків депресія знаходиться у межах норми й не виходить за межі найнижчих показників, які вказують на її відсутність до 50 балів. Проте у дівчинки-підлітка (із клінікою ПТСР) за результатами дослідження виявлено 68 балів (субдепресивний стан), що вказує на те, що підліток переживає негативні емоції вже тривалий час. Всі показники представлені у

таблиці 3.2., у якій розміщені також і показники реактивної й особистісної тривожності.

Таблиця 3.2.

**Особливості депресії, реактивної й особистісної тривожності підлітків**

№	Досліджувані		Стратегії поведінки		
	Стать	Шифр	ДПР	РТР	ОТР
1	0	ТК	32	37	35
2	0	SA	30	38	30
3	1	ЗА	28	35	29
4	0	ІН	35	45	42
5	1	ЯФ	68	46	48
6	0	НА	30	38	29
7	0	НТ	38	40	40
8	1	ТЮ	32	36	41
9	0	ДЮ	45	40	37
10	1	К	45	35	42
11	1	ЛР	28	31	34
12	1	КЛ	39	37	30
13	0	ВТ	40	40	34
14	0	НТШ	40	44	33
15	0	ЮЛ	37	39	32
16	0	АЛ	36	34	38

У таблиці 3.2. перші три колонки вказують на досліджуваних, зокрема їх номер, шифр, стать. Наступні три колонки вміщують у собі показники депресії і тривожності (реактивної й особистісної). Проаналізуємо показники реактивної тривожності. Так, низького рівня такої тривожності не виявлено. Натомість у 15 осіб (94 %) виявлено помірний рівень реактивної тривожності і в 1 особи – високий рівень. В цілому, вважаємо, що ця тривожність є все ж таки підвищеною, оскільки взагалі немає у вибірці підлітків із низьким рівнем.



Особистісна тривожність натомість має всі рівні, зокрема найменше становлять у відсотковому значенні високий і низький (по 6 %) і найбільше помірний рівень особистісної тривожності у 14 осіб (88 %). Отже, у підлітків спостерігається відсутність депресії та переважання середнього рівня як особистісної, так і реактивної тривожності. Значення тривожності обох видів мають тенденцію до зростання, оскільки показники наближаються більш до високих значень. При цьому для одного підлітка (дівчинка, 14 років) властиві високі показники депресії, реактивної й особистісної тривожності, що є, з нашої точки зору, наслідком посттравматичних стресових реакцій.

Наступна методика «Мій теперішній емоційний стан» проводилася індивідуально з дівчинкою, оскільки вона намагалася всіляко уникати спільноту ровесників. Дівчинка на початку взаємодії з психологом достатньо нейтрально сприйняла прохання намалювати свої теперішні емоції. Проте, обравши для роботи пастель, почала роботу й достатньо тривалий відрізок часу її виконувала. При цьому, спостерігаючи за підлітком, ми помітили, що вона нерідко здригалася, а в її руках пастель зламувалася, незважаючи на те, що цей художній засіб був достатньо міцний і обернений у цупкий папір.

Після завершення роботи, на прохання назвати свій малюнок, дівчинка, здвигнувши плечі, сказала, що мабуть «Шторм на морі». Далі відбувалася бесіда за малюнком. Досліджувана сказала, що відразу, коли слухала інструкцію, перед її очима з'явилася картина шторму на морі. При цьому вона зазначила, що колись ще дитиною вона спостерігала реальний шторм і їй здалося, що і в ній самій відбувається шторм. Коли почали аналізувати далі малюнок, виявилось, що на ньому є острів, де є невелика хатинка та в ній, за словами дівчинки, знаходиться вона сама. При цьому хатинка дуже хитка й зовсім нестійка (це свідчить про невпевненість дитини, про її неспокій, про відсутність захисту, про тривожність). При цьому вона під час розповіді взяла пастель і почала наводити контури хатинки, пояснивши тим, що їй потрібно додати міцності, а то вона може не витримати (спершу хатинка була слабкого жовтого кольору, а наводити дівчинка почала коричневим; тут колір

символізує жовтий батьківську любов, а коричневий міцність самої дівчинки). При цьому на малюнку були зображені великі хвилі, які майже накрили весь берег острова (острів також жовтого кольору), а пальми, які тут знаходилися, були дуже нахилені від вітру. Між іншим дівчинка сказала, що вітер і вода це дві стихії, які надто стрімко з'являються і проти них практично немає захисту. Також дівчинка висловила, що в такі ж події потрапила й вона із своїми батьками, проте їм ще пощастило... а далі вона розплакалася й під час цього продовжувала наводити будинок (його контури). Також на малюнку були сірі хмари, блискавки, сильний дощ і вітер – всі ознаки шторму та водночас ознаки сильних емоцій, які дівчинка переживає на даний час (з моменту їх появи пройшло понад два місяці).

Наприкінці бесіди, дівчинка висловила, що будиночок її все ж стоїть і не впаде, бо шторм починає вже зменшуватися. На уточнююче запитання дівчинка відповіла, що було більш страшніше, ніж зараз. Коли запитав експериментатор, чим для неї є хмари, дощ, вітер, блискавки, то дівчинка відповіла, що вони дуже нагадують вибухи, постріли, темряву серед дня, а їй у такі хвилини було дуже лячно і вона відчувала, що її мамі теж було страшно, бо вона плакала разом із нею. На запитання чи хоче вона щось змінити або домалювати на малюнку, вона відповіла, що те, що вона хотіла зробити – вже зробила (навела стіни будинку), що ще змінити вона не знає, але при цьому вона попросила забрати малюнок із собою. Тут вона сказала, що їй стало легше, коли вона розплакалася й домалювала контури будинку, тому хоче забрати додому, щоб ще щось домалювати.

*Таким чином*, провівши емпіричні методи, з'ясували, що загалом досліджувані характеризуються відсутністю депресії, проте мають достатньо підвищені показники реактивної й особистісної тривожності, хоча вони й відображають її помірний рівень. Натомість підлітка (дівчинку) у якого діагностовано ПТСР відрізняє субдепресивний стан, а також високі рівні реактивної й особистісної тривожності. При проведенні проективної методики, з'ясувалося, що в дівчинки-підлітка достатньо сильні негативні

емоції, зокрема страх, тривожність, вона втратила відчуття спокою, опори дорослих, оскільки бачить, що її мамі також важко.

### **3.3. Програма та рекомендації роботи з підлітком засобами арт-терапії у подоланні посттравматичного стресового розладу**

Оскільки у процесі дослідження було з'ясовано, що можливе використання арт-терапевтичних засобів у роботі підлітками, які мають клінічні прояви ПТСР, ми зосередилися на розробленні програми щодо роботи з дівчинкою. Разом із тим, здійснивши аналіз наукових джерел, ми переконалися, що засоби арт-терапії з особою підліткового віку з ПТСР будуть мати значно більший ефект. Також ми ґрунтувалися на положенні про те, основна мета арт-терапії полягає у корекції розвитку особистості підлітка через розвиток його здатності до самовираження, а також до пізнання себе.

Також, обираючи означені засоби для роботи з підлітками, ми з'ясували, що захопившись мистецтвом в арт-терапії людина, зокрема підліток, здатен відволіктися від обставин у яких він перебуває, загалом, від навколишнього світу світу. У процесі виконання мистецьких завдань діти та підлітки несвідомо проектують свій внутрішній стан, а також і картину світу, і переконання, і свої страхи, і думки та почуття у різні форми творчості.

Разом із тим, ми з'ясували, що дослідниками було доведено, що означена терапія належить до найбільш прадавніх і найбільш доступних засобів корегування емоційних станів. Одночасно, зафіксовано, що у різних країнах існують різні моделі арт-терапії і дуже важливим є те, що всі вони практично не мають протипоказань і обмежень у використанні їх засобів. При цьому було важливим виявився факт, що можна скористатися такими засобами практично у кожному виді напрямі сучасної психотерапії.

Водночас, нами була звернута увага на існування багатьох видів арт-терапії (ізотерапія, терапія музикою, терапія піском, пластична тощо). Проте,

на нашу думку, один із основних і найбільш поширених методів арт-терапії – ізотерапія.

Розробляючи програму заходів щодо подолання ПТСР ми виходили з того, що основними векторами роботи з підлітком є: а) випустити накопичені афекти, агресію, негативні емоції; б) проаналізувати свої почуття; в) розвивати самоконтроль; г) знизити рівень страху, депресії; д) підвищити рівень навичок комунікації; е) мобілізувати внутрішні ресурси та вміння саморегуляції.

Ми передбачили, що засоби ізотерапії у будь-якому випадку, навіть, тоді коли у людини й не вийшла дуже гарною робота, то вона нею буде все одно задоволеною, відчує полегшення та, відповідно, зумовить виникнення почуття задоволеності й позитивних емоцій. Основними завданнями, що передбачені цією програмою були наступні: а) поліпшення загального стану; б) зміна життєвої ситуації; в) набуття внутрішньої цілісності; г) набуття єдності емоціях, думках і тілесними відчуттями.

Здійснивши аналіз відповідних наукових, науково-методичних джерел на предмет змісту роботи з підлітками у сфері ізотерапії, нами було обрано наступні форми занять:

Зображення моєї історії (вправа перша). Означена вправа спрямована на існуючу нині поведінку підлітка та здатна зняти психоемоційну напругу (або навпаки збудливість). При цьому, підлітку пропонується зобразити будь-яку свою історію, що на даний час є для нього актуальною. Потім відбувається вербальне обговорення створеного малюнку. Коли сам сюжет на ньому є досить проблемний, тоді можна запропонувати щось змінити: намалювати продовження історії або внести корективи в цей сюжет. При цьому можна надати наступну інструкцію: "Що саме могло б змінитися або статися, щоб історія мала більш позитивне забарвлення".

Малювання пальчиками (вправа 2). Психолог просить намалювати на аркуші паперу підлітка його негативні почуття, зокрема страхи. Означена вправа розвиває сенсорні процеси, відчуття і сприймання, а також і абстрактні процеси, зокрема уяву та фантазію. Одночасно, невимушеність у зображенні

зумовлює розвиток вільного самовираження, зняття емоційної напруженості. Психологу варто наголосити, що малювати потрібно пальчиками чи долоньками, щоб задовольнити бажання «маленької дитини», оскільки всім дітям дуже подобається малювати. Сутність цієї форми передбачає максимально хаотичне створення зображення, наповнення аркуша паперу будь-якими плямами (власне так можна намалювати свій настрій чи страхи, чи будь-які негативні емоції, почуття). Наостанок малюнок можна доповнити, скориставшись пензликом, олівцями, будь-чим, якщо підліток багатиме, отримати якесь цілісне зображення.

Предметно-тематичні зображення (вправи 4–6). Означені вправи нерідко зумовлюють прояви найбільш характерних ознак дитини підліткового віку, зокрема з'ясувати її взаємини з однолітками та з дорослими. Тематика малюнків може бути різною, зокрема «Моя родина», «Родина птахів», «Родина тварин». Такі вправи зумовлюють звернення підлітків до своєї ідентичності, сприяють зняттю надто сильного емоційного напруження, дозволяють проаналізувати дитині ситуацію, у якій вона зараз перебуває. При цьому можна запропонувати тут і малюнок на вільну тему, де в центрі будуть взаємини з довкіллям, а також і людьми. На основі виконання таких малюнків відбувається певне малювання світу, визначення свого місця у ньому, ставлення до себе, до родини, до однолітків, простіше сприймати тяжкі події життя. Як варіант завдання – малюнок життя («Моє життя», «Моя біографія»).

Малювання масок (Вправа 7). Основна мета малюнку – зобразити маску, яка має відображати як підліток себе бачить і як саме пропонують себе цьому ж таки соціальному світу. Малювання розпочинається на аркуші паперу, коли є ескіз, то він розфарбовується, оздоблюється іншими засобами, а вже потім вирізається ножицями. Попередньо підлітка прохають стежити за власними почуттями під час роботи. По завершенню роботи над маскою підлітка просять скласти розповідь про неї, зазначивши, що вона для нього значить і як він користується нею у своєму житті.

Малювання мандали (вправа 8). Основне призначення цієї вправи – подолання стресу, кризових станів особистості. При її виконанні попередньо варто розслабитися, щоб почувати себе розкуто, пригадати життєву ситуацію у якій було приємно перебувати, вільно поводитися та зобразити цей стан на аркуші паперу у колі. При цьому варто наголосити, що можна зобразити й зовсім абстрактні речі, проте, те що дозволяє почуватися вільно, невимушено. Дуже доцільно буде скористатися й кольорами, розфарбувати зображення мандали.

Наступна вправа (вправа 9) – малювання карти почуттів. Варто підлітку наголосити, що на папері потрібно зобразити шість почуттів, використовуючи при цьому різний кольоровий спектр: ненависть, задоволення, смуток, страх, любов до себе, любов до когось. Необхідно уявити, який вигляд і форму має кожна емоція, який у неї розмір. При цьому бажано, щоб зображення не виглядали як смайлики, а натомість так, як вони (емоції) асоціюються, уявляються. Вже коли емоції втілені на малюнку, доцільно їх розглянути та обговорити: чи схожі вони одна на одну, на яку із них використано більше часу (чому), чи існує між ними взаємозв'язок (який). Всі ці запитання і вправа в цілому допоможе з'ясувати особливості своїх емоцій і почуттів, визначити як і про що вони повідомляють підлітку, оформити їх у словесну форму.

Малювання карлючок (вправа 10). Сутність означеної вправи зумовлює нанесення на аркуш паперу зовсім випадкових (хаотичних) ліній, закарлючок тощо. Потім шляхом вільного їх сполучення та розфарбовування оформити у відповідне зображення, зобразивши свій страх (стрес, якусь негативну подію). Ця вправа сприятиме на папір, а потім перетворення цих карлючків на малюнок або картину. Це сприяє усвідомленню своїх страхів, переживань, емоцій, афектів, що загалом, зніматиме емоційне напруження і стрес.

*Таким чином, з метою роботи з підлітком (дівчинкою) при виразних симптомах ПТСР було розроблено програму, основними засобами якої були вправи з ізотерапії. Розробляючи програму заходів щодо подолання ПТСР ми виходили з того, що основними векторами роботи з підлітком мають бути:*

а) звільнитися від афектів, агресії, негативних емоцій; б) проаналізувати свої почуття; в) розвивати самоконтроль; г) знизити рівень страху, депресії; д) підвищити рівень навичок комунікації; е) мобілізувати внутрішні ресурси та вміння саморегуляції. Всього програмою було передбачено 10 занять. Основними завданнями, що передбачені цією програмою були: а) поліпшення загального стану дитини; б) зміна життєвої ситуації підлітка; в) набуття дитиною внутрішньої цілісності; г) поєднання емоцій, думок і тілесних відчуттів у єдине ціле.

### Висновки до розділу 3

З метою проведення емпіричного дослідження було створено методику, що дозволила діагностувати у підлітків їх типові реакції на стресові події, порівняти їх із реакціями окремої особи, у якої спостерігалися клінічні симптоми ПТСР. Окремо з підлітком було проведено проєктивну методику «Мій теперішній стан». Загалом, до складу діагностичної методики входили наступні методи: Опитувальник Психологічний захист (В. Бойко), Шкала оцінки депресії (Т. Балашова), шкала самооцінки реактивної й особистісної тривожності (Спілбергер–Ханін). Ці методики сприяли вивченню реакцій, їх відмінностей у порівнянні із реакціями при ПТСР.

Провівши емпіричне дослідження, з'ясували, що загалом досліджувані характеризуються відсутністю депресії, проте мають достатньо підвищені показники реактивної й особистісної тривожності, хоча вони й відображають її помірний рівень. Натомість підлітка (дівчинку) у якого діагностовано ПТСР відрізняє субдепресивний стан, а також високі рівні реактивної й особистісної тривожності. За результатами проведення проєктивної методики, з'ясувалося, що в дівчинки-підлітка достатньо сильні негативні емоції, зокрема страх, тривожність, вона втратила відчуття спокою, опори дорослих, оскільки бачить, що її мамі також важко.

З метою роботи з підлітком із симптомами ПТСР було розроблено програму, основними засобами якої були вправи з ізотерапії. Розробляючи програму заходів щодо подолання ПТСР ми виходили з того, що основними векторами роботи з підлітком мають бути: а) звільнитися від афектів, агресії, негативних емоцій; б) проаналізувати свої почуття; в) розвивати самоконтроль; г) знизити рівень страху, депресії; д) підвищити рівень навичок комунікації; е) мобілізувати внутрішні ресурси та вміння саморегуляції. Всього програмою було перебачено 10 занять. Основними завданнями, що передбачені цією програмою були: а) поліпшення загального стану дитини; б) зміна життєвої ситуації підлітка; в) набуття дитиною внутрішньої цілісності; г) поєднання емоцій, думок і тілесних відчуттів у єдине ціле.



## ВИСНОВКИ

Здійснивши теоретичне й емпіричне вивчення проблеми особливостей застосування методу арт-терапії ПТСР підлітків, ми дійшли таких висновків:

**За першим завданням,** з'ясували, що посттравматичний стресовий розлад виникає внаслідок впливу на організм людини психотравмуючої ситуації, наслідки якої несуть безпосередню загрозу для життя. ПТСР за своєю сутністю є гнітючим і тяжким психічним станом і є відстроченою реакцією на травматичний досвід. ПТСР вважається нормальною реакцією на дію неспецифічних подразників. Проте окремі фахівці схильні розглядати його у контексті неврозу, зокрема як окремий вид, загалом прийнято визначати ПТСР як відстрочену реакцію людини у часі на стрес, що супроводжується порушеннями чотирьох особистісних сферах, зокрема когнітивній, афективній фізичній і поведінковій.

Основними критеріями ПТСР науковцями визнані: вторгнення, уникання та збудливість( гіперактивність). Основними симптомами є повторне переживання ситуації, травми, її реконструкцію у свідомості; намаганням уникати всього, що пов'язано із нагадуванням про травмуючу подію (тригери, обставини, думки, знайомі, свідки); гіперактивність або надмірна збудливість, перебування у постійному очікуванні, що знову трапиться щось погане; емоційне збідніння. При цьому стані також мають місце тривога і тривожність, депресія, гнів, думки про суїцид, деструктивна поведінка. Власне ПТСР розрізняють кількох видів: гострий стресовий розлад (ГСР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР). Основні відмінності цих феноменів полягають у відрізку часу після якого вони з'являються, та наявність в останньому феномені реакцій, що пов'язані з особливостями самосприйняття і самоорганізації. ПТСР схильні переживати всі вікові категорії українців, оскільки країна перебуває у стані війни.

**За другим завданням,** було з'ясовано, що підлітки також належать до категорії людей, які відчувають вплив на собі психотравмуючих подій. При

цьому їх реагування на означені випадки дослідники розглядають з двох позицій: пластичності психіки, що є позитивним, незрілістю захисних механізмів, що є негативним. При цьому науковці, що близько у 23% підлітків розвивається ПТСР. Переживаючи ПТСР підлітки демонструють ті ж реакції, що і дорослі, однак їх спонтанним бажанням є втекти від ситуації і забути її, проте цей захист не є ефективним.

Науковці стверджують, що підлітки з ПТСР мають суттєві ускладнення у стосунках з однолітками й дорослими, намагаються усамітнитися, мають порушення цілісності Я-концепції, відхилення самооцінки. При цьому поводи себе можуть агресивно, нерідко мають місце спалахи гніву, або навпаки виникає депресія. Зміни відбуваються при цьому й на фізіологічному рівні, що призводить в цілому на порушенні ставлень до світу, обмеженості життєвих домагань щодо освіти, кар'єри, стосунків. Це критичний період життя, у якому незріла особистість потребує допомоги від дорослих, однолітків, щоб подолати наслідки травми, уникнути розвитку ПТСР у майбутньому.

За третім завданням, з'ясовано, що у використанні арт-терапії як методу психологічної допомоги, в цілому немає обмежень, оскільки це доволі унікальний напрям, у якому поєднані мистецтво, творчість і зцілення на найбільш високому емоційному та психологічному рівні. Образна, метафорична форма, що є основою цього методу, дозволяє актуалізувати несвідомі механізми психіки й спрямувати їх на подолання кризових явищ у житті, у тому числі й подолання наслідків тяжкої психотравми. При подоланні травми доцільно використовувати методи арт-терапії як додатковий засіб, поєднуючи її із формами інших видів психотерапії і лікування медичними препаратами. При роботі з ПТСР за допомогою відбувається трансформація негативних переживань у досвіді клієнта на глибинному рівні та задіюються внутрішні особистісні ресурси відновлення. Разом із тим має існувати (бути розробленою) система допомоги при ПТСР методом арт-терапії, яка передбачає унормування психоемоційного стану, початкова робота з

наслідками травматичної події опрацювання й осмислення досвіду психотравми.

Особливої уваги потребує робота з підлітками, які відчули на собі вплив насилля та в них діагностуються ознаки ПТСР: вони не можуть брати участь у груповому процесі, а найкращим способом для них буде проведення арт-терапевтичних сеансів в індивідуальній формі. Нині арт-терапію визнають як найбільш екологічний спосіб взаємодії, що особливо необхідно у роботі з підлітками, беручи до уваги їх вразливість, нестабільність психоемоційного стану та достатньо суттєву схильність до психологічного опору. При цьому арт-терапія спрямована на отримання позитивних вражень і, тим самим, сприяє зниженню і подоланню фізичної та емоційної напруги. Як метод вона має як групову, так і індивідуальну форму. Для підлітків вона є особливим видом образотворчої діяльності, у якому вони почувають себе вільно та комфортно, а для психолога – спосіб надання допомоги в умовах довіри, що загалом важливо для подолання кризових ситуацій і наслідків психотравми, зокрема ПТСР.

**За четвертим завданням,** було розроблено комплексну методiku дослідження ПТСР підлітків, до складу якої входили: проєктивна методика «Мій теперішній стан», опитувальник Психологічний захист, Шкала оцінки депресії, шкала самооцінки реактивної й особистісної тривожності. Означені методики сприяли вивченню реакцій, їх відмінностей у порівнянні із реакціями при ПТСР.

Провівши емпіричне дослідження, з'ясували, що загалом досліджувані характеризуються відсутністю депресії, проте мають достатньо підвищені показники реактивної й особистісної тривожності, хоча вони й відображають її помірний рівень. Натомість підлітка (дівчинку) у якого діагностовано ПТСР відрізняє субдепресивний стан, а також високі рівні реактивної й особистісної тривожності. За результатами проведення проєктивної методики, з'ясувалося, що в дівчинки-підлітка достатньо сильні негативні емоції, зокрема страх,

тривожність, вона втратила відчуття спокою, опори дорослих, оскільки бачить, що її мамі також важко.

За п'ятим завданням, з метою роботи з підлітком із симптомами ПТСР було розроблено програму, основними засобами якої були вправи з ізотерапії. Розробляючи програму заходів щодо подолання ПТСР ми виходили з того, що основними векторами роботи з підлітком мають бути: а) звільнитися від афектів, агресії, негативних емоцій; б) проаналізувати свої почуття; в) розвивати самоконтроль; г) знизити рівень страху, депресії; д) підвищити рівень навичок комунікації; е) мобілізувати внутрішні ресурси та вміння саморегуляції. Всього програмою було перебачено 10 занять. Основними завданнями, що передбачені цією програмою були: а) поліпшення загального стану дитини; б) зміна життєвої ситуації підлітка; в) набуття дитиною внутрішньої цілісності; г) поєднання емоцій, думок і тілесних відчуттів у єдине ціле.

*Перспективи* подальшого наукового дослідження проблеми передбачають емпіричну перевірку програми роботи з ПТСР у підлітків методом арт-терапії.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арт–терапія як ефективний метод реабілітації пацієнтів із захворюваннями психіки. *НейроNEWS*. 2015. № 10. С. 6–10.
2. АРТ–терапія: від світового досвіду до національних пріоритетів. *Мистецтво лікування*. 2014. № 2. С. 57–60.
3. Арт-терапія: навчальний посібник / уклад. В. І. Станішевська. Умань : ВПЦ «Візаві», 2022. 172 с.
4. Берегова О. В., Коваль К. І. Діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу у жителів країни, що перебуває у стані військового конфлікту. *Габітус*. Випуск 42. 2022. С. 113–118.
5. Бернацька О.Б. Арт-терапія у вихованні самостійності підлітків: метод. посібник. Київ: Редакція загальнопедагогічних газет, 2012. 120 с.
6. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у мирний час. Київ: НАОУ, 2006. 80 с.
7. Богута Х. Р., Фільц О. О., Закаль Ю. П. Досвід застосування арт–терапії і умовах психіатричного стаціонару. *Форум психіатрії і психотерапії*. Львів, 2000. Т.2. С. 42–44.
8. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна» / голова редкол. Чайковський М.Є.* Хмельницький: ХІСТ, 2018. №(1)15. С. 106–110.
9. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. дисерт. ...на здобуття наук. ступеня док. пед. н., 13.00.05. Хмельницький, 2018. 559 с.
10. Вознесенська О.Л., Сидоркіна М.Ю. Арт-терапія у подоланні психічної травми: Практичний посібник. Київ : Золоті ворота, 2015. 148 с.
11. Вознесенська О.Л., Сидоркіна М.Ю. Арт-терапія у подоланні психологічної травми: практичний посібник. Київ: Золоті ворота, 2015. 148 с.

12. Вознесенська О. Л. Особливості арт-терапії як методу. *Психолог*. 2005. № 39 (183). С. 5–8.
13. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої редакції міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. С. 19–24.
14. Галич М. Ю., Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. *Юридична психологія*. 2022. № 1 (30). С. 22–28.
15. Досвід надання допомоги дітям і сім'ям –жертвам військового конфлікту: практич. посіб./ І. О. Корнієнко, І. М. Лісовецька, Ю. А. Луценко, Д. Д. Романовська. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 152 с.
16. Доцюк А. Арт-терапевтичні техніки у відтворенні власної захищеності: збереження, цілісність, стійкість. *Простір арт-терапії: творча інтеграція та трансформація в епоху плинного модерну: матеріали XV Міжнародної міждисциплінарної науково-практичної конференції (м. Львів, 16-18 лютого 2018 р.)/ за наук. ред. А. П. Чуприкова, Л. А. Найдьонової, О. Л. Вознесенської, О. М. Скнар*. С. 139–141.
17. Друзь О. В., Гриневич Є. Г., Черненко І. О. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології*. 2018. Том 26, випуск 2 (95). С. 37–43.
18. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Київ: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
19. Енциклопедичний словник з арт-терапії/ за заг. наук. ред. О. Л. Вознесенської, О. М. Скнар. Київ: Видавець ФОП Назаренко Т.В., 2017. 312 с.
20. Заворотня Л. Психотерапія мистецтвом як інструмент гармонізації емоційного стану підлітка. *Простір арт-терапії: творча інтеграція та трансформація в епоху плинного модерну: матеріали XV Міжнародної*

- міждисциплінарної науково-практичної конференції (м. Львів, 16-18 лютого 2018 р.)/ за наук. ред. А. П. Чуприкова, Л. А. Найдьоновой, О. Л. Вознесенської, О. М. Скнар. Київ: Золоті ворота, 2018. С. 37–42.*
21. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
  22. Ільченко І. С. Арт-терапія: навчальний посібн. Умань: Видавничо-поліграфічний центр «Візаві», 2013. 150 с.
  23. Калька Н. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. Львів: ЛьВДУВС, 2020. 232 с.
  24. Калька Н., Ковальчук З., Одинцова Г. Практикум з арт-терапії: навчально-методичний посібник. Ч. 2. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ. 2021. 148 с.
  25. Карапетова О. В. Використання методів арт-терапії у роботі психолога з корекції тривожних станів особистості. Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія». Педагогічні науки. 2020. № 2 (20). С. 34–39.
  26. Кісарук Г. З., Омельчинко Я. М., Біла І. М. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методики і техніки: метод. посібн. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка. 2015. 232 с.
  27. Клвальчук О., Мороз Р. Психологічний механізм виникнення стресових ситуацій у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України* 3 (53). 2019. С. 84–93.
  28. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців: монографія. Харків: ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
  29. Колпакчи О. С. Арт-терапія: лекцій: навчальний посібник. Київ: Центр навчальної літератури, 2018. 288 с.
  30. Колпакчи О. С. Арт-терапія: курс лекцій: навчальний посібн. Бердянськ: БДПУ, 2016. 322 с.

- 31.Корольчук В. Діагностика впливу психотравмуючих факторів на особистість. *Актуальні проблеми психології. Вісник КНТЕУ*. 2012. № 3. С. 94–104.
- 32.Кризова психологія. Навчальний посібник/ за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2013. 383 с.
- 33.Кузікова С., Зливков В., Лукомська С. Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Випуск 2*. 2022. С. 64–70.
- 34.Максименко С. Д. Підлітковий вік з позиції генетичної психології. *Психолог. 2006 Січ.* (№ 4). С. 4–7.
- 35.Макарова, Червоний П. Д. Сутність стресу та його вплив на організм людини в екстремальних умовах. *Габітус*. Випуск 46. 2023. С. 222–226.
- 36.Мельничук І. Я. Цапенко О.В. Психологічна допомога особистості з посттравматичним синдромом: методичні рекомендації для практичних психологів. Кіровоград, 2006. 52 с.
- 37.Напреєнко О. К., Марчук Т. Є. Клінічна характеристика варіантів перебігу пост-травматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2002. №1 (28). С. 117–119.
- 38.Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
- 39.Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців, Київ, 2020. 192 с.
- 40.Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації; уклад.: П. В. Волошин. – Харків, 2002. 47 с.
- 41.*Простір арт-терапії: Збірник наукових праць*. «Арт-терапевтична асоціація», 2020; Київ: Золоті ворота, 2020. Вип. 2 (28). 130 с.
- 42.Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: метод. посіб./ упор.: Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.



43. Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації. Методичний посібник. / Уклад.: Г. Б. Растроста. Суми. НВВ КЗ СОІППО: 2018. 64с.
44. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / Автори-упоряд.: Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова, за заг. ред. О. Калашник. К.: 2022. 104 с.
45. Розумовська Т. В. Арт-терапія як ефективний засіб корекції негативних наслідків ПТСР. Наукові записки. Серія «Психологія». Вип.1. 2023. №1. С. 58–67.
46. Руденко О. В., Хараджі Л.О. Специфіка прояву ознак посттравматичного стресового розладу особистості військовослужбовців – учасників операції об'єднаних сил. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 31 ( 70) № 4 2020. С. 73–78.
47. Сахно С. Г. Психосоціальний напрям арт–терапії, застосований психіатричними службами в Україні. *Мистецтво лікування*. 2013. № 9/10. С. 64–65.
48. Сорока О. В. Арт-терапія: теорія і прак-тика: навчально-методичний посібник. Тернопіль: Астон, 2014. 195 с.
49. Станішевська В. І. Можливості арт-терапії у подоланні внутрішньоособистісного конфлікту у підлітків. *Психологічний журнал*. 2020. №4. С. 47–54.
50. Старик В. А. Характеристика дисоціативних станів при подоланні психічної травм. *Молодий вчений*. № 1 (53). 2018. С. 54–57.
51. Сурмяк Ю. Р., Гуменюк Л. Й. До питання оцінки психічного здоров'я при психотравмах (діагностичні критерії). *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ* 2015. № 2. С. 191–201.
52. Тараріна О. Практикум з арт-терапії в роботі з дітьми. Астамір-В, 2019. 257 с.
53. Туриніна О. Л. Психологія творчості: навч. посіб. Київ : МАУП, 2007. 160 с
54. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. Київ: ДП Вид. дім Персонал, 2017. 160 с.

- 55.Федій О.А. Естетотерапія: навчальний посібник. Київ : ЦУЛ, 2012. 304 с.
- 56.Хуртенко О. В. Арт-терапія як метод розвитку особистісних особливостей підлітка. Вісник Національного університету оборони України. 2017. Т. 1. №48. – С. 224-228.
- 57.Цихоня В. С. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. *Ліки України. №7-8 (203-204)*. 2016. С. 37–39.
- 58.Шевченко М. В. Фототерапія як синтез методів психотерапії. *Психологія особистості. Габітус. Випуск 25*. 2021. С. 139–143.
- 59.Шелестова О. В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу. *Медична психологія*, 2016. № 4. С. 74–77.
- 60.Яновська Т. А. Особливості застосування методів арт-терапії у роботі з підлітками в період становлення самосвідомості. *Молодий вчений*. 2019. № 5 (69) травень, С.79–82.
- 61.Яновський М. І. Психологічний вплив мистецтва на людину. *Практична психологія та соціальна робота*. 2005. №4. С. 19–22.
- 62.Яцук Н. В., Говоруха О. С., Гречка В. В. Теоретичні аспекти про посттравматичні стресові розлади, як наслідок війни. Методики надання психологічної допомоги, особливості діагностики. *SCIENTIFIC HORIZON IN THE CONTEXT OF SOCIAL CRISES. SCIENTIFIC COLLECTION «INTERCONF»*. № 124. 2022. С. 78–90.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Шкала депресії (Т. Балашова)

*Вік досліджуваного: з 14 років.*

**Інструкція.** Прочитайте уважно кожне з наведених тверджень (див. бланк для відповідей) і закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як ви почуваєтеся останнім часом. Над запитаннями довго не задумуйтеся, тільки правильних чи неправильних відповідей немає.

№	Твердження	Відповіді			
		Ніко ли	Іноді	Часто	Завжд и
1	Я почуваю пригніченість	1	2	3	4
2	Вранці я почуваюся найкраще	1	2	3	4
3	У мене бувають періоди плачу чи майже сліз	1	2	3	4
4	У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5	Апетит у мене не гірший, ніж звичайно	1	2	3	4
6	Мені приємно дивитися на привабливих дівчат (хлопців), розмовляти з ними, перебувати поруч	1	2	3	4
7	Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8	Мене непокоять запори	1	2	3	4
9	Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10	Я втомлююся без певних причин	1	2	3	4
11	Я думаю так само чітко, як завжди	1	2	3	4
12	Мені легко робити те, що я вмію	1	2	3	4
13	Почуваю занепокоєння і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14	У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15	Я більш дратівливий (-а), ніж звичайно	1	2	3	4
16	Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17	Я відчуваю, що корисний(а) і необхідний(а)	1	2	3	4
18	Я живу достатньо повним життям	1	2	3	4
19	Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4
20	Мене зараз радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

### **Обробка та інтерпретація результатів**

Рівень депресії (РД) визначається сумою "прямого" і "зворотного" підрахунку.

Приклад зворотного підрахунку: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ми ставимо 4 бали; у твердженні № 5 закреслена відповідь 2 - ставимо 3 бали; у № 6 - відповідь 3 - ставимо 2 бали; у № 11 - відповідь 4 - ставимо 1 бал тощо.

**"Прямий" підрахунок** - твердження 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19.

**"Зворотний" підрахунок** - твердження 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

У сумі одержуємо рівень депресії, що коливається в діапазоні 20-80 балів:

20-50 балів – депресія відсутня;

50-59 балів – легка ситуативна чи стресова депресія;

60-69 балів – субдепресивний стан;

70-80 балів – високий рівень депресії.

## Додаток Б

**Методика Спілбергера-Ханіна**

для оцінювання рівня тривожності

Методика призначена для самооцінювання рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика особистості).

Шкала самооцінювання складається з 2-х частин, що окремо оцінюють реактивну (РТ, висловлення № 1-20) і особистісну (ОТ, висловлення № 21-40) тривожність (див. табл. 10.1) [ 8 ].

<b>Інструкція.</b> Прочитайте уважно кожне з наведених нижче висловлювань та обведіть відповідну цифру залежно від того, <b>ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ В ДАНИЙ МОМЕНТ.</b> Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.				
<b>вопросы</b>	<b>нет, этоне так</b>	<b>пожалуй, так</b>	<b>верно</b>	<b>совершенно верно</b>
1. Я спокоен	1	2	3	4
2. Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3. Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4. Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5. Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6. Я расстроен	1	2	3	4
7. Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8. Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9. Я встревожен	1	2	3	4
10. Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11. Я уверен в себе	1	2	3	4
12. Я нервничаю	1	2	3	4
13. Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14. Я взвинчен	1	2	3	4
15. Я не чувствую скованности, напряжённости	1	2	3	4
16. Я доволен	1	2	3	4
17. Я озабочен	1	2	3	4
18. Я слишком возбуждён и мне не по себе	1	2	3	4
19. Мне радостно	1	2	3	4
20. Мне приятно	1	2	3	4

**Інструкція.** Прочитайте уважно кожне з наведених нижче висловлювань та обведіть відповідну цифру залежно від того, **ЯК ВИ СЕБЕ ПОЧУВАЄТЕ ЗВИЧАЙНО.** Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

<b>вопросы</b>	<b>почти никогда</b>	<b>иногда</b>	<b>часто</b>	<b>почти всегда</b>
21. Я испытываю удовольствие	1	2	3	4
22. Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23. Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24. Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25. Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26. Обычно я чувствую себя бодро	1	2	3	4
27. Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28. Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29. Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30. Я вполне счастлив	1	2	3	4
31. Я принимаю всё слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32. Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33. Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34. Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35. У меня бывает хандра	1	2	3	4
36. Я доволен	1	2	3	4
37. Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38. Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть	1	2	3	4
39. Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40. Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Показники РТ і ОТ підраховуються за формулами:

$$PT = \sum_1 - \sum_2 + 50,$$

де  $\sum_1$  - сума відзначених цифр на першому бланку за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

$\sum_2$  - сума відзначених цифр за пунктами 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

$$OT = \sum_3 - \sum_4 + 35,$$

де  $\sum_3$  - сума відзначених цифр на другому бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

$\sum_4$  - сума відзначених цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Визначте особисті показники:

*PT=*

*OT=*

Сума балів	Показник тривожності
Менше 30 бала	Низька тривожність. Висока емоційна стабільність.
31 - 44 балів	Помірна тривожність.
45 балів і вище	Висока тривожність.

Особистісна тривожність характеризує стійку схильність людини сприймати велике коло ситуацій як загрозливе, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Реактивна тривожність характеризується напругою, занепокоєнням, знервованістю. Дуже висока реактивна тривожність призводить до порушення уваги, іноді до порушення тонкої координації. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює із наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями. тим не менш, певний рівень тривожності – природна й обов'язкова особливість активної особистості. При цьому існує оптимальний індивідуальний рівень "корисної тривоги".