

Міністерство освіти і науки України  
Чорноморський національний університет імені Петра Могили  
Медичний інститут  
Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»  
завідувачка кафедри психології  
\_\_\_\_\_ Ірина ЛИСЕНКОВА  
«\_» червня 2023 року

УДК 159.942.5:7

**ВПЛИВ ТВОРІВ МИСТЕЦТВА НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ  
ОСОБИСТОСТІ**

Кваліфікаційна робота бакалавра  
за освітньою програмою «Психологія»  
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти  
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки  
спеціальність 053 «Психологія»

**Виконав:**  
студент 465 групи  
**ІВАНОВ Олег Ігорович**

**Науковий керівник:**  
кандидат психологічних наук, доцент  
**МИРОПОЛЬЦЕВА Ніна Ігорівна**

Миколаїв – 2023

Міністерство освіти і науки України  
Чорноморський національний університет імені Петра Могили  
Медичний інститут  
Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр

Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

завідувачка кафедри психології

\_\_\_\_\_ Ірина ЛИСЕНКОВА

«\_» червня 2023 року

ЗАВДАННЯ  
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА

Студенту **ІВАНОВУ Олегу Ігоровичу**

1. Тема роботи: «Вплив творів мистецтва на рівень тривожності особистості» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 307 від «..» листопада 2022 року.
2. Об'єкт дослідження – тривожний стан особистості.
3. Предмет дослідження – психологічні особливості впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості.
4. Завдання дослідження:
  - 1) Здійснити аналіз теоретико-методологічних підходів до проблеми впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості.
  - 2) Розглянути психологічну структуру тривожності людини.
  - 3) Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідну меті систему дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення тривожності.
  - 4) Експериментально вивчити особливості впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості.

5) Створити корекційну програму, провести корегуючий експеримент і проаналізувати зміни, що відбулися в показниках експериментальної групи. Науковий керівник роботи.

ППП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
<b>МИРОПОЛЬЦЕВА Ніна Ігорівна</b> кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології	25 вересня 2022 року	25 травня 2023 року

### 5. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етапів роботи
1	Погодження керівником змісту КРБ	9 жовтня 2022 р.
2	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	25 листопада 2022 р.
3	Робота над підготовкою тексту КРБ	
3.1	Розділ 1. Теоретичні аспекти проблеми впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості.	20 грудня 2022 р.
3.2	Розділ 2. Експериментальне дослідження впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості	1 квітня 2023р.
4	Висновки	15 травня 2023 р.
5	Захист КРБ на кафедрі (попередній захист)	01 червня 2023р.
6	Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією	20 червня 2023 р.

Студент

\_\_\_\_\_

Олег ІВАНОВ

Науковий керівник

\_\_\_\_\_

Ніна МИРОПОЛЬЦЕВА

## АНОТАЦІЯ

Іванов О. І. Вплив творів мистецтва на рівень тривожності особистості.  
– Бакалаврська робота.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавра за спеціальністю 053 «Психологія» – Чорноморський національний університет імені Петра Могили. Миколаїв, 2023.

Кваліфікаційну роботу присвячено теоретико-методологічному аналізу психологічної літератури характеризувати механізмів впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості.

Розкрито поняття, цілі, характеристики та особливості тривожності особистості. Розглянуто види тривожності та її вплив. Проаналізовано як твори мистецтва впливають на рівень тривожності.

Узагальнено результати емпіричного дослідження. Розроблено корекційну програму та проаналізовано ефективність її впливу на людей.

Об'єктом дослідження виступає тривожний стан особистості. Предмет дослідження є психологічні особливості впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості.

Наукова новизна полягає у розробці корекційної програми та обґрунтуванні особливостей впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості. Виявлена ефективність використання мистецтва як інструменту для зниження рівня тривожності особистості.

Ключові слова: тривожність, твори мистецтва, види тривожності, корекція, особистісна тривожність.

## ANNOTATION

Ivanov O. I. Influence of works of art on the level of anxiety of the individual.

Qualification work for obtaining the educational and qualification level of a bachelor in specialty 053 "Psychology" – Petro Mohyla Black Sea National University. Mykolaiv, 2023.

The qualification work is devoted to the theoretical and methodological analysis of psychological literature, characterizing the mechanisms of influence of works of art on the level of anxiety of the individual.

The concept, goals, characteristics and features of personality anxiety are revealed. Types of anxiety and its impact are considered. Analyzed how works of art affect the level of anxiety.

The results of the empirical research are summarized. A corrective program was developed and the effectiveness of its impact on people was analyzed.

The object of research is the anxious state of the individual. The subject of the study is the psychological features of the influence of works of art on the level of individual anxiety.

The scientific novelty consists in the development of a correction program and the substantiation of the peculiarities of the influence of works of art on the level of individual anxiety. The effectiveness of using art as a tool for reducing the level of anxiety of a person has been revealed.

Key words: anxiety, works of art, howl of anxiety, correction, personal anxiety.

## ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ ТВОРІВ МИСТЕЦТВА НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ.....	6
1.1. Поняття тривожності в різних психологічних концепціях.....	6
1.2. Особливості терапевтичного впливу мистецтва на розвиток особистості.....	25
1.3. Психологічні особливості впливу творів мистецтва на тривожність.....	37
Висновки до першого розділу.....	49
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТВОРІВ МИСТЕЦТВА НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ.....	50
2.1. Методичне забезпечення вивчення проблеми рівня тривожності особистості.....	50
2.2. Аналіз результатів констатуючого зрізу.....	53
2.3. Змістовні аспекти програми корекції рівня тривожності засобами мистецтва.....	59
2.4. Результати кінцево -відновлювальної роботи .....	62
Висновки до другого розділу.....	69
ВИСНОВКИ.....	70
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	72
ДОДАТКИ .....	77

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Сучасне суспільство характеризується такими кризовими явищами, як екзистенційний вакуум, поширення зневіри, нехтування принципами гуманності, зниження рівня духовності, нівелювання родинних традицій. Суспільні дезорієнтири посилюють тривожні настрої населення.

Кожен з нас час від часу зазнали складних емоційних переживань – втрата близьких, зниження соціальної та фізичної активності, переживання за власну безпеку та безпеку рідних, неможливість подорожувати та займатися багатьма видами захоплень, дистанціювання від близьких та знайомих тощо. І через це в країні значно виріс загальний рівень тривожності. У більшості людей це почуття триває недовго – від декількох хвилин до декількох днів.

Але для деяких людей почуття тривожності – це більше, ніж просто тимчасові переживання або напружений робочий день. Занепокоєння може не зникнути протягом багатьох тижнів, місяців або років. У деяких випадках це може перерости в тривожний розлад.

Саме тому зараз слід використовувати нові методи для зниження рівня тривожності населення за для можливості подальшого адекватного функціонування нації.

**Мета роботи** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні механізми впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості .

Відповідно до мети були визначенні **завдання дослідження:**

- 1) Здійснити аналіз теоретико-методологічних підходів до проблеми впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості.
- 2) Розглянути психологічну структуру тривожності людини.
- 3) Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідну меті систему дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення тривожності.

4) Експериментально вивчити особливості впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості.

5) Створити корекційну програму, провести корегуючий експеримент і проаналізувати зміни, що відбулися в показниках експериментальної групи.

**Об'єкт дослідження** – тривожний стан особистості.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування, констатувальний та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження); методи математичної статистики: критерій Вілкоксона.

Психодіагностичний комплекс методик склали: шкала тривоги Спілбергера Ханіна, 8-факторний особистісний опитувальник Спілбергера, тест «Подолання важких життєвих ситуацій, ПТЖС»

**Експериментальна база дослідження.** Вибірку дослідження склали 33 особи, які проживають у м. Кропивницький та м. Миколаїв, віком від 19 до 56 років

**Теоретична та практична значущість.** Результати проведеного дослідження можуть бути використані для розробки робочих програм та навчально-методичної літератури з дисциплін «Гештальт психологія», «Арт-терапія», «Сучасні напрями психології»; в системі професійної підготовки майбутніх психологів під час проведення виробничої практики. Програма та результати корекційної роботи стануть у нагоді практикуючим психологам і можуть бути впроваджені при консультативній і психокорекційній роботі з тривожною особистістю..



**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на I Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Психологічна наука в XXI столітті: перспективи розвитку» (Миколаїв, 25.04.2023)

**Публікації.** Основний зміст і результати роботи відображено у 2 публікаціях, з них: 1 стаття опублікована у фаховому науковому виданні України категорії Б, 1 стаття у збірнику матеріалів конференції.

**Структура роботи.** Дипломна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, додатку та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 80 сторінок комп'ютерного тексту. Основний текст –70 сторінок. Список використаних джерел включає 80 найменувань.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ ВПЛИВУ ТВОРІВ МИСТЕЦТВА НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ

#### 1.1. Поняття тривожності в різних психологічних концепціях

Тривожність у нинішніх реаліях стала невід'ємною частиною суспільства з різних причин: як зовнішніх, так і внутрішніх. Для детального обґрунтування детермінантів тривожності та сутності даного поняття, необхідно звернутися до історичних джерел та розглянути як сам термін, так і його витоки з поясненнями.

Слово тривога походить від латинського субстантивного *angor* і відповідного дієслова *ango* (стиснути). Однокореневе слово *angustus*, також може означати «вузький». Ці слова походять від індоєвропейського кореня, який створив *Angst* у сучасній німецькій мові (і споріднені слова в голландській, данській, норвезькій та шведській мовах). Цікаво, що такий самий зв'язок між ідеєю обмеженості та тривогою засвідчено в біблійному івриті. Фактично, Йов виражає свій біль буквально єврейським висловом «вузькість (царя) мого духу» [7].

У французькій, як і в інших романських мовах, *anxiété* (занепокоєння; від латинського *anxiētas*) часто відрізняють від *angoisse* (мука; від латинського *angŭstŭa*). Іноді деякі автори вважають ці два терміни синонімами. Частіше встановлюється нюанс: тривога позначає психологічне відчуття, а туга – соматичне переживання.

Ж. Леві-Валенсі (1879–1943), професор психіатрії в Парижі, який помер в Освенцимі, визначив «*anxiété*» у своєму підручнику з психіатрії як похмуре й тривожне відчуття очікування. Було описано, що тривога включає психологічні та когнітивні аспекти хвилювання. Навпаки, «*angoisse*» визначався як досвід спастичного звуження довільних або мимовільних м'язових волокон. *Angoisse* (мука)

може відчуватися як звуження, що впливає на м'язи всіх систем; Калейдоскопічні прояви були згадані в книзі Ж. Леві-Валенсі: бронхіальний спазм, задишка, кишкові спазми, вагінізм, позиви до сечовипускання, псевдостенокардія, головний біль. В інших романських мовах, як у французькій, деякі автори можуть розглядати тривогу та тугу більш-менш синонімами; якщо інші автори знаходять нюанс, тривога тоді має відтінок психологічного занепокоєння, тоді як страждання передбачає соматичне відчуття стиснення. Єдиним винятком є найсхідніша романська мова, румунська. *Anxietate*, слово, яке використовується в румунських медичних статтях для перекладу тривоги, здається, є нещодавнім запозиченням із французького *anxiété*, вперше засвідченому в 1934 році. Одним із традиційних румунських слів для позначення тривоги є *neliniște* (неспокій), заперечення *slavaliniște* (тихий, спокій), від латинського *lenis* (гладкий, м'який) [14].

Між класичною античністю та сучасною психіатрією був інтервал у століття, коли концепція тривоги як хвороби, здається, зникла з письмових пам'яток. Пацієнти з тривогою були, але їм ставили інші діагностичні терміни. Останнім і найвдалішим із цих нових діагнозів була неврастенія Бороди [22].

У 1621 році Р. Бертон опублікував свій трактат «Анатомія меланхолії», енциклопедичний огляд літератури від античності до 17 століття. Як пояснив А. Горвіц, працю Р. Бертона зазвичай цитують у контексті депресії. Проте Бертона також хвилювала тривога. У той час значення меланхолії не обмежувалося депресією, а охоплювало тривогу. Загалом, діагноз меланхолії може бути застосований до різноманітних клінічних картин із негативним афектом або внутрішніми симптомами. Ключовим критерієм меланхолії був той факт, що пацієнт залишався тихим; збуджений пацієнт кваліфікований для діагнозу манія, грецькою мовою, або *figog*, латиною. Для Бертона страх і смуток були тісно пов'язані між собою. Як стверджує автор, «Двоюрідна сестра

печалі – це страх, точніше сестра, *fidus Achates*, і постійний компаньйон — помічник і головний агент у завданні лиха; причина і симптом як інші». Фід (тобто вірний) Ахат був надійним послідовником Енея (Енеїда Вергілія, б. 158 тощо) [17].

Проте Р. Бертон також зазначив, що страх і смуток можуть виникати незалежно. Бертон обговорює соціальну фобію, використовуючи випадки з римлян і греків як приклади («...Туллій [тобто Марк Тулій Цицерон] зізнався про себе, що він ще тремтів на початку своєї промови; і Демосфен, цей великий оратор Греція до Філіппа») [31].

У 18 столітті медичні автори публікували клінічні описи панічних атак, але не виділяли їх як окрему хворобу. Швидше, симптоми панічних атак часто вважалися симптомами меланхолії. Кост і Грейнджер проаналізували понад 2000 звітів про консультації французьких лікарів, написаних протягом 16-18 століть. Ретроспективна діагностика була зроблена на основі критеріїв DSM-4. Автори повідомляють про типовий приклад чоловіка, якого бачили в 1743 році, який демонструє типові симптоми панічних атак, але чий сучасний діагноз – меланхолія (*affection vaporeuse et mélancolique*). Цей клінічний випадок є ще одним доказом того, що термін «меланхолія» у своїй довгій історії міг стосуватися симптомів обох захворювань таких, як депресія і тривога [12].

Б. Соваж (1706-1767) опублікував першу значну французьку медичну нозологію. Ця робота була останнім великим медичним підручником, написаним латинською мовою. Невдовзі за ним вийшов посмертний французький переклад. Це показує, що Б. Соваж стояв на переході між двома епохами, будучи спадкоємцем класичної античності та попередником сучасної науки, проголошуючи себе послідовником методу клінічного спостереження Т. Сіденхема [51].

Як і Цицерон, Б. Соваж використовував термін *Aegritudo* для «хвороби» або «розладу» в латинському виданні своєї книги. У класифікації Б. Соважа було перераховано 10 основних класів хвороб, які

далі були розбиті на ряди, роди та 2400 видів (окремі хвороби). Психічні розлади, які називаються весанією, належали до 8 класу хвороб і поділялися на чотири розряди:

- **Галюцинації**, що включають запаморочення, диплопію, сиригму (тобто уявний шум, який відчувається у вусі), іпохондрію та сомнамбулізм;
- **Морозитат**, включаючи Піку, Булімію, Полідіпсію, Антипатію, Ностальгію, Панофобію (тобто панічний жах), Сатириазис, Німфоманію, Тарантизм (тобто непомірквану тягу до танцю) і Гідрофобію
- **Делірія**, що включає парафрозин (тобто тимчасовий делірій, спричинений речовиною або медичним захворюванням), аменція («універсальний» делірій без фурору); Меланхолія («частковий» і неагресивний делірій із смутком і хронічним перебігом), Манія («універсальний делірій» з фурором і хронічним перебігом), Демономанія (тобто меланхолія, яку приписують дияволу)
- **Folies anomales**, що включає амнезію та агрипнію (тобто безсоння) [60].

Розлад, який в основному пов'язаний із занепокоєнням – панофобія, визначається як панічний жах, переляк, який відчувається вночі за відсутності будь-якої очевидної причини. Панофобія пов'язана з грецьким прикметником *panophobia* (παντοφόβος, боїться всього). Перша форма панофобії – це трохи більше, ніж нічний жах. Однак інші підтипи панофобії нагадують сучасні тривожні розлади.

При істеричній панофобії, також званий «панічним жахом, спричиненим випарами», істеричні та іпохондричні суб'єкти відчувають раптовий переляк і різко реагують прискореним серцебиттям або блідістю, коли їх лякають нешкідливі звуки або видовища. Це пояснювалося діатезом загостреної чутливості. Повідомлялося, що ці суб'єкти можуть додатково мати ускладнюючі симптоми горя або тривоги. При панофобії *phrontis* (від грецького *φροντίς*: турбота, занепокоєння, занепокоєння), яка

також називається занепокоєнням (франц. *souci*), у пацієнтів спостерігаються ознаки ГТР. Ці люди постійно сильно хвилюються, тому уникають компанії, вважаючи за краще триматися поодиночі. Вони скаржаться на біль і тілесну напругу [11].

Наприкінці 19-го та на початку 20-го століття тривога була ключовим компонентом різних нових діагностичних категорій, від неврастенії до неврозів. Дж. Міллер-Бірд вперше описав неврастенію в 1869 році. Її симптоми були різноманітними, починаючи від загального нездужання, невралгічних болів, істерії, іпохондрії, до симптомів тривоги та хронічної депресії. Дж. Міллер-Бірд був першим успішним американським автором у галузі психіатрії. Неврастенія мала довге життя: вона дожила до нашого часу, залишившись як категорія в МКХ-10. З. Фройд і Е. Крепелін були сучасниками, обидва народилися в 1856 році. П. Жане народився через 3 роки, в 1859 році. Жане розвинула ідею, що прояви тривоги можуть бути викликані «підсвідомими» фіксованими ідеями. Він ввів термін «психастенія» для того, що мало бути одним із двох основних неврозів, поряд з істерією. Фрейд відокремив тривожний невроз від неврастенії. Він придумав багато термінів, які сьогодні використовуються для різних тривожних розладів, хоча ці терміни на сьогоднішній день значною мірою позбулися свого психоаналітичного підтексту [23].

У історично складеній традиції засновником перших саме психологічних розробок проблеми тривожності особистості прийнято вважати З.Фрейда.

Процес розуміння природи явища тривожності, З.Фрейд визначав як один з найважливіших аспектів у поясненні психічного життя індивідуума. З.Фрейд визнавав необхідність розмежування страху й тривоги, вважаючи, що страх - реакція на конкретну небезпеку, тоді як тривожність - реакція на небезпеку, не відому й не зумовлену чимось. На думку вченого, тривожність є одним із доступних каналів вичитування психічного життя людини і тим фактором, метаситуацію, що цілком здатна призвести

до згортання перспективної програми самореалізації. Більш конкретно Фрейд визначав тривожність як неприємне переживання, що сигналізує про небезпечне становище тривожного суб'єкта, а змістом цього явища є почуття невизначеності й безпорадності [55].

Тривожність характеризується трьома основними ознаками - специфічним почуттям неприємного; відповідними соматичними реакціями (насамперед посиленням серцебиття); усвідомленням цього переживання. Спочатку Фрейд припускав доцільність вичленення несвідомої тривожності, але згодом дійшов висновку про свідоме переживання цього стану, і, як наслідок, обов'язковим розвитком уміння долати небезпеку (за допомогою боротьби або втечі). Містилищем тривожності за З.Фрейдом є структура Его.

З.Фрейд виділяв три основних види тривожності:

- 1) об'єктивною, викликаною реальною зовнішньою небезпекою;
- 2) невротичною, викликаною небезпекою не відомої й не певної;
- 3) моральну, умовно потрактовану ним як «тривожність совісті».

Аналіз невротичної тривожності дозволив З.Фрейду виділити дві її основних відмінності від об'єктивної, тобто від реального страху. Невротична тривожність відрізняється від об'єктивної «у тому, що небезпека є внутрішньою, а не зовнішньою, і в тому, що вона свідомо не зізнається». Основне джерело невротичної тривожності - побоювання потенційної шкоди, що, своєю чергою, може розблокувати клапани цензури і балансу саморегуляції. Невротична тривожність, своєю чергою, поділяється на три основні форми. По-перше, це «вільно плинна», «така, що вільно витає» тривожність, або «готовність у вигляді тривоги», що, як образно зауважує Фрейд, тривожна людина носить усюди із собою і яка завжди готова прикріпитися до кожного більш-менш адекватного об'єкта (як зовнішньому, так і внутрішньому). Наприклад, вона може втілитися у страхові очікування. По-друге, це фобієстичні реакції, які характеризуються невідповідністю інтенсивності переживання та

масштабами потенційної загрози ситуації, що їх спричинила, - побоювання висоти, змії, юрби, грому й т.п. По-третє, це страх, що виникає під час істерії й важких неврозів, що характеризуються повною відсутністю зв'язку з якою-небудь зовнішньою небезпекою [56].

Згідно концепції Фрейда, тривожність видозмінює візійний, скомпільований світ наших фантазій шляхом повтору (спорадичного або періодично-тривалого) ситуацій, пов'язаних з випробуваними у минулому досвіді, переживаннями безпорадності. Прообразом таких ситуацій є травма народження.

Е. Крепелін приділяв багато уваги тривожності як симптому, пов'язаному з іншими діагнозами, але менш детально писав про тривожність як окремий діагноз. У 8-му виданні свого підручника 26 Е. Крепелін описує тривогу (Angst) як найчастіший з усіх ненормальних тривожних афектів. Тривога описується як асоціація внутрішньої напруги з різновидом ангедонії (*eine Verbindung von Unlust mit innerer Spannung*). Він повністю пронизує як тіло, так і психічний стан. Е. Крепелін виділяє окрему нозологічну категорію фобій, у тому числі й тих, що виникають у соціальних ситуаціях (*Situationsphobien*). Однак у 8 ст. видання, фобії об'єднані в одну главу з обсесивно-компульсивними думками та страхами. Великим внеском Е. Крепеліна був його опис можливої присутності значної тривоги при маніакально-депресивній хворобі таким чином, що передбачає специфікатор «тривожного дистресу» для біполярних розладів, який з'явився в DSM-5. За словами Крепеліна, настрій у пацієнтів з маніакально-депресивним станом може бути тривожним, з болісною напругою, яка може завершитися нічим або безпорадним відчаєм, або з тривожним занепокоєнням, що виражається в різних рухових проявах, станах збудження або неувважності. агресія. Один із критеріїв для специфікатора тривожного дистресу в DSM-5 це відчуття, що людина може втратити контроль над собою, а примітка в DSM-5 стверджує, що високий рівень тривоги пов'язаний із вищим ризиком самогубства [24].



У DSM-I (1952) тривога була майже синонімом «психоневротичних розладів». DSM-I стверджує, що головною характеристикою психоневротичних розладів є «тривога», яка може бути безпосередньо відчута та виражена або яка може бути несвідомо та автоматично контрольована за допомогою використання різноманітних механізмів психологічного захисту (депресія, конверсія, переміщення тощо). «Тривога» при психоневротичних розладах інтерпретувалася як сигнал небезпеки, що посиляється і сприймається свідомою частиною особистості. Вважається, що це було викликано загрозою зсередини особистості (наприклад, перенапруженими пригніченими емоціями, включаючи такі агресивні імпульси, як ворожість і образа). Пригнічені імпульси, що викликають тривогу, можуть бути розряджені або відхилені в різні симптоматичні прояви. За видимими проявами діагномом може бути реакція тривоги, коли тривога була дифузною і не обмежувалася різними об'єктами ситуації; дисоціативна реакція; реакція конверсії, коли імпульс, що викликає тривогу, «перетворюється» у функціональні симптоми в органах або частинах тіла; фобічна реакція, коли тривога пацієнта відривається від конкретної ідеї, об'єкта або ситуації в повсякденному житті і зміщується на якусь символічну ідею або ситуацію у формі специфічного невротичного страху; obsесивно-компульсивна реакція, коли тривога була пов'язана із стійкістю небажаних ідей і повторюваних імпульсів до виконання дій; і депресивна реакція, коли тривога була пом'якшена і частково полегшена депресією і самоприниженням [23].

У DSM-II основна категорія тривожної симптоматики була названа неврозами (300). Було зазначено, що тривога є головною характеристикою неврозів, що встановило тривогу та невроз як квазісиноніми. Тривога може відчуватися і виражатися безпосередньо, або вона може контролюватися несвідомо й автоматично за допомогою перетворення, витіснення та інших психологічних механізмів. Як правило, ці механізми викликали симптоми, що сприймалися як суб'єктивний дистрес, від якого пацієнт бажав

полегшення. Категорія неврозів включала тривожний невроз, який характеризується надмірною тривогою, що переходить у паніку та часто пов'язаний із соматичними симптомами; істеричні неврози, де симптоми були символічними для глибинних конфліктів і часто могли бути змінені навіюванням, включаючи два типи (тип конверсії та тип дисоціації); фобічні неврози, в якому страхи були витіснені до фобічного об'єкта з іншого об'єкта, про який пацієнт не підозрював; обсесивно-компульсивний невроз; депресивний невроз; і неврастенічний невроз, що характеризується скаргами на хронічну слабкість, легку стомлюваність, іноді виснаження.

У DSM-III (1980) розділ про тривожні розлади включав фобічні розлади, що підрозділяються на агорафобію з нападами паніки або без них, соціальну фобію та просту фобію; стани тривоги, що підрозділяються на панічний розлад (PD), ГТР і обсесивно-компульсивний розлад (ОКР); та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Крім того, тривожні розлади дитинства або підліткового віку включали розлад тривоги розлуки, розлад уникнення в дитинстві або підлітковому віці та розлад надмірної тривоги. Тривожний невроз DSM-II був розділений на дві новостворені категорії, PD і GAD, у DSM-III. Цей розподіл був заснований на дослідженні, яке показало, що іміпрамін, трициклічний антидепресант, блокує рецидивуючі напади паніки але не впливав на фобічну тривогу, не пов'язану з панічними атаками. ПТСР був ще однією новою категорією [15].

Як зазначив Б. Майкл. Перший, найважливішою зміною в класифікації тривожних розладів DSM-III-R (1987) було усунення ієрархії DSM-III, яка запобігала діагностиці панічного або будь-якого іншого тривожного розладу, якщо вони виникли одночасно з депресивним розладом.

«Змішаний тривожно-депресивний розлад» – це категорія в МКБ-10 (F41.2), яка використовується, коли присутні симптоми як тривоги, так і депресії, але жоден набір симптомів, розглянутий окремо, не є достатньо серйозним, щоб виправдати діагноз. У DSM-IV змішаний тривожно-

депресивний розлад був включений у Додаток В (набори критеріїв і осі, надані для подальших досліджень), а не в основну частину тексту через інформацію про потенційно високі показники хибнопозитивних результатів. Ще однією новою категорією в DSM-IV був гострий стресовий розлад.

DSM-5 представив групування тривожних розладів DSM-IV на три спектри (тобто, тривога, ОКР, розлади, пов'язані з травмою та стресом) на основі спільних нейробіологічних, генетичних і психологічних особливостей. Уперше в класифікації зіграло роль все більше знань про різні схеми мозку, що лежать в основі стресу, паніки, нав'язливих ідей і примусу. Крім того, розлади, які можуть бути пов'язані з розвитком, незалежно від того, виникають вони у дітей чи дорослих, згруповані в тих самих розділах. Таким чином, obsesивно-компульсивні розлади відокремлюються від тривожних розладів і групуються з іншими розладами, що характеризуються повторюваними думками або поведінкою, такими як дисморфічний розлад тіла, розлад накопичення, трихотилломанія та екскаціяція. Так само розлади, пов'язані з травмою та стресом, включають реактивний розлад прихильності, розгальмований розлад соціальної активності, та розлади адаптації, на додаток до посттравматичного стресового розладу та гострого стресового розладу. Нарешті, селективний мутизм і тривожні розлади розлуки, які раніше включалися в розлади, діагностовані в дитинстві, дитинстві та підлітковому віці, тепер класифікуються як інші тривожні розлади. Змішаний тривожно-депресивний розлад не був збережений як категорія в DSM-5, оскільки, серед інших причин, цей діагноз виявився надто нестабільним під час подальшого спостереження [17].

В. Давидов трактує тривожність як індивідуальну психологічну якість та особливість, що складається в підвищеній схильності відчувати занепокоєння в будь-яких життєвих ситуаціях, у тому числі й таких суспільних характеристиках та обставинах, які до цього не призводять.

Одним із провідних світових експертів із тривожних розладів є Д. Барлоу, доктор філософії. За словами Барлоу (2002), у людей може розвинутися психологічна вразливість до тривоги внаслідок раннього життєвого досвіду. Однією з таких вразливостей є відсутність «уявного контролю» над стресовими життєвими обставинами. Дослідники виявили, що сама по собі фактична присутність факторів стресу викликає тривогу. Швидше, тривога значною мірою визначається здатністю людини контролювати потенційно стресову подію. Важливо усвідомлювати, що ця відсутність контролю може бути точною, а може й ні. Натомість важливе уявлення людини про свій ступінь контролю.

Досвід дитинства може сильно вплинути на чиєсь відчуття контролю. Коли діти постійно відчують відсутність контролю над подіями у своєму житті, вони можуть вважати світ непередбачуваним і небезпечним. Такий світогляд може призвести до відчуття безпорадності. Як результат, у них розвивається тенденція очікувати негативних результатів, незалежно від того, як вони намагаються їм запобігти. Кілька типів раннього життєвого досвіду можуть пізніше вплинути на сприйняття людиною контролю. Одним із них є сімейна динаміка, зокрема стиль виховання. Надмірно захищений стиль виховання може сказати, що світ є небезпечним місцем. Крім того, такий стиль виховання обмежує можливість дитини розвивати навички подолання. Його протилежність, недостатній захист, неуважний стиль, призводить до неструктурованого, хаотичного світу, наповненого стресом. Ще один досвід раннього життя, який впливає на сприйняття контролю – це втрата або розлука з основними опікунами. Третій тип досвіду – це триваюча травма, наприклад жорстоке поводження з дитинством (фізичне, емоційне та/або сексуальне). Це не означає, що наша психологічна траєкторія зафіксована в дитинстві і нічого не можна зробити, щоб її змінити. Натомість це просто означає, що ранній досвід може сприяти психологічній вразливості. Це частково пояснює, чому деякі люди більш схильні відчувати тривогу, ніж інші. Це не означає, що наша

психологічна траєкторія зафіксована в дитинстві і нічого не можна зробити, щоб її змінити. Натомість це просто означає, що ранній досвід може сприяти психологічній вразливості. Це частково пояснює, чому деякі люди більш схильні відчувати тривогу, ніж інші. Це не означає, що наша психологічна траєкторія зафіксована в дитинстві і нічого не можна зробити, щоб її змінити. Натомість це просто означає, що ранній досвід може сприяти психологічній вразливості. Це частково пояснює, чому деякі люди більш схильні відчувати тривогу, ніж інші [45].

Відчуття відсутності контролю поширюється на досвід людини щодо свого тривожного розладу. Люди з тривожними розладами часто повідомляють, що не можуть контролювати свої симптоми. Відсутність контролю дуже засмучує їх. Це може пояснити, чому люди з тривожним розладом часто зустрічають сумніви на добронамірні спроби близьких заспокоїти.

Визначення межі між крайнощами нормальної поведінки та психопатологією є дилемою, яка пронизує всю психіатрію. Для деяких екстремальних станів, таких як синдром Дауна, діагностичні рішення є простими. М'які форми, навпаки, створюють проблеми, коли хтось намагається визначити точку, з якої починається «випадковість». Кілька симптомів уникають цієї головоломки визначення через те, що вони є девіантними, незалежно від їх тяжкості. Це стосується таких симптомів, як маячня або галюцинації. У разі тривоги, однак, особливо проблематично відрізнити нормальну поведінку від патології. Тривога відіграє адаптивну роль у розвитку людини, сигналізуючи про те, що для забезпечення безпеки необхідні дії самозахисту. Оскільки тривогу можна оцінювати в континуумі, деякі дослідники припускають, що надзвичайна тривожність є лише серйозним проявом риси, а не явним або патологічним станом. Однак дистрибутиви можуть складатися з різних сутностей. Наприклад, деякі випадки розумової відсталості, спричинені неврологічними травмами, являють собою якісне відхилення від факторів, що впливають на нормальні

коливання інтелекту. За аналогією, той факт, що тривожність припадає на континуум тяжкості, не виключає наявності якісно відмінних розладів у будь-якій точці розподілу (Klein & являють собою якісне відхилення від факторів, що впливають на нормальні варіації інтелекту. За аналогією, той факт, що тривожність припадає на континуум тяжкості, не виключає наявності якісно відмінних розладів у будь-якій точці розподілу (Klein & являють собою якісне відхилення від факторів, що впливають на нормальні варіації інтелекту. За аналогією, той факт, що тривожність припадає на континуум тяжкості, не виключає наявності якісно відмінних розладів у будь-якій точці розподілу [40].

Тривога може стати симптоматичною в будь-якому віці, якщо вона перешкоджає або обмежує адаптивну поведінку, відповідну розвитку. Проте занепокоєння з приводу певних обставин може виникати на різних етапах розвитку на основі типових вікових переживань, які виникають на цьому етапі. Наприклад, тривога з приводу розлуки є нормальним аспектом розвитку багатьох маленьких дітей. Подібним чином у підлітковому віці виникають питання щодо тривоги щодо соціальних ситуацій, враховуючи зміни в соціальному середовищі, які багато підлітків вважають стресовими. Корисним емпіричним правилом для визначення діагностичного порогу є здатність людини оговтатися від тривоги та залишатися вільною від тривоги, коли провокуюча ситуація відсутня. Наприклад, для підлітків необов'язково девіантно реагувати гострою сором'язливістю на зустріч із привабливим однолітком. Такі реакції досягають клінічного рівня, проте, коли підлітки не можуть оговтатися від тривоги (що проявляється через періодичні сумніви чи роздуми про те, як вони поведуться) або коли вони постійно уникають таких зустрічей. Подібним чином клінічна тривога може проявлятися як постійне занепокоєння щодо майбутніх зустрічей з незнайомими однолітками або навіть уникнення діяльності, яка може вимагати взаємодії з однолітками. Тому недостатня гнучкість афективної адаптації у підлітка є важливим

патологічним показником. Крім того, ступінь дистресу та порушення функцій впливає на діагностичні рішення; вони змінюються залежно від стадії розвитку, а також від культурних і сімейних стандартів. Коли симптоми тривоги не відповідають розвитку, суб'єктивний дистрес є відносно більш інформативним. Наприклад, Тривога розлуки більшою мірою відповідає ранньому дитинству, ніж підлітковому. Коротше кажучи, три клінічні ознаки фігурують у визначенні патологічної тривоги. Дві ознаки (дистрес і порушення) відрізняються за важливістю залежно від стадії розвитку, тоді як третя (симптоматична негнучкість) є діагностично значущою незалежно від віку [1].

Здатність робити тверді висновки щодо ідеальних критеріїв розладів залишатиметься обмеженою до тих пір, поки ознаки та симптоми є виключною основою для встановлення наявності психіатричних розладів. Продовжні дослідження можуть дати деякі відповіді, визначивши конкретні моделі симптомів і пороги, які мають довгострокове значення. Однак на практиці такі докази виявилися інформативними, але рідко переконливими.

Труднощі з відокремленням «нормальної» тривоги від «патологічної» особливо очевидні в результатах епідеміологічних досліджень, у яких поширеність тривожних розладів помітно змінюється з відносно незначними змінами у визначенні порушення. Проте підлітки з тривожними розладами, які звертаються за лікуванням, як правило, страждають від помітно послаблюючої тривожності, і існує невелика двозначність щодо визначення того, чи є у них «нормальний» чи аномальний рівень тривожності [4].

Цей виклик створює як практичні, так і концептуальні проблеми. Практична проблема стосується термінів лікування. Можливі дві помилки: підліток, який потребує лікування, може не отримати його, якщо поріг для діагностики розладу встановлений занадто високим («помилково негативний»), а підліток, чия тривожність відображає розумну реакцію на

несприятливі обставини, може отримати непотрібне лікування («хибний позитивний результат»). Рішення лікувати чи не лікувати пов'язане з витратами та вигодами, які визначають рішення щодо кожного підлітка [55].

Концептуальна проблема стосується необхідності забезпечити принципову основу для розрізнення розладу від нерозладу поза поточними недосконалими клінічно заснованими принципами. В ідеалі ці принципи повинні базуватися на розумінні патофізіології. Згідно з цією точкою зору, деякі філософи медицини намагалися надати об'єктивні біологічні критерії для розмежування розладу (наприклад, великої депресії) від тривожних станів, які входять у межі нормального нещастя (наприклад, горя). Інші стверджували, що всі описи безладу відображають не що інше, як соціально зумовлені оціночні судження про небажані стани та поведінку.

Об'єднавши ці полярні погляди, Вейкфілд (1992) запропонував трактування розладу шкідливою дисфункцією, вважаючи, що розлад є гібридною концепцією, що включає фактичний компонент і оціночний компонент. Фактичний компонент визначає, що є дисфункціональним (порушення психобіологічної функції), а ціннісний компонент визначає результуючу шкоду (зазвичай емоційне страждання, соціальна дезадаптація або те й інше). Таким чином, приписування розладу вимагає дотримання двох взаємопов'язаних критеріїв: психобіологічний механізм не працює, і ця основна дисфункція призводить до страждань, дезадаптації або обох [36].

Критерії Вейкфілда означають, що людина може характеризуватися внутрішньою дисфункцією, але не кваліфікуватися як така, що має розлад, оскільки в результаті не виникає шкоди. Наприклад, деякі підлітки, які характеризуються надзвичайною сором'язливістю або поведінковою загальмованістю, можуть знайти для себе ніші, які дозволять їм процвітати без помітного страждання. Незважаючи на те, що вимоги до дисфункції задовольняються, ці діти не будуть вважатися розладами, оскільки їхня



дисфункція не призводить до страждань або дезадаптації. І навпаки, деякі підлітки, над якими знушаються більші діти, можуть відчувати хронічну тривогу в школі, але оскільки їхні страждання не виникають через дисфункцію психобіологічних механізмів оцінки загрози, критерії Вейкфілда забороняють їх діагностувати як розлади. Механізми виявлення загрози працюють саме так, як вони «спроєктовані» для роботи: підлітки, які зазнали знущань, відчують хронічну тривогу, тому що їм постійно загрожують, а не тому, що вони мають психічний розлад. Важливо зазначити, що це лише одне визначення психічний розлад [65].

Специфічна фобія – це інтенсивний страх або тривога щодо конкретного об'єкта чи ситуації (наприклад, тварин, висоти, польотів на літаках, отримання ін'єкцій, побачення крові), що значно перевищує будь-яку справжню небезпеку. Фобічні люди зазвичай відчують тривогу, коли вони очікують зустрічі з об'єктом або ситуацією, що лякають, і вони відчують раптовий, сильний страх, коли вони стикаються з ними. Вони уникають ситуацій, яких вони бояться, або терплять їх із сильним стражданням. Діагноз специфічної фобії вимагає, щоб людина відчувала надзвичайний стрес і порушення нормального функціонування протягом принаймні 6 місяців. Хоча фобічні розлади можуть початися в ранньому віці, вони часто виникають у дитинстві. Більшість дітей бояться того самого обмеженого кола предметів чи подій. Зустрічі з об'єктами, які викликають страх, викликають підвищення фізіологічного збудження (наприклад, серцебиття), за одним помітним винятком: люди, які бояться дивитися на кров (або отримувати ін'єкції), демонструють виразну двофазну реакцію серця. Після короткочасного незначного збільшення частоти серцевих скорочень артеріальний тиск і частота серцевих скорочень різко падають, що часто призводить до непритомності.

Тривожний розлад розлуки. Початок сепараційного тривожного розладу, який визначається нереальним занепокоєнням, що супроводжує розлуку з домом або опікуном, що заважає належній поведінці, зазвичай

виникає в пізньому дитинстві, але до підліткового віку. Оскільки тривожний розлад при розлуці супроводжується небажанням займатися діяльністю, яка вимагає відокремлення від опікуна, він може мати форму страху відвідування школи. Хоча у деяких підлітків розвивається тривожний розлад розлуки, відмова від навчання серед підлітків може статися через соціальну тривогу, а не через тривогу через розлуку [41].

Соціальний тривожний розлад (соціальна фобія). Люди з соціальним тривожним розладом відчують інтенсивний страх або тривогу щодо ситуацій, коли вони можуть зіткнутися з пильною увагою інших. Вони хвилюються, що у них з'являться симптоми тривоги або вони будуть діяти таким чином, що викличе глузування або неприйняття тих, хто за ними спостерігає. Їхній страх перед збентеженням, приниженням і негативною оцінкою спонукає їх уникати соціальних ситуацій або терпіти їх із помітним стражданням. Хоча соціально тривожні діти уникають таких ситуацій, деякі з них не можуть чітко висловити свої занепокоєння і просто почуваються некомфортно в незнайомій соціальній налаштування. Щоб поставити діагноз, діти повинні переживати серед однолітків, а не лише в присутності дорослих. Деякі люди з цим розладом відчують тривогу лише під час виступу перед іншими (наприклад, публічні виступи, здача тестів), тоді як інші відчують стрес у різних соціальних умовах (наприклад, відвідування вечірок, знайомство з новими людьми, їжа в громадських місцях).

Вибірковий мутизм. Вибірковий мутизм означає постійну нездатність говорити в певних соціальних ситуаціях, наприклад у школі, незважаючи на те, що в інших ситуаціях, наприклад, вдома. Нездатність говорити зберігається принаймні 1 місяць (не обмежуючись першим місяцем навчання в школі), і це заважає досягненню в навчанні. Проблема не виникає внаслідок розладу спілкування, іншого психічного розладу (наприклад, аутизму) чи незнання розмовної мови.

Генералізований тривожний розлад. Діагноз «генералізований тривожний розлад» (ГТР) ставиться підліткам, які хвилюються з приводу різних подій або життєвих обставин — як правило, шкільних завдань, зовнішнього вигляду, грошей або свого майбутнього. Вік ГТР зазвичай починається пізніше, ніж для більшості інших розладів, хоча багато пацієнтів повідомляють, що тривожилися протягом багатьох років. Крім того, ГТР, ймовірно, супроводжується іншими симптомами, але основним симптомом є хронічний стан занепокоєння, а не хронічна уникаюча поведінка [46].

Панічний розлад. Люди з панічним розладом відчують раптові, несподівані спалахи жаху, які досягають піку протягом декількох хвилин і можуть виникати без будь-яких явних провокаторів. Панічні атаки характеризуються щонайменше чотирма з 13 симптомів, такими як прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, відчуття задухи та страх смерті, втрати контролю або «збожеволіти». Діагноз вимагає принаймні 1 місяця тривоги щодо подальших нападів або дезадаптивної поведінки, спрямованої на їх запобігання (наприклад, уникнення) [46].

Панічний розлад зазвичай починається в пізньому підлітковому або ранньому дорослому віці. У багатьох молодих людей повномасштабний розлад розвивається лише після випадкових, спорадичних нападів, які завершуються постійним занепокоєнням і дезадаптивною поведінкою, щоб запобігти їх появі. Незважаючи на те, що у маленьких дітей препубертатного віку іноді можуть виникати сильні реакції страждання, незрозуміло, чи супроводжуються ці напади думками про небезпеку, що насувається. Крім того, у дітей надзвичайно рідко трапляються такі епізоди за відсутності тригера. Очевидна відсутність спонтанних, неочікуваних панічних атак робить діагноз спірним у дітей допідліткового віку. Якщо цей розлад і виникає у дітей, то відносно рідко. Деякі дослідники вважають, що основним відсутнім компонентом у ранньому дитинстві є

неспровокована зміна тілесних відчуттів, тоді як інші вважають, що це нездатність нав'язати катастрофічну інтерпретацію цим відчуттям [19].

Агорафобія - це інтенсивний страх і уникнення широкого кола ситуацій, таких як торгові центри, мости, театри, натовп, закриті простори, громадський транспорт або перебування поза домом наодинці. Мотивація уникання базується на побоюваннях, що напади паніки або подібні до паніки епізоди (наприклад, запаморочення) можуть виникнути в місцях, де втеча або допомога з боку інших буде важкою. Агорафобія сама по собі не є страхом відкритих або громадських місць; скоріше це являє собою страх перед раптовою, тривожною дисрегуляцією тіла в умовах, де такі епізоди були б проблематичними. Для постановки діагнозу необхідні щонайменше дві ситуації, і страх повинен зберігатися щонайменше 6 місяців і бути непропорційним будь-якій реальній небезпеці. Наприклад, страх ходити наодинці в охопленому злочинністю районі не буде відповідати вимогам [58].

Виражена коморбідність серед тривожних розладів є проблемою нозології, епідеміології, діагностики та лікування. Це відбувається як у суспільстві, так і в клініці. Огляд Костелло та ін. (2004) дали неоднозначні результати, оскільки не всі діагнози були присутні в кожному дослідженні, існував брак консенсусу щодо контролю супутньої патології, а одночасна супутня патологія та послідовна супутня патологія не завжди розрізнялися.

## **1.2. Особливості терапевтичного впливу мистецтва на розвиток особистості**

У другій половині XIX століття однією з вагомих складових психологічних знань стало уявлення про сприйняття. Завдяки розвитку І. Сеченовим рефлексорної концепції психіки, а також представникам гештальпсихології, які показали обумовленість найбільш важливих

феноменів сприйняття, відбулося переборення асоціонізму у трактуванні психіки.

Сприйняття – психічний пізнавальний процес цілісного відображення предметів або явищ при їх безпосередній дії на органи чуття. І відчуття, і сприйняття – ланки єдиного процесу чуттєвого пізнання. Вони нерозривно пов'язані між собою, але мають і свої відмінні риси. В результаті відчуттів людина отримує знання про окремі властивості, якості предмета: про його колір температуру, смак, звучання та ін. На відміну від відчуття, при сприйнятті людина пізнає не окремі властивості предметів і явищ, а предмети і явища навколишнього світу в цілому. Фізіологічною основою сприйняття є комплексна діяльність системи аналізаторів. Будь-який предмет або явище дійсності виступає як складний, комплексний подразник. Сприйняття є результатом аналітико-синтетичної діяльності кори головного мозку: окремі порушення, відчуття пов'язані одне з одним, утворюючи певну цілісну систему [32].

У сучасній психології сприйняття виявлені наростаючі тенденції до формування онтологічних дослідницьких підходів. Інтенсивні методологічні пошуки ведуться в двох напрямках: щодо предмета дослідження і щодо об'єкта дослідження. Показано, що онтологізація предмета психологічного перцептивного дослідження має на меті виявлення природних принципів організації психічної реальності. Трансформація предмета перцептивного дослідження в бік акцентування його буття є ефективним засобом підвищення онтологічної коректності психологічного знання в плані відповідності даних психологічної науки, (що вивчається нею життя, відкриває все глибші і сутнісні рівні організації психічної реальності?) Із залученням великого емпіричного матеріалу в сучасній психології сприйняття виник інтерес до фундаментального дослідження «нової» перцептивної реальності, як одного з варіантів розвитку сучасного наукового пізнання. Актуальне завдання пошуку можливостей аналізу активності індивіда в природних умовах, отримала

своє рішення в області психології сприйняття у вигляді формування особливого дослідницького напрямку, в якому в якості об'єктів фундаментального психологічного дослідження використовуються «природні процеси». Суворе вивчення реальних стимулів дозволяє побачити нові (не фіксували раніше) перцептивні закономірності і, тим самим, дозволило поставити нові дослідницькі завдання щодо цілісності сприйняття і його природної доцільності [33].

Залежно від того, який аналізатор відіграє в сприйнятті переважну роль, розрізняють зорове, дотикове, кінестичне, нюхове і смакове сприйняття. Складні види сприйняття представляють комбінації, поєднання різних видів сприйняття. До складних видів сприйняття відносяться, наприклад, сприйняття простору і сприйняття часу. Сприймаючи простір, тобто віддаленість предметів від нас і одне від одного, їх форму і величину, людина ґрунтується як на зорових відчуттях, так і на відчуттях слухових, шкірних і рухових. При сприйнятті часу, крім слухових і зорових відчуттів, велику роль відіграють відчуття рухові і внутрішні, органічні.

Було зафіксовано дві основні властивості сприйняття. Перше – це вибірковість. З величезного числа різноманітних впливів ми з великою виразністю і усвідомленістю виділяємо лише деякі. Те, що знаходиться в центрі уваги людини називають об'єктом (предметом) сприйняття, а все інше – фоном. Інакше кажучи, щось для людини в даний момент є основним в сприйнятті, а щось другорядним. Предмет і фон динамічні, вони можуть мінятися місцями: те, що було об'єктом сприйняття може стати на якийсь час фоном. Сприйняття завжди вибіркоче і залежить від апперцепції [69].

Друга властивість – апперцепція. Апперцепція – це залежність сприйняття від загального змісту психічного життя людини, його досвіду і знань, інтересів, почуттів та певного відношення до предмету сприйняття. Відомо, що сприйняття картини мелодії, книги у різних людей

відрізняється своєрідністю. Іноді людина сприймає не те, що є, а те, що їй хочеться. Всі види сприйняття здійснюються конкретною, живою людиною. Сприймаючи предмети, людина виражає певне ставлення до них [65].

Саме поняття «апперцепція» ввів психолог Г. Лейбніц. В свою чергу Д. Брунер запропонував термін «соціальна апперцепція». Це сприйняття соціальних груп, народів, рас, окремих людей. Психолог звернув увагу на суб'єктивність прийняття оточуючих людей, на відміну від предметів і явищ. Філософ І. Кант підняв питання про трансцендентальності єдності апперцепції, суть якого полягає в тому, що усвідомлення своєї особистості не може бути відокремлене від усвідомлення навколишнього середовища. А. Адлер вважав, що апперцепція – це життєвий стиль, вироблений людиною. На цій підставі психолог розробив схему, представивши цей термін як одне з основних ланок у сприйнятті. В. Вундт представив цей термін як особливу внутрішню психічну силу, яка обумовлює поведінку людини.

Один із засновників гештальтпсихології, М.Вертгеймер, ввів шість законів сприйняття. До них відносяться: Ефект близькості (об'єднання прилеглих фігур); ефект подібності (предмети, схожі за кольором, формою і так далі, групуються); фактор «спільної долі» (предмети об'єднуються по змінам, які в них відбуваються); фактор замкнутості (краще сприйняття фігур, які замкнуті); фактор угруповання без залишку (ряд предметів намагаються згрупувати так, щоб окремих фігур не було); фактор «хорошого продовження» (вибір менш викривленою лінії з двох пересічних, які так або інакше стосуються одна одної) [40].

Всім відомо, що ми по-різному сприймаємо інформацію. Відповідно до цього людей можна поділити за типом мислення та сприйманням на аудіалів, візуалів та кінестетиків. Кожен з них кардинально відрізняється один від одного і в процесі навчання викладачам і вчителям обов'язково потрібно звертати увагу на даний аспект.

Аудіали в першу чергу сприймають всю інформацію на слух. Вони завжди орієнтуються на мову, тобто окрім запам'ятовування окремих слів, вони звертають увагу на інтонацію, яка допомагає їм зорієнтуватися та зрозуміти, як краще реагувати.

Вони мають дуже розвинену саме слухову пам'ять. Якщо попросити аудіала повторити прочитаний матеріал, вони швидше за все скажуть загальні уривки, проте почуту інформацію, такі люди здатні передати в точності до зміни тону у голосі [29].

Кінестетики, в свою чергу, краще всього сприймають світ через дотики, запах, внутрішні відчуття моменту чи ситуації і рух. Їм притаманне бажання всього торкатися, зокрема у стосунках для них дуже важливий фізичний контакт з партнером. Завжди багато рухаються та залучають до цього інших, навіть попри їх бажання. Таким чином, звертаючи увагу саме на рухи оточуючих, вони «зчитують» необхідну для них інформацію та запам'ятовують її.

Для візуалів найголовнішим способом сприйняття навколишнього світу є зоровий контакт з ним. Найчастіше їх дратують шумні аудіали та рухливі кінестетики, адже для них основою всього є зовнішня картинка, яка надає їм максимум інформації. Якщо візуалів просять щось пригадати, у першу чергу вони уявлять саму картинку, а вже потім всі необхідні деталі того моменту.

Також деякі вчені виділяють ще й четвертий тип сприйняття – дискрети. Вони сприймають інформацію переважно через логічне мислення, за допомогою цифр, знаків та логічних доводів. Для них характерний високий рівень «фільтрування» будь-якої інформації і, вважаючи щось непотрібним, вони це не запам'ятовують [77].

Важливим аспектом є те, що в однієї особи можуть бути однаково розвинені всі три основні типи сприйняття, проте, якийсь один все одно виграватиме на фоні інших.



Істотне значення мають ефекти, які відносяться до психології зору: уважне розглядання, константність зору і візуальна привабливість [77].

Ефекти уважного розглядання найтісніше пов'язані з фізіологією зору. Ті деталі, які нами більш уважно розглядаються, ми бачимо більш різкими, кольоровими і контрастними. По суті, цей ефект обумовлений місцевою адаптацією очей до тих ділянок зображення, які тривалий час розглядаються. Ефект уважного розглядання проявляється і в тому, що ми мимоволі переводимо погляд на більш яскраві і кольорові деталі об'єкта. Таке переміщення погляду обумовлено в основному об'єктивними причинами, а посилення контрастності при тривалому розгляданні є вторинним, суб'єктивним; воно істотно залежить від того, хто і наскільки зацікавлено розглядає об'єкт. У звичайній обстановці ми підсвідомо робимо поправку на освітлення і завдяки цьому зосереджуємо погляд на обличчях людей, і ми їх бачимо більш чітко, хоча в полі зору можуть бути і більш яскраві деталі. У деяких випадках навіть слабоосвітлені ділянки особи можуть нами сприйматися більш світлими, ніж ті, які потрапляють в поле зору джерела світла. Тому експонування висококонтрастного об'єкта зазвичай проводиться по особам знімаються людей, а джерела світла, якщо вони потрапляють в кадр, затемнюються. Інакше кажучи, при портретних зйомках, якщо в кадр потрапляють світло ліхтарів, ламп або інших джерел світла, їх яскравість повинна бути знижена так, щоб увага була звернена на сюжетно важливі елементи зображення, на обличчя людей. Завдяки ефекту уважного розглядання, відчуття природності освітлення не порушується [80].

При побіжному, неуважному розгляданні насиченість кольорів, колірні контрасти, різкість зображення – зменшуються. Причому центральна ділянка знімка майже завжди здається більш світлою. Таке затемнення зображення і зниження різкості до країв кадру широко використовують при зйомці портретів. До того ж для зниження насиченості

кольорів і різкості перед об'єктивом іноді розміщують фігурні світлорозсіюючі сітки [79].

Константність колірному зору проявляється в тому, що нам властиво пам'ятати кольори знайомих предметів за їхнім забарвленням. Це пояснюється тим, що ми підсвідомо робимо поправку на освітлення і присвоюємо відповідні даному предмету ознаки, в тому числі співвідносимо кожне забарвлення з його кольором. Внаслідок константності зору, всі кольори предметів ми сприймаємо порівняно мало мінливими від кольоровості освітлення. Розміри предметів нам теж здаються меншими, ніж варто було б очікувати за правилами геометричної перспективи.

Чим слабкіше освітлення об'єкта, тим не звичніші умови розглядання і тим важче впізнавати предмети, їх кольори, форми, розміри, тому ми більш напружено і довго вдивляємося в них.

Константність зору грає важливу роль в образотворчому мистецтві. Наприклад, навіть в тих випадках, коли кольори в зображенні відтворено неточно, ми, дізнаючись предмети, підсвідомо розрізняємо і їх забарвлення. З іншого боку, для створення смислових акцентів в зображеннях, нерідко спеціально змінюють форму предметів, їх розміри і колір, а також змінюють освітлення.

Майстерність композиції полягає, зокрема, в тому, щоб вирішити завдання найбільш раціонального виділення сюжетно важливих деталей і реалістичного відображення всього об'єкта в цілому [11].

Крім того, необхідно поєднувати найбільш точне зображення всіх обумовлених предметів при заданому освітленні з відтворенням локальних кольорів, обумовлених забарвленням предметів.

Деякі об'єкти викликають підвищений інтерес і відповідно більш тривале розглядання. Візуальна привабливість зображення завжди обумовлена його художніми достоїнствами і здатністю конкретного

глядача сприймати художні твори. Отже, вона залежить від того, як зображується предмет, і від того, хто дивиться на нього.

Візуальна привабливість є явищем, складовими частинами якого є враження новизни, емоційна реакція і естетичний вплив [33].

Для глядача, так само як і для автора твору, враження новизни визначається унікальністю об'єкта або події і динамічністю зображення. Природно, що зацікавленість глядача нерозривно пов'язана з його особистим ставленням до даної події або об'єкту. Тому, кажучи про художні або публіцистичні знімки, необхідно розрізняти їх за призначенням: одні призначені для інформації вузького кола людей, інші – для більш широкого, але у всіх випадках ці твори повинні відображати значні явища. Зацікавленість глядача істотно залежить і від популярності зображуваної людини або групи людей.

Як правило, зображення, в яких відображені дії і стосунки між людьми, привертають велику увагу, так, як викликають відповідну емоційну реакцію.

Візуальна привабливість зображення визначається естетичним впливом, яке обумовлено художньою виразністю, стилем і майстерністю виконання.

Художня виразність зображення визначається вибором об'єкта і композицією твору. Для візуальної оцінки не обов'язково, щоб всі перераховані ознаки виявлялися однаково і одночасно. Часто буває достатньо і однієї з цих ознак [54].

Основну роль у виникненні індивідуальності згідно І.П. Павлову грають сила нервових процесів, а також врівноваженість, рухливість збудження та гальмування.

І.П. Павлов виділяв два самостійних типи – мислячий і художній, які зараз можуть розглядатися з позиції міжпівкульної асиметрії. Вченими було доведено, що мозок людини є несиметричним і переважання розвитку однієї з півкуль є ключовим аспектом у подальшому сприйманні світу [56].

Мислячий тип переважно «лівопівкульний» (з переважанням другої (мовної) сигнальної системи). При переважанні лівої півкулі людина тяжіє до теорії, має великий словниковий запас і активно ним користується, йому властива рухова активність, цілеспрямованість, здатність прогнозувати події, хороша соціальна адаптація, добре розвинене логічне мислення, позитивні емоції, вони добре планують діяльність і досягають цілей.

До мислячого типу особистості належать люди схильні не акцентувати увагу на внутрішніх переживаннях себе і оточуючого світу. Вони надають перевагу точності і виваженості в усіх своїх справах, намагаються покладатися на вже відомі й підтвержені факти, не вдаючись до вигадок і теорій. Проте таким людям часто важко творчо підійти до справи, вигадати щось нове, або інтерпретувати ідею й розглянути її з іншого ракурсу [49].

Їх сприймання світу завжди максимально точне, вони не терплять викривлень дійсності, а також всіляко заперечують щось, що не було заздалегідь підкріплено наукою.

В основному до мислячого типу особистості відносять флегматиків та сангвініків, які здатні контролювати себе та не піддаються зовнішнім негативним впливам.

До «правопівкульних» людей відносять художній тип особистості, який базується на переважанні першої сигнальної системи (конкретних образів). Як правило, такі люди тяжіють до конкретних видів діяльності, повільні, неговіркі, але наділені здатністю тонко відчувати і переживати, схильні до емпатії, яскраво проявляють себе у творчості, мають нестандартне мислення, частіше невербальне (інтуїтивне, важко піддається вербалізації, усвідомленню). Такі люди насилу підпорядковуються жорстким соціальним нормам.

Для художнього типу особистості характерні спонтанність у діях, імпульсивність під тиском емоційного «вибуху». Вони здатні розглянути

проблему з різних ракурсів, тому набагато частіше знаходять неординарні вирішення, що говорить про їх креативність.

Найчастіше до цього типу відносять людей з холеричним та меланхолічним типами темпераменту [17].

Найкращими сферами для реалізації своїх професійних амбіцій «правопівкульні» люди обирають щось таке, де можна було б не підпорядковуватись надмірним, а іноді навіть жорстким, правилам та рамкам. Їм необхідна певна свобода дій та можливість для свободи думки.

Також розрізняють «мішаний» тип особистості, який має приблизно однаково розвинені півкулі головного мозку. За необхідності вони здатні залучити до роботи як мислячий, так і художній тип особистості.

Нерідко такі люди проявляють себе у найрізноманітніших сферах діяльності. Їм властиві риси обох вищеописаних типів особистості, за винятком того, що одні можуть самостійно керувати «перемикачем» між роботою півкуль, а інші – піддаються мимовільному впливу і повсякчас змінюють інтереси відповідно до обставин і роботи мозку.

Коли ми створюємо мистецтво, багато чого відбувається і в душі, і в тілі, і його можна використовувати в терапевтичних цілях, як у реабілітаційній медицині, так і самостійно. Крістіан Стренг, професор неврології в Університеті Алабами в Бірмінгемі та колишній президент Американської асоціації арт-терапії, каже: «Креативність сама по собі важлива для збереження здоров'я, зв'язку з собою та світом» [55].

Будь-який тип творчого самовираження дозволяє вам уявити нові способи спілкування та взаємодії зі світом, а також залучає нейропластичність мозку, допомагаючи пацієнтам відновлюватися після таких речей, як черепно-мозкові травми чи інсульт.

Дослідження в галузі арт-терапії все ще тривають, але багато хто виявляє, що заняття арт-терапією зменшують стрес. Створення мистецтва може знизити рівень кортизолу як для тих, хто вважає себе художником,

так і для тих, хто не є, тому, незалежно від рівня ваших навичок, кожен може отримати користь від створення мистецтва.

Мистецтво дозволяє людям увійти в «стан потоку», тобто відчуття, коли ти в зоні і втрачаєш відчуття себе та часу. Створення мистецтва може допомогти вам бути більш присутнім, і воно активує різноманітні мережі, включаючи розслаблений стан рефлексії, зосереджену увагу та задоволення.

Зв'язок із мистецтвом може допомогти будь-кому зменшити тривогу та розвинути навички подолання, а тим, хто переживає серйозні труднощі, професійний арт-терапевт може допомогти скерувати процес. Мистецтво дозволяє виражати почуття та спогади іншими способами, ніж словами. Створення мистецтва може бути катарсичним досвідом, який дає відчуття полегшення [33].

Мозок – це передбачувальна машина, яка використовує інформацію про те, що сталося, щоб приймати рішення про те, що нам потрібно робити далі, щоб вижити. Створення мистецтва дозволяє вам приймати рішення та інтерпретувати образи, з'ясовуючи, що вони означають, і допомагає вам зустрітися з потенційним майбутнім, а також уявити краще, більш обнадійливе.

У реабілітаційній медицині та нейронауці з'являється все більше доказів того, що мистецтво покращує роботу мозку, впливаючи на патерни мозкових хвиль, емоції та нервову систему. Мистецтво також може підвищити рівень серотоніну. Ці переваги приходять не лише від створення мистецтва, вони також виникають через досвід мистецтва. Спостереження за мистецтвом може стимулювати створення нових нейронних шляхів і способів мислення[77].

У дослідженні, проведеному професором Семіром Зекі, кафедрою нейроестетики в Університетському коледжі Лондона, учасники пройшли сканування мозку, показуючи зображення картин великих художників. Дослідження показало, що коли люди дивилися на мистецтво, яке вони

вважали найкрасивішим, кровотік збільшувався на цілих 10% до панування мозку, пов'язаного із задоволенням – еквівалентно погляду на кохану людину.

Мистецтво має доступ до багатьох передових процесів людського мозку, таких як інтуїтивний аналіз, експресивність і втілене пізнання. Митці часто краще спостерігають і мають кращу пам'ять, і це може бути пов'язано з тим, як мистецтво впливає на пластичність мозку.

Психічне здоров'я нещодавно було визнано серйозною проблемою громадського здоров'я. Психічні захворювання охоплюють симптоми, від незначної тривоги до важких форм, таких як поведінкові аномалії. Арт-терапія відноситься до різних методів лікування, таких як театральна терапія, танцювально-рухова психотерапія, тілесна психотерапія, музична терапія, малювання, малювання та реміснична терапія. Арт-терапія використовує художні засоби для лікування психічних захворювань та покращення психічного здоров'я. Мистецтво стало значним елементом терапевтичного сектора і використовується в кількох процедурах відновлення та лікування. Арт-терапія використовує інтегративні техніки, щоб захопити душу, тіло та розум у такий спосіб, який, здається, лише вербальним вираженням. Арт-терапія набуває популярності в умовах психічного здоров'я, оскільки вона забезпечує орієнтований на відновлення, особистісно-орієнтований підхід, який включає емоційні, духовні, соціальні потреби та клінічні потреби [46].

Дослідження відкриває вплив на творчі, невербальні, емоційні та структурні якості пацієнта після застосування арт-терапії. Важливо зазначити внесок арт-терапії в психічні розлади, щоб отримати подальше розуміння механізму її функціонування. Це допомагає отримати самовираження, самосвідомість, навчання та особистий розвиток, а також покращити контакт, спілкування та взаємодію з іншими людьми. Огляд зосереджений на візуальній арт-терапії, щоб зменшити неоднорідність і

визначити специфічні якості арт-терапії, що використовується службами психічного здоров'я [74].

Озираючись назад в історію, тисячі років тому люди займалися мистецтвом і залежали від нього для самовираження, зцілення та спілкування. Однак арт-терапія не стала формалізованою навчальною програмою до 1940 року. Лікарі почали помічати, що люди з психічними захворюваннями часто висловлюють себе за допомогою малюнків та інших творів мистецтва. Це надихнуло багатьох розглянути можливість використання мистецтва як методу лікування. Він також мав високий рівень прийняття пацієнтами. Сфера кінестетичної, сенсорної, перцептивної та символічної комунікації мотивує незвичайні рецептивні та експресивні способи комунікації, які можуть функціонувати поза межами мовних обмежень.

Деякі приклади арт-терапії, яка використовується в лікуванні психічного здоров'я, включають заняття мистецтвом з увагою до розвитку навичок і майстерності, студійне створення мистецтва, індивідуальне створення мистецтва, програми під наглядом і структуровані групи мистецтва, арт-психотерапія та особисте створення мистецтва з метою зцілення. Створення мистецтва в громаді може покращити психічне благополуччя. Люди можуть підвищити своє почуття цінності та самооцінки, використовуючи візуальні та символічні вирази в арт-терапії. Це дає можливість людям з психічними захворюваннями взаємодіяти один з одним і розвивати свої соціальні мережі [29].

Отже, арт-терапевти планують сесії для досягнення терапевтичних цілей і завдань, вибираючи відповідні матеріали та втручання для своїх клієнтів. Вони беруть участь у творчих процесах, щоб підтримати розвиток своїх пацієнтів, щоб підвищити розуміння, зменшити стрес, залікувати травми, підвищити когнітивні, пам'ятні та нейросенсорні здібності, покращити міжособистісні стосунки та досягти почуття самореалізації.



### **1.3. Психологічні особливості впливу творів мистецтва на тривожність**

Оскільки мистецтво впливає на наш розвиток через сприйняття, то можна відзначити, що мистецтво так само здатне підвищувати чи знижувати тривожність. Саме так науковці проводили дослідження на різних вікових та соціальних групах осіб для виявлення характеру впливу та його наслідків [19].

За століття до появи сучасної нейронауки майстри-митці прагнули створити витвори мистецтва, які б давали глядачеві інтенсивний досвід, викликали емоції чи навіть активізували інші почуття.

Сьогодні неврологічні механізми, що лежать в основі цих реакцій, захоплюють митців, кураторів і науковців. Взаємозв'язок між мистецтвом і людською психологією встановлено давно. Завдяки різноманітним експериментам мистецтво було визнано за його здатність викликати різні емоційні реакції в людини.

У зв'язку з підвищеним рівнем зорового сприйняття людини актуальним є вивчення впливу мистецтва, зокрема живопису, на психоемоційний стан людини. Багато вчених, психологів, мистецтвознавців відзначають, що мистецтво має сильний вплив на психологічний стан людини, що зараз є основою для формування нових течій, зокрема арт-терапії. З'являється все більше наукових доказів того, що мистецтво покращує роботу мозку. Воно впливає на хвилі мозку та емоції, нервову систему та може фактично підвищити рівень серотоніну [35].

Мистецтво може змінити світогляд людини та її сприйняття світу. У сприйнятті естетичного об'єкта бере участь практично весь спектр психічних процесів людини: відчуття, сприйняття, уява, мислення, воля, емоції. Здається, що життя людини просто немислиме без емоцій. Емоції – це суб'єктивні реакції людини на вплив зовнішніх і внутрішніх

подразників, що відображають у формі переживань свою особистісну значущість для суб'єкта і виявляються у формі задоволення або незадоволення.

Завдяки складній структурі людської психіки, яка дозволяє людині взаємодіяти з мистецтвом та іншими естетичними об'єктами, вона сприяє безмежним можливостям формування та становлення особистості, а також розвитку її творчих здібностей. Емоційні реакції на мистецтво (тобто естетичні емоції) давно цікавлять філософів, психологів та мистецтвознавців [59].

Афективні реакції на мистецтво дуже різноманітні і часто включають такі емоції, як трепет, подив й навіть смуток та ностальгія. Ці емоції можуть бути пов'язані зі змістом та особистим трактуванням художнього твору, а не з його формою. Наприклад, можна захоплюватися майстерністю Караваджо в його роботі «Давид з головою Голіафа», але також відчувати почуття огиди при вигляді капаючої крові і в той же час сумувати від думки, що ця робота може виражати каяття художника.

Ситуаційні фактори також можуть модулювати емоції, пов'язані з мистецтвом. Наприклад, присутність інших людей, наприклад, під час відвідування художньої галереї, яка може вплинути на емоційні реакції на твори мистецтва. Окрім художньої освіти, інші індивідуальні відмінності, наприклад попередній настрій, також можуть впливати на емоційні реакції на твори мистецтва. З іншого боку, експериментальні дані свідчать про те, що надання додаткової інформації для полегшення розуміння картин не впливає на перевагу картин. До таких висновків прийшли психологи з Базельського університету в новому дослідженні.

Інформація про твір мистецтва жодним чином не впливає на естетичне переживання відвідувачів музею. Згідно з цим дослідженням, характеристики самого твору мистецтва мають набагато сильніший вплив на спостерігачів, ніж інформація про нього [66].

Естетичний досвід передбачає складну взаємодію способів сприйняття та когнітивних процесів: властивостей творів мистецтва, таких як колір і зміст зображення, а також індивідуальних характеристик глядача, його знань і контекстуальних факторів, таких як назва твору, роль, яку вони самі грають у даному творі. У дослідженні взяли участь 75 осіб, які відвідали виставку Future Present в музеї Шаулагера в Швейцарії. На виставці було представлено шість картин різних художників епохи фламандського експресіонізму. Учасники були випадковим чином розподілені в одну з двох груп і отримали або просту описову інформацію про картини, або детальну інформацію. Усі, хто брав участь в експерименті, оцінювали в анкеті інтенсивність свого естетичного переживання [13].

Дослідники також вимірювали емоційні показники, які виникали, коли учасники дослідження переглядали мистецтво, використовуючи психофізіологічні дані, такі як частота серцевих скорочень і провідність шкіри. У результаті дослідження виявилось, що ні проста, ні детальна інформація не впливає на естетичне враження.

Як виявилось, на естетичне переживання впливали властивості творів мистецтва. При вигляді картини фізичні реакції тіла були сильнішими, ніж до того, як учасники почали розглядати картину, і істотно відрізнялися в залежності від конкретної картини. Твором мистецтва, який викликав найбільшу реакцію з точки зору естетичного переживання, стала «Інтриги масок» Джеймса Енсора.

З шести картин в експерименті ця картина викликала найсильніше естетичне переживання. Дослідники вважають, що такі результати могли бути пов'язані з дуже екстравагантною манерою подання художника, яка здається глядачам трохи абсурдною [6].

Таким чином, спираючись на досвід швейцарських психологів, ми можемо слушно зауважити, що людині не обов'язково знати детальний

опис картини, щоб отримати естетичне враження. У цьому випадку досить звернути увагу на полотна художників, мистецтво все скаже саме за себе.

Простий погляд на візуальне мистецтво може стимулювати ділянки мозку, відповідальні за емоційну обробку. Коли ми дивимося на мистецтво, наш мозок активізується, щоб передбачати та створювати зв'язки, як свідомо, так і підсвідомо, завдяки чому ми відчуваємо себе щасливими та винагородженими. Незалежно від того, чи є ваша реакція на мистецтво веселою, споглядальною чи похмурою, обробка цих емоцій надзвичайно корисна для психічного здоров'я. Незалежно від того, вирішите ви займатися ним фізично чи просто дивитися на чудові роботи інших, мистецтво може значною мірою сприяти зміцненню психічного здоров'я [7].

Ефект мистецтва та психомоторної терапії з використанням образотворчого мистецтва, танцю, драми, музики, рухів і усвідомлення тіла в лікуванні розладу особистості було досліджено шляхом розробки рекомендацій щодо лікування на основі систематичного огляду з використанням системи GRADE в контексті голландських національних міждисциплінарних рекомендацій щодо лікування розладів особистості. Висновки були сформульовані робочою групою та базувалися на науковому обґрунтуванні та були інтегровані з іншими показаннями у функціонуванні мистецтва та психомоторної терапії розладів особистості [8].

Перший загальний пошук дав 1900 записів, які повернули до 53 повних текстів. Рекомендації щодо лікування полягають у включенні в лікування мистецтва та психомоторної терапії незалежно від віку, статі або специфічних діагностичних характеристик. Мистецтво та психомоторна терапія можуть бути розглянуті з метою встановлення емоційного контакту зі складними аспектами пацієнтів та їхнім досвідом, для роботи над такими цілями, як регуляція емоцій, стрес, ідентичність/самооцінка, самовираження, настрій/тривога, релаксація, зміна моделей і соціального

функціонування. Пацієнтам із розладом особистості рекомендується залучати арт-терапію та психомоторну терапію, оскільки вони цінують ці методи лікування та вважають їх ефективними [10].

Можна розглянути питання про те, щоб мистецтво та психомоторна терапія зробили внесок у діагностичний процес, в аналіз проблеми працювати над такими цілями, як регуляція емоцій, стрес, ідентичність/самооцінка, самовираження, настроїв/тривога, розслаблення, зміна моделей і соціальне функціонування [58].

Огляд наукових доказів застосування мистецтва або психомоторної терапії в лікуванні розладів особистості на даний момент на основі інтенсивного вивчення літератури, яке проводилося в контексті національного міждисциплінарного керівництва з лікування розладів особистості. У ньому описано висновки, подальші показання та рекомендації щодо використання арт-терапій та психомоторної терапії [8].

Тривожні розлади є одними з найбільш діагностованих розладів психічного здоров'я. Загальне лікування складається з когнітивної поведінкової терапії та фармакотерапії. У клінічній практиці також арт-терапія додатково надається пацієнтам із тривогою (розладами), зокрема тому, що звичайне лікування недостатньо ефективно для великої групи пацієнтів. Немає ясності щодо ефективності арт-терапії (АТ) щодо зменшення симптомів тривоги у дорослих, а також немає огляду характеристик втручання та механізмів роботи [9].

Тривожні розлади – це розлади з «ненормальним» переживанням страху, що призводить до стійкого дистресу та/або перешкод у соціальному функціонуванні. Серед цих розладів панічний розлад, соціальна фобія, агорафобія, специфічна фобія, obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) і генералізований тривожний розлад (ГТР). Поширеність тривожних розладів є високою: 12,0% серед дорослих європейців і 10,1% у популяції Голландії. Поширеність протягом життя у жінок коливається від 16,3% [ 2 , 4 ] до 23,4%, а серед чоловіків – від 7,8% до 15,9% в Європі. Це

найбільш діагностований розлад психічного здоров'я в США і рівні захворюваності зросли протягом останньої половини 20 століття [64].

Для підвищення ефективності лікування тривожних розладів у клінічній практиці використовуються додаткові методи терапії. Прикладом є арт-терапія (АТ), яка інтегрована в кілька програм психічного здоров'я для людей із тривогою, а також надається як окрема терапія. АТ вважається важливим підтримуючим втручанням при психічних захворюваннях, але наразі немає ясності щодо ефективності АТ [15].

АТ використовує образотворче мистецтво як засіб, наприклад живопис, малюнок, ліплення та ліплення з глини. Основна увага зосереджена на процесі створення та (асоційованого) досвіду, спрямованого на полегшення вираження спогадів, почуттів та емоцій, покращення саморефлексії та розвитку та практики нових навичок подолання.

Вважається, що АТ допомагає пацієнтам із тривогою справлятися зі своїми симптомами та покращує якість їхнього життя. Ґрунтуючись на багаторічному досвіді практичного лікування тривоги, експерти з АТ описують, що АТ може покращити регуляцію емоцій і навички самоструктурування, а також може підвищити самосвідомість і рефлексивні здібності. Згідно з Naeyen, van Hooren & Nutschemake, пацієнти відчують більш прямий і легший доступ до своїх емоцій через арт-терапію порівняно з вербальними підходами. В результаті цього досвіду вважається, що АТ зменшує симптоми у пацієнтів із тривогою [45].

Незважаючи на те, що АТ часто показаний при тривожних станах, його ефективність ще майже не вивчена. В останнє десятиліття було опубліковано кілька систематичних оглядів з АТ. Ці огляди стосувалися кількох сфер. Деякі огляди зосереджені на посттравматичному стресовому розладі або мають ширшу спрямованість і включають кілька (психічних) станів здоров'я. Інші огляди включали АТ у ширше визначення психодинамічної терапії або стосувалися кількох терапій (КПТ,

експресивної художньої терапії (наприклад, терапія керованими образами та музикотерапією), експозиційної терапії (наприклад, систематичної десенсибілізації) та фармакологічного лікування в рамках однієї програми лікування).

Немає огляду, спеціально спрямованого на ефективність АТ щодо тривоги або конкретних тривожних розладів. Що стосується тривоги як основного стану, тобто не пов'язаного з іншим основним захворюванням або станом (наприклад, раком або аутизмом), немає ясності щодо доказів або застосовуваних терапевтичних методів АТ для лікування тривоги у дорослих. Крім того, відсутній чітко науково обґрунтований робочий механізм(и), що пояснює очікувану ефективність терапії [54].

Найбільш послідовною темою в усій літературі є висновки, що вказують на позитив взаємозв'язку між мистецтвом і зниженням тривоги. У створенні мистецтва, здається, є позитивний вплив, як показано в якісному та кількісному дослідженні De Morais et al. (2014).

Арт-терапія роками використовується як позитивний засіб для зняття стресу. Нині його переваги стають все більш відомими, що робить мистецтво загальним вибором як альтернативний спосіб боротьби зі стресом та іншими психічними захворюваннями. Мистецтво відіграє різну роль у житті кожної людини у складний спосіб, дозволяючи багатьом людям обробляти емоції та зменшувати стрес під час створення мистецтва. Тому арт-терапія є одним із найкращих природних способів боротьби зі стресом у повсякденному житті [17].

Арт-терапія – це форма лікування психічного здоров'я, яка використовує медіа та творчі здібності пацієнта для терапевтичної обробки та розуміння емоцій під час створення мистецтва. Ця форма терапії використовується, щоб допомогти впоратися з багатьма проблемами, від реабілітації до обробки минулої травми, і зазвичай включає ліцензованого терапевта. Але є арт-терапевтичні справи, які можна практикувати самостійно [25].

Основна мета арт-терапії - допомогти людині, яка бореться, нарешті розслабитися, щоб увійти в контакт зі своїми емоціями. Створюючи мистецтво та роблячи щось таке просте, як розфарбовування, спостерігається експоненціальне зниження рівня стресу у пацієнтів. Допомога пацієнту нарешті розслабитися дозволяє йому зосередити свій розум на інших речах, таких як обробка емоцій, зосередження на собі та робота над емоційним звільненням.

Не хвилюйтеся; арт-терапія не вимагає від когось бути хорошим художником. Замість цього клієнт може просто викласти свої думки на папері, створюючи все, що спадає на думку, багато разів, не розмовляючи. Ця форма терапії допомагає багатьом людям, яким важко висловити свої почуття та проблеми словами. Арт-терапія також широко поширена серед дітей, багато з них віддають перевагу малюванню як формі спілкування та розуміння [18].

Одним із найважливіших аспектів арт-терапії є можливість допомогти клієнту розслабитися. Вам не обов'язково бути художником, щоб це зробити, тому багато людей почуваються задоволеними тим, що немає тиску на їхній творчий потік. Арт-терапія дозволяє клієнту відволіктися від того, що його турбує, навіть якщо це лише на короткий період. Створення мистецтва допомагає багатьом людям уповільнити темп, дозволяючи їм розслабитися, зняти стрес і підключитися до своєї творчості.

Практика арт-терапії має масу переваг.

#### 1. Це сприяє розвитку самосвідомості

Уважність і самосвідомість відіграють значну роль в арт-терапії. Практика уважності, найпростішими словами, означає налаштуватися на свої емоції, думки та тіло. Це те, що дозволяє клієнту пройти процес терапії під час створення мистецтва.

#### 2. Це допомагає вам обробити та зрозуміти емоції



Іншою важливою частиною терапії та зняття стресу є здатність опрацювати та зрозуміти емоції, які можуть спричинити вам проблеми. Виявлення кореня проблеми — єдиний спосіб правильно почати її лікування. Арт-терапія допомагає пацієнтам зв'язатися зі своїми почуттями, щоб вони могли знайти коріння своїх проблем і розпочати шлях розуміння та обробки їх.

### 3. Мистецтво дає емоційну розрядку

Емоційна розрядка – ще одна велика перевага арт-терапії. Одним із найважливіших аспектів терапії та зняття стресу є обробка ваших почуттів щодо минулих і теперішніх ситуацій і відхід від них. Позбавлення від минулої травми, часів, коли вас образили, і застійних емоцій може надзвичайно змінити ваше життя. Емоційна розрядка допомагає клієнтам скинути величезну вагу зі своїх плечей, щоб сподіватися рухатися вперед у своєму житті.

### 4. Надає особистості впевненість у собі.

Ще одна корисна особливість арт-терапії – це здатність розвивати впевненість у собі. Завдяки таким факторам, як свобода творчості, відсутність тиску з боку інших митців і відсутність тиску на те, що вони створюють, багато людей виявили, що процес створення чогось самостійно зміцнює їхню впевненість. Незважаючи на те, чи часто ви створюєте мистецтво, є величезне почуття гордості та досягнення, яке приїде разом зі створенням твору мистецтва, який змушує вас пишатися. Це допомагає людям продовжувати розвивати самооцінку та дає їм привід бути задоволеними собою.

Ви можете запитати, чи може малювання зменшити стрес? Малювання та малювання є одними з найпоширеніших вправ арт-терапії. Їх часто використовують, щоб допомогти відповісти на запитання та зняти стрес [32].

Дослідження впливу мистецтва та активної творчості на мозок показують, що рівень дофаміну часто підвищується у пацієнтів, у яких

з'явилася нова творча сфера. Дофамін є нейромедіатором, який часто є низьким у пацієнтів із тривогою, депресією та надмірним стресом. Оскільки арт-терапія допомагає підвищити рівень дофаміну та допомагає пацієнтам почуватися щасливішими, вона також є чудовим вибором для людей із психічними захворюваннями, такими як хронічна депресія та тривога.

Для кращого розуміння методик, можна розглянути дев'ять найпоширеніших способів творчості в арт-терапії:

#### 1. Робота з кераміки та глини

Кераміка та робота з глиною – це інтимні форми мистецтва, які допомагають людям практикувати уважність і делікатний дизайн, водночас дозволяючи своїм розумам зосередитися на чомусь іншому, ніж стресові фактори.

#### 2. Ліплення

Ліплення – ще один чудовий інструмент, який використовують багато арт-терапевтів, особливо для спостереження за тим, як люди можуть працювати зі своїми скульптурами, щоб трохи краще їх зрозуміти.

#### 3. Каракулі або каракулі

Малюнки та навіть каракулі є хорошими методами прояву емоцій або тривоги в ситуації. Багато людей, які борються з нервозністю, можуть виявити, що роблять це вже в інших громадських місцях.

#### 4. Колажі

Колажі – це цікавий метод використання змішаної техніки для створення мистецтва. Клієнт може вибрати тему або присвятити свій час виготовленню дошки мрії.

#### 5. Тканини

Робота з тканиною – це ще один цікавий, делікатний спосіб практики арт-терапії. Краватка та шиття – чудові способи творчості, і найкраще те, що ви можете носити свою роботу.

#### 6. Розмальовки

Розмальовки – це прості засоби для зняття стресу, які можуть використовувати люди будь-якого віку, допомагаючи їм зосередитися на простих деталях і практикувати уважність.

### 7. Текстиль

Текстильна робота, хоч і схожа на роботу з тканини, передбачає широкий спектр матеріалів, які можна переплітати між собою будь-яким способом, будь-якою формою або будь-якою формою, яку забажає художник. Від в'язання гачком до в'язання, текстиль – ще одна чудова вправа арт-терапії.

### 8. Художні журнали

Мистецькі журнали – чудовий спосіб практикувати арт-терапію як під час сеансів, так і поза ними. Крім того, ведення альбомів для малювання з певними темами або конкретних блокнотів для певних аспектів життя може допомогти вам залишатися організованим і натхненним.

### 9. Фотографія

Фотографія – ще один приємний метод арт-терапії. Фотографія дозволяє художнику фотографувати будь-що, незалежно від того, люблять вони це чи ненавидять.

Малювання, живопис та інші форми творчості можуть бути використані як засіб для зняття стресу для більшості людей, які пробують їх [77].

Дослідження показали, що більшість людей, які пробують мистецтво як форму терапії або зняття стресу, відчують значне зниження рівня кортизолу під час цього. Кортизол – це природний гормон, який часто з'являється у високих рівнях у людей, які перебувають у стані стресу. Чим вищий рівень кортизолу, тим більший стрес може відчувати людина. Згідно з дослідженням, проведеним для журналу Art Therapy, коли рівень кортизолу визначали як до, так і після того, як учасники займалися 45-

хвилинною творчістю, дослідники виявили, що у 75% учасників рівень кортизолу знизився після [24].

Отже, арт-терапія може зняти стрес для людей будь-якого віку. Незалежно від того, чи боретесь ви з депресією, тривогою чи травмою, арт-терапія може допомогти вам навчитися виражати себе по-новому та зменшити стрес у цьому процесі.

### **Висновки до першого розділу**

Тривога – це природне відчуття страху перед обличчям загрози, яке дозволяє помітити її та вжити відповідних заходів. Слово страх використовується, якщо відома причина небезпеки, а слово тривога використовується, якщо її важко визначити. Патологічний стан характеризується недостатньою інтенсивністю реакції на причину, яка є джерелом дистресу і заважає життєдіяльності хворого.

Оскільки люди по-різному сприймають інформацію, відповідно до цього їх можна поділити за типом мислення та сприйманням на аудіалів, візуалів та кінестетиків. Кожен з них кардинально відрізняється один від одного і в процесі навчання викладачам і вчителям обов'язково потрібно звертати увагу на даний аспект. Саме тому будь-який вид мистецтва впливає на нас по-різному й наш емоційний розвиток напряму залежить від способів сприйняття інформації та засобів її обробки.

Відповідно, одним із найважливіших аспектів арт-терапії є можливість допомогти клієнту розслабитися. Вам не обов'язково бути художником, щоб це зробити, тому багато людей почувуються задоволеними тим, що немає тиску на їхній творчий потік. Арт-терапія дозволяє клієнту відволіктися від того, що його турбує, навіть якщо це лише на короткий період. Створення мистецтва допомагає багатьом людям уповільнити темп, дозволяючи їм розслабитися, зняти стрес і підключитися до своєї творчості.



## РОЗДІЛ 2

### ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ТВОРІВ МИСТЕЦТВА НА РІВЕНЬ ТРИВОЖНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

#### 2.1. Методичне забезпечення вивчення проблеми рівня тривожності особистості

Тривожність – це індивідуальна психологічна особливість, що виявляється у схильності людини до частих та інтенсивних переживань стану тривоги, а також у низькому порозі її виникнення. Розглядається як особисте утворення та (або) як властивість темпераменту, обумовлене слабкістю нервових процесів. Психологічна наука дає різні тлумачення природи тривожності, оскільки питання причин тривожності як індивідуальної психологічної особливості досі не вирішено.

Тривожні розлади є найпоширенішими психічними розладами. Це проявляється порушеннями настрою, а також мислення, поведінки та фізіологічної діяльності. Він включає панічний розлад, агорафобію, генералізований тривожний розлад, специфічну фобію, соціальну фобію, obsesивно-компульсивний розлад, гострий стресовий розлад і посттравматичний стресовий розлад. Загальними симптомами тривоги є супутні порушення сну, концентрації, соціального та/або професійного функціонування. Тривога пов'язана з занепокоєнням, відчуттям напруженості або нервозності, легкою втомлюваністю, труднощами з концентрацією або втратою розуму, дратівливістю, м'язовою напругою та дратівливістю. Етіологія тривоги може включати стрес, фізичний стан, генетичні та екологічні фактори. Симптоми тривоги можуть бути наслідком порушення модуляції в центральній нервовій системі.

Використання мистецтва та методів арт-терапії допомагає полегшити когнітивні порушення, відволікаючи увагу від роздумів. Це перенаправлення уваги від занепокоєння допомагає регулювати нервову систему.

Терапія творчістю дозволяє нам виражати себе візуально і менше покладатися на вербальне вираження. Словесне вираження може бути важким завданням, якщо клієнт катастрофічно налаштований. Почуття перевантаженості може ускладнити вербальне вираження, що потім негативно впливає на сприйняття клієнтами почуттів і думок самоконтролю.

Арт-терапія може принести користь клієнтам, спочатку поширюючи стресове середовище в терапевтичному середовищі. Техніки допоможуть клієнту відчувати спокій і здатність зосередитися на поставленому завданні. Коли ця тривога зникла, клієнт стає більш відкритим для обробки думок, емоцій і оцінки поведінки.

Мистецтво також може допомогти впоратися з тривогою, підвищуючи самооцінку, вирішуючи проблеми, виражаючи почуття, розв'язуючи проблеми та ставлячи цілі, що допомагає працювати над покращенням моделей мислення.

Для проведення емпіричної частини було обрано низку методик: шкала тривоги Спілбергера Ханіна, 8-факторний особистісний опитувальник Спілбергера, тест «Подолання важких життєвих ситуацій, ПТЖС».

Першим етапом дослідження стало формування вибірки. Більшість респондентів склали люди зі статусом внутрішньо переміщеної особи. Вибірку склали 33 особи, які проживають у м. Кропивницький та м. Миколаїв, віком від 19 до 56 років (11 осіб чоловічої статі та 22 особи жіночої).

Наступний етап: підбір психодіагностичного інструментарію для оцінки рівня тривожності та подальшого відстеження впливу корекційної роботи.

Шкала тривоги Спілбергера Ханіна. Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч. Д. Спілбергером і адаптована Ю. Л. Ханіним.

Така інформація буде корисною і для оцінки реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення вираженості тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії.

Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності). Що розуміє Спілбергер під обома мірами тривожності видно з наступної цитати: "Стан тривожності характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи". Тривожність як риса особи, очевидно, означає мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка зобов'язує індивіда до сприйняття широкого кола об'єктивно безпечних обставин, як таких, які несуть загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки.

8-факторний особистісний опитувальник Спілбергера. Методика призначена для первинного виявлення стресу та депресії, а також для оцінки ситуативної (в даний момент) та особистісної (зазвичай) тривожності.

Тест Спілбергер дозволяє оцінити рівень нервової напруги і, зокрема, рівень емоційного стресу. Оцінюються значення чотирьох основних емоційних станів в даний момент і зазвичай (допитливості, тривоги, агресії та депресії). У сумі виходить 8 шкал. Високий рівень тривоги та агресії говорить про наявність стресу, високий рівень допитливості – про відсутність стресу та депресії. Методика Спілбергера багаторазово підтвердила свою достовірність і широко використовується фахівцями.

Тест «Подолання важких життєвих ситуацій, ПТЖС». Методика призначена для діагностики типових способів подолання стресових ситуацій (копінг-стратегії). Ці способи визначені 20 шкалами та 6 твердженнями у кожній. У сумі опитувальник містить 120 тверджень, на які тестується пропонується п'ять варіантів відповіді: "ніколи", "рідко", "часто", "дуже часто", "завжди".

Даний тест як дозволяє проаналізувати існуючі способи виходу зі складної ситуації, так і побачити нові можливі методи вирішення проблеми - копінг-стратегії або способи додання поведінки. Апробація та валідизація методики



зроблена на вибірці 250 осіб у віці 25-45 років. Результати досліджень показали, що опитувальник має досить високі психометричні якості. Спеціально проведене авторами адаптації дослідження на вибірці 120 осіб підтвердило надсжність і валідність російської версії опитувальника, показавши високу ретестову надсжність як окремих пунктів, так шкал опитувальника, і навіть близькість емпіричних розподілів значень шкал до нормального.

Таким чином, отримані дані можуть розглядатися як стійкі - репрезентативні по відношенню до генеральної сукупності і можуть бути основою визначення тестових норм для працівників соціальних професій. Валідність за змістом встановлювалася за допомогою тестів SACS та опитувальника WCQ Лазаруса та Фолькмана. Отримані коефіцієнти валідності виявили значну опосередкованість лінійних кореляцій між показниками копінг-стратегій.

Третій етап: проведення психодіагностичного зрізу за допомогою вищезазначених методик для виявлення рівню тривожності особистості.

Четвертий етап: розробка та апробація корекційної програми щодо зниження рівня тривожності серед учасників експериментальної групи.

П'ятий етап: якісний та кількісний аналіз отриманих результатів та ефективність психокорекційної програми у психологічній практиці.

## **2.2. Аналіз результатів констатуючого зрізу**

Відповідно до розробленого поетапного дослідження, методики проводилися у суворому порядку. Респонденти мали змогу проходити перший зріз дистанційно.

Після систематизації та обробки пройдених респондентами методик, було отримано такі результати:

*Таблиця 2.1.*

**Таблиця результатів експериментальної групи за шкалою тривоги  
Спілбергера Ханіна до проведення корекційної роботи**

	<b>Ім'я</b>	<b>Ситуативна тривожність</b>	<b>Особистісна тривожність</b>
1.	Данило А.	44	45
2.	Микита З.	40	36
3.	Павло Р.	32	32
4.	Ангеліна Ш.	33	36
5.	Радіон Г.	45	50
6.	Мірослава Г.	45	52
7.	Анастасія Ю.	40	41
8.	Тіна Б.	44	40
9.	Ліна Б.	30	32
10.	Даша А.	36	44
11.	Марія К.	32	41
12.	Катерина З.	32	41
13.	Марія Н.	47	58
14.	Назар О.	40	41
15.	Олег Ц.	42	44
16.	Лідія Р.	33	36
17.	Руслан В.	31	31
18.	Ганна Ч.	38	40
19.	Вікторія К.	39	44
20.	Карина К.	46	55
21.	Анастасія Л.	40	42
22.	Анастасія Д.	39	38
23.	Дмитро А.	35	33

Продовження табл. 2.1.

24.	Ігор С.	35	35
25.	Максим Д.	42	50
26.	Олексій С.	30	31
27.	Альона Д.	29	30
28.	Дарина З.	29	31
29.	Гюнель І.	31	33
30.	Галина П.	33	33
31.	Тетаня Л.	38	40
32.	Роман І.	40	44
33.	Христина Ф.	29	30

За результатами дослідження було виявлено, що високі рівні ситуативної тривожності мають 4 людини, підвищений рівень тривожності мають 22 особи, 7 людей мають нормальний рівень ситуативної тривожності. Високі рівні особистісної тривожності показали 6 респондентів, 25 людей мають середній рівень особистісної тривожності і 2 особи мають нормальний рівень.

Таблиця 2.2.

**Таблиця результатів експериментальної групи за 8-факторним особистісним опитувальником Спілберґера до проведення корекційної роботи**

	Ім'я	Інтерес	Агресія	Тривога	Депресія	Допитливість	Агресивність	Тривожність	Депресивність
1.	Данило А.	35	42	50	36	30	40	50	40

Продовження табл. 2.2.

2.	Микита З.	40	36	40	40	36	36	40	43
3.	Павло Р.	29	39	42	42	32	39	42	42
4.	Ангеліна Ш.	31	35	43	39	35	45	43	40
5.	Радіон Г.	36	35	53	35	29	42	53	35
6.	Мірослава Г.	45	36	41	36	40	42	41	36
7.	Анастасія Ю.	20	30	47	35	33	42	47	35
8.	Тіна Б.	22	29	36	35	29	36	36	35
9.	Ліна Б.	25	29	39	28	30	30	39	29
10.	Даша А.	36	38	38	29	35	31	38	32
11.	Марія К.	41	38	45	40	36	32	45	41
12.	Катерина З.	40	40	49	41	32	36	49	42
13.	Марія Н.	29	55	59	68	27	69	59	70
14.	Назар О.	37	38	36	40	31	35	36	42
15.	Олег Ц.	33	35	35	36	31	39	35	39
16.	Лідія Р.	25	29	45	28	30	29	45	29
17.	Руслан В.	25	29	36	28	30	32	36	28
18.	Ганна Ч.	30	29	26	34	30	35	26	34
19.	Вікторія К.	30	36	36	40	30	32	36	40
20.	Карина К.	31	55	59	67	26	68	59	69
21.	Анастасія Л.	36	38	40	34	29	30	40	36
22.	Анастасія Д.	31	40	44	35	28	34	45	39
23.	Дмитро А.	36	42	42	36	28	35	43	37
24.	Ігор С.	39	45	42	33	26	36	43	34
25.	Максим Д.	40	33	26	36	33	36	28	38
26.	Олексій С.	41	29	24	36	36	35	28	37
27.	Альона Д.	28	28	23	22	35	34	26	23
28.	Дарина З.	27	21	31	23	39	40	31	25
29.	Гюнель І.	27	31	31	29	40	27	31	31

Продовження табл. 2.2.

30.	Галина П.	27	25	19	29	40	27	19	31
31.	Тетаня Л.	36	25	40	30	42	29	40	35
32.	Роман І.	40	36	46	31	29	25	46	35
33.	Христина Ф.	21	20	15	21	28	23	22	23

Спираючись на результати тестування видно, що реактивний стан «інтерес» в усіх респондентів у нормі, у 6 осіб є тенденція до пониження. Реактивний стан «агресія» підвищений у 29 респондентів. Реактивний стан «тривога» підвищений у 28 осіб, 2 особи мають дуже високий рівень. Реактивний стан «депресія» підвищений у 22 респондентів, 11 людей маюць нормальний рівень.

За результатами риса характеру «допитливість» занижена в однієї особи, 8 осіб мають тенденцію до зниження. «Агресивність» як риса характеру підвищена у 25 респондентів, 8 людей мають нормальний рівень. Риса характеру «тривожність» в нормі у 8 людей, 25 мають підвищений рівень. «Депресивність» підвищена у 25 респондентів, 8 людей входять до норми.

Таблиця 2.3

**Таблиця результатів експериментальної групи за тестом Подолання важких життєвих ситуацій, ПТЖС до проведення корекційної роботи**

	Ім'я	Позитивні стратегії (%)	Негативні стратегії (%)
1.	Данило А.	52	48
2.	Микита З.	61	39
3.	Павло Р.	48	52
4.	Ангеліна Ш.	74	26
5.	Радіон Г.	32	68
6.	Мірослава Г.	52	48

*Продовження табл. 2.3.*

7.	Анастасія Ю.	49	53
8.	Тіна Б.	60	40
9.	Ліна Б.	44	56
10.	Даша А.	68	32
11.	Марія К.	55	45
12.	Катерина З.	43	57
13.	Марія Н.	55	45
14.	Назар О.	58	42
15.	Олег Ц.	32	68
16.	Лідія Р.	71	29
17.	Руслан В.	48	52
18.	Ганна Ч.	45	55
19.	Вікторія К.	44	56
20.	Карина К.	47	53
21.	Анастасія Л.	70	30
22.	Анастасія Д.	50	50
23.	Дмитро А.	61	39
24.	Ігор С.	47	53
25.	Максим Д.	49	51
26.	Олексій С.	52	48
27.	Альона Д.	66	34
28.	Дарина З.	47	53
29.	Гюнель І.	62	38
30.	Галина П.	53	47
31.	Тетаня Л.	63	37
32.	Роман І.	68	32
33.	Христина Ф.	66	34

Згідно з отриманими результатами було виявлено, що у 13 респондентів переважають негативні копінгстратегії, в 20 опитуваних переважну частину становлять позитивні копінгстратегії.

### **2. 3. Змістовні аспекти програми корекції рівня тривожності засобами мистецтва**

Зважаючи на результати проведеного дослідження, була розроблена корекційна програма для зниження рівня тривожності серед респондентів. Для її впровадження була сформована експериментальна група з 33 респондентів (розбиті на підгрупи складом 11 осіб). Завдання корекційного етапу експерименту було виокремлено:

1. Розроблення та впровадження психокорекційної програми зниження рівня тривожності .

2. Проведення контрольного зрізу рівнів тривожності особистостей, що складають експериментальну групу.

3. Проведення аналізу ефективності впливу психокорекційної програми щодо зниження рівнів тривожності особистостей, що складають експериментальну групу.

Корекційна програма щодо зниження тривожності особистості складається з 3 занять (по 3 заняття для кожної підгрупи), тривалістю по 60-120 хвилин, що проводилися протягом трьох днів. Програма розрахована на чоловіків та жінок віком від 15 до 60 років.

Метою розробленої корекційно-розвивальної програми є зменшення рівня тривожності особистості. Відповідно до мети, виділено наступні завдання програми: знизити рівень тривожності особистості ;

- нормалізувати рівень самооцінки особистості;
- знизити рівень агресивної поведінки особистості.

Очікувані результати:

- Зниження рівня тривожності;

- підвищення рівня впевненості в собі;
- підвищення розвитку до самовдосконалення;
- оволодіння прийомами, що допомагають знаходити ресурси для змін;

Форма занять: групова.

### *Заняття №1*

Використання фото терапії.

*Мета:* розвиток чуттєвості, підвищення рівня самооцінки, знайомство з власними почуттями та емоціями, погляд на себе зі сторони.

*Тривалість* - 120 хв.

*Матеріали:* фотокамера.

*Алгоритм виконання*

Кожному учаснику було запропоновано обрати зі свого гардеробу речі та аксесуари, в яких людина почувалася б найбільш комфортно.

Локацією для зйомки було обрано ліс та річку, де була б змога лишатися з людиною один на один.

Для початку моделям було запропоновано робити в кадрі усе, що захочеться, не було жодного стримуючого фактору. В цей момент я фотографував ці процеси.

Потім мною була проведена міні фотосесія з кожним респондентом, після чого вони мали змогу вибрати кадри, які їм сподобались найбільше.

Приклади фото можна знайти у *Додаток 1*.

### *Заняття №2*

Відвідування виставки сучасної творчості.

*Мета:* пізнання нового досвіду, зниження рівня стресу та тривожності.

*Тривалість* – 60 хв.

*Матеріали:* експонати виставки.

*Алгоритм виконання*

Міжнародною швейцарською компанією «Человек в беде» була організована безкоштовна виставка робіт сучасних українських та закордонних



митців, на якій були представлені картина та інсталяції на теми кохання, ресурсу та різноманітності життя.

Кожному респонденту було запропоновано переглянути усі роботи та обрати 1-3, які для них виявились значущі.

Потім вони повинні були описати обрану роботу та знайти в ній необхідний ресурс.

### *Заняття №3*

Література як вид терапії.

*Мета:* навчитися формулювати та висловлювати свої думки, розвиток уяви, пізнання своїх емоцій.

*Тривалість*– 60 хв.

*Матеріали:* аруш паперу, ручка, або телефон з нотатками.

*Алгоритм виконання*

Кожній людині було запропоновано, на листі паперу чи у нотатках в телефоні, детально описати або придумати розповідь у будь-якому жарні про два своїх стани. Перша розповідь — це те, як вони відчують стан тривожжності, друга — описати людину, явище, предмет або подію, який б допоміг позбавитись відчуття тривожжності та стресу. Під час опису, емоціям можна було надавати будь яку форму, розмір та структуру. Розмір та форма написаного не мали значення, головне, що б людина чітко висловила свої переживання.

### *Заняття №4*

Нет-арт терапія.

*Мета:* навчитися розуміти свої емоції, розвиток чуттєвості, свідомості позитивне підкріплення під час занепаду сил, пізнання нового досвіду.

*Тривалість* – 120 хв.

*Матеріали:* електронний пристрій з виходом у мережу інтернет та нейромережа.

*Алгоритм виконання*

Після того, як кожен респондент описав свій стан (Заняття 3) необхідно було завантажити тексти у нейромережу (було використано сайт artbreeder) та сгенерувати картину за своїм описом.

Коли нейромережою було сгенеровано картину за описом кожній людині надавалась можливість лишити поточний малюнок, або доробити, для більшої деталізації, тобто продовжити малювати, використовуючи мережу інтернет.

Приклади зображень можна знайти у Додатку2.

#### *Заняття №5*

Рефлексія.

*Мета:* навчитися переживати та висловлювати свої думки, емоції, розвиток чуттєвості, вміння приймати новий досвід

*Тривалість* – 60 хв.

*Матеріали:* ручка, аркуш паперу.

*Алгоритм виконання*

Заключною частиною корекційної роботи стало написання власного відгуку стосовно пережитого досвіду. Кожен учасник мав згогу проговорити усі переживання, інсайти та (або) зауваження, які йому довелося відчувати під час проведення попередніх занять.

Отже, розроблена корекційна програма дає змогу перейти до наступного етапу нашого емпіричного дослідження – проведення другого зрізу та аналізу результатів.

### **2.4 Результати кінцево-відновлювальної роботи**

Після проведення корекційно-відновлюваної роботи був проведений контрольний зріз. Респонденти мали змогу проходити перший зріз дистанційно.

Після систематизації та обробки пройдених респондентами методик, було отримано такі результати:

Таблиця 2.4.

**Таблиця результатів експериментальної групи за шкалою тривоги  
Спілбергера Ханіна після проведення корекційної роботи**

	<b>Ім'я</b>	<b>Ситуативна тривожність</b>	<b>Особистісна тривожність</b>
1.	Данило А.	42	45
2.	Микита З.	38	35
3.	Павло Р.	32	32
4.	Ангеліна Ш.	30	34
5.	Радіон Г.	39	48
6.	Мірослава Г.	43	50
7.	Анастасія Ю.	39	40
8.	Тіна Б.	44	40
9.	Ліна Б.	29	32
10.	Даша А.	36	40
11.	Марія К.	31	40
12.	Катерина З.	31	39
13.	Марія Н.	44	55
14.	Назар О.	40	41
15.	Олег Ц.	42	43
16.	Лідія Р.	33	36
17.	Руслан В.	31	31
18.	Ганна Ч.	35	39
19.	Вікторія К.	39	44
20.	Карина К.	42	50
21.	Анастасія Л.	38	39
22.	Анастасія Д.	33	37
23.	Дмитро А.	36	39

Продовження табл. 2.4.

24.	Ігор С.	35	35
25.	Максим Д.	40	46
26.	Олексій С.	30	31
27.	Альона Д.	29	30
28.	Дарина З.	29	31
29.	Гюнель І.	31	32
30.	Галина П.	32	31
31.	Тетаня Л.	34	40
32.	Роман І.	38	40
33.	Христина Ф.	29	30

Після проведення корекційної роботи результати шкали тривожності Спілбергера Ханіна змінились наступним чином: рівень ситуативної тривожності понизився у 20 респондентів. Особистісна тривожність понизилась у 18 осіб. В однієї людини рівень тривожностей (особистісна та ситуативна) підвищився через важкі сімейні обставини.

Таблиця 2.5

**Таблиця результатів експериментальної групи за 8-факторним особистісний опитувальником Спілбергера після проведення корекційної роботи**

	Ім'я	Інтерес	Агресія	Тривога	Депресія	Допитливість	Агресивність	Тривожність	Депривність
1.	Данило А.	36	40	45	32	35	35	48	36
2.	Микита З.	41	33	38	36	38	31	36	41
3.	Павло Р.	29	39	42	41	36	39	42	42
4.	Ангеліна Ш.	32	33	40	35	39	41	40	38
5.	Радіон Г.	37	33	50	35	32	40	50	30

Продовження табл. 2.5.

6.	Мірослава Г.	47	36	39	31	45	42	36	31
7.	Анастасія Ю.	22	30	43	31	39	40	40	30
8.	Тіна Б.	22	26	36	35	29	31	36	35
9.	Ліна Б.	26	26	32	24	36	28	36	27
10.	Даша А.	36	38	38	29	35	31	38	32
11.	Марія К.	44	35	40	36	34	30	40	40
12.	Катерина З.	44	39	45	40	32	30	45	40
13.	Марія Н.	32	49	56	60	29	60	51	65
14.	Назар О.	37	38	36	40	36	35	36	42
15.	Олег Ц.	35	30	30	32	34	33	30	33
16.	Лідія Р.	25	29	45	28	30	29	45	29
17.	Руслан В.	25	29	36	28	30	32	36	28
18.	Ганна Ч.	31	26	23	31	36	31	20	30
19.	Вікторія К.	30	36	36	40	30	32	36	40
20.	Карина К.	38	50	53	62	29	59	50	62
21.	Анастасія Л.	37	33	40	32	33	30	33	34
22.	Анастасія Д.	32	36	40	31	33	31	40	34
23.	Дмитро А.	30	45	48	39	21	39	49	40
24.	Ігор С.	39	45	42	33	26	36	43	34
25.	Максим Д.	45	30	23	30	38	31	23	33
26.	Олексій С.	41	29	24	36	36	31	28	37
27.	Альона Д.	28	26	23	20	35	34	26	23
28.	Дарина З.	27	21	31	20	39	40	31	25
29.	Гюнель І.	29	29	30	26	49	25	30	30
30.	Галина П.	29	23	18	26	46	25	19	29
31.	Тетаня Л.	39	23	36	29	43	25	40	33
32.	Роман І.	43	31	40	31	33	21	42	33
33.	Христина Ф.	21	20	15	21	28	23	22	23

Після проведення корекційної роботи результати 8-факторного особистісного опитувальника Спілбергера змінилися наступним чином: реактивний стан «інтерес» підвищився у 20 респондентів. Реактивний стан «агресія» знизився також у 20 респондентів. Реактивний стан «тривога» знизився у 20 опитуваних. Реактивний стан «депресія» знизився у 21 особи.

За результатами риса характеру «допитливість» покращилась в 22 респондентів. «Агресивність» як риса характеру понизила своє значення у 20 осіб. Риса характеру «тривожність» знизилась у 18 респондентів. «Депресивність» покращила свої характеристики в 20 осіб. В однієї людини реактивні стани (інтерес, агресія, тривожність, депресія) та риси характеру (допитливість, агресивність, тривожність, депресивність) погіршилися через важкі сімейні обставини.

*Таблиця 2.6*

**Таблиця результатів експериментальної групи за тестом Подолання важких життєвих ситуацій, ПТЖС після проведення корекційної роботи**

	<b>Ім'я</b>	<b>Позитивні стратегії (%)</b>	<b>Негативні стратегії (%)</b>
1.	Данило А.	52	48
2.	Микита З.	61	39
3.	Павло Р.	48	52
4.	Ангеліна Ш.	76	24
5.	Радіон Г.	35	65
6.	Мірослава Г.	52	48
7.	Анастасія Ю.	49	53
8.	Тіна Б.	62	38
9.	Ліна Б.	44	56

Продовження табл. 2.6.

10.	Даша А.	68	32
11.	Марія К.	56	44
12.	Катерина З.	45	55
13.	Марія Н.	55	45
14.	Назар О.	58	42
15.	Олег Ц.	32	68
16.	Лідія Р.	71	29
17.	Руслан В.	48	52
18.	Ганна Ч.	45	55
19.	Вікторія К.	44	56
20.	Карина К.	47	53
21.	Анастасія Л.	72	28
22.	Анастасія Д.	53	47
23.	Дмитро А.	61	39
24.	Ігор С.	47	53
25.	Максим Д.	49	51
26.	Олексій С.	52	48
27.	Альона Д.	66	34
28.	Дарина З.	47	53
29.	Гюнель І.	63	37
30.	Галина П.	55	45
31.	Тетаня Л.	66	34
32.	Роман І.	68	32
33.	Христина Ф.	66	34

Після проведення корекційної роботи результати опитування «Подолання важких життєвих ситуацій, ПТЖС» зазнали змін. Так у 10 респондентів

знизилась кількість використання негативних копінгстратегій, у інших осіб результати залишились стабільні.

Ефективність проведеної корекційної програми розраховувалась за допомогою критерія Вілкоксона, результати можна побачити у Таблиця 2.7, Таблиця 2.8.

*Таблиця 2.7.*

**Розрахунок ефективності корекційної програми за допомогою критерія Вілкоксона за шкалою тривоги Спілбергера Ханіна**

Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
<b>3,5</b>	<b>16</b>

*Таблиця 2.8.*

**Розрахунок ефективності корекційної програми за допомогою критерія Вілкоксона за 8-факторним особистісним опитувальником Спілбергера**

Інтерес	Агресія	Тривога	Депресія	Допитливість	Агресивність	Тривожність	Депресивність
<b>20</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	79	<b>24</b>	<b>10,5</b>	<b>19</b>	<b>11</b>

Результати, виділені жирно, увійшли в зону значущості впливу на рівні 0,95, що підтверджує ефективність впливу корекційної програми на експериментальну групу.

Отже, бачимо, що такі критерії як Ситуативна тривожність та Особистісна тривожність за шкалою тривоги Спілбергера Ханіна, а також реактивні стани: інтерес, агресія, тривога і риси характеру: допитливість, агресивність, тривожність, депресивність за 8-факторним особистісний опитувальником Спілбергера зазнали змін після проведення корекційної програми. Реактивний стан депресія не увійшли в зону значущості результатів.



## Висновки до другого розділу

За для проведення дослідження впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості мною було обрано методики, а саме: шкала тривоги Спілбергера Ханіна, за 8-факторний особистісний опитувальник Спілбергера, тест подолання важких життєвих ситуацій ПТЖС. Кількість респондентів склали 33 людини віком від 19 до 56 років, більшість з яких мають статус внутрішньо переміщеної особи.

Для закріплення результату та більш точного підтвердження теоретичних початків обраної теми, мною були розроблені та проведені заняття, в яких були задіяні різні види мистецтв, що можна знайти у широкому доступі.

Мною було проведене дослідження, яке змогло довести попередньо вивчену теорію у попередньому розділі, про те, що витвори мистецтва добре впливають на поточний стан людини та знижують рівень тривожності.

Результат дослідження – мистецтво справді позитивно впливає на емоційний стан людини та здатне понизити рівень тривожності особистості. Проведені тестування дали змогу показати, що респонденти, навіть будучи у поганому настрої та на межі депресії, завдяки використанню творів мистецтва можуть відволіктися, знаходити ресурс та підвищити свій емоційний стан.

## ВИСНОВКИ

У даній роботі представлено теоретико-методологічний підхід до проблеми впливу творів мистецтва на рівень тривожності особистості, визначення механізмів формування тривоги та основні засади корекції. Розроблено корекційну програму та проаналізовано зміни, що відбулися в показниках респондентів.

Відповідно до завдань дослідження, ми можемо сформулювати наступні висновки:

1) Дослідження відкриває вплив на творчі, невербальні, емоційні та структурні якості пацієнта після застосування арт-терапії. Важливо зазначити внесок арт-терапії в психічні розлади, щоб отримати подальше розуміння механізму її функціонування. Це допомагає отримати самовираження, самосвідомість, навчання та особистий розвиток, а також покращити контакт, спілкування та взаємодію з іншими людьми. Огляд зосереджений на візуальній арт-терапії, щоб зменшити неоднорідність і визначити специфічні якості арт-терапії, що використовується службами психічного здоров'я.

2) Феномен тривожності має складну психологічну природу. Використовуючи функціональний підхід до вивчення проблеми тривоги, тривожність визначається як складний процес, що містить когнітивні, афективні та конативні реакції в ситуації, що об'єктивно оцінюється особистістю як потенційно небезпечна. Психологічні причин виникнення та формування тривожності у людини напряду пов'язані з віковими, індивідуально-психологічними та соціальними особливостями.

3) Задля дослідження рівня тривожності особистості були розроблені програми з використанням фоторерапії, нет-арт терапії та споглядання творів сучасного мистецтва у музеї та здійснений підбір психодіагностичного інструментарію для оцінки рівня тривожності та подальшого відстеження впливу корекційної роботи.

4) Експериментально підтверджено, що твори мистецтва мають ямалий вплив на емоційний стан людини. По результатам дослідження було виявлено,

що перша хвиля мала доволі високі показники тривожності та в загальному низький настрій протягом тривалого часу.

5) Надалі була розроблена психокорекційна програма в рамках даного експерименту. Респондентам було надано три групових заняття під час яких вони мали змогу споглядати твори мистецтва та самостійно їх створювати. Це дало дуже оптимістичний результат в рамках якого більшість лишилася задоволено створеною програмою.

Проте після проведення корекційної програми респонденти значно знизили першій показники. Відповідно це стверджує на користь висунутій теорії про безпосередній вплив творів мистецтва на стан людини. Тобто таким чином особистість має змогу відволіктись, побачити чи почути щось що відображає внутрішній стан й таким чином отримати внутрішню підтримку. Це позитивно впливає на подальший розвиток та вміння контролювати себе.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арнхейм, Р. Мистецтво та візуальне сприйняття образу. Харків, 1974. 295 с.
2. Артамонов І.Д. Ілюзії зору. Київ, 1961. 266 с.
3. Бандурка О.М., Тюріна В.О, Федоренко, О.І. Основи психології і педагогіки Харків, 2003. 293 с.
4. Бернацка О. Б. Філіо-арт-терапія як ефективна технологія виховання. Вінниця, 2010. 46-55 с.
5. Бек А. Терапія тривоги та страху. Львів 1990.56 с. .
6. Білодід, Ю., Поліщук, О. Основи дизайну, Київ, 2004. 248 с.
7. Богданова І.М. Соціальна педагогіка. Київ, 2008. 343 с.
8. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. Одеса, 2004. 232 с.
9. Брунер Д.С. Психологія пізнання. Київ, 1977. 269-270 с.
10. Варій М.Й. Загальна психологія: Навч. посібник для студ. психол. і педагог, спеціальностей. Львів, 2005. 353 с.
11. Гулінкіна О. І. Вплив форми та простору на людину. Київ, 2008. 120 с.
12. Девід Д'. Бернс. Почувайся добре. Одеса, 2020. 160-178 с.
13. Джеймс В. Наукові засади психології. Київ, 1992. 547 с.
14. Джеймс Т. Художник света и пространстваю. Житомир, 2011. 233 с.
15. Еспі К. Когнітивно-поведінкова терапія інсомнії. Київ, 2004. 55 с.
16. Ірвін Ялом.. Тривога і депресія: перший крок до здоров'я, 2011. 87-89 с.
17. Калошин В. Як долати стрес у педагогічній діяльності. Практична психологія та соціальна робота. Потава, 2004. 155 с.
18. Карпенко Н. А. Психологія творчості. Львів, 2016. 144 с.
19. Кисельов А. Я., Віленський. Ю. Б. Фізичні та хімічні основи кольорової фотографії. Київ, 1990. 126 с.

20. Коган, Л.Н. Теорія культури. Львів, 2008. 351 с.
21. Козак Л.А. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у пацієнтів з хронічними захворюваннями. – Київ: Видавництво «Університетська книга», 2018. 192 с.
22. Колесін А.Н., Федоров А.В. Арт-терапевтична програма «Музеум». Львів, 2016. 121 с
23. Копитін О. І. Основи арт терапії. Київ, 1999. 144 с.
24. Кузьменко Л.І. Когнітивно-поведінкова терапія депресії: практичні аспекти. Київ, 2018. 255 с.
25. Лебедева Л.Д. Педагогічні аспекти арттерапії Київ, 2000. 45 с.
26. Литвиненко А.М. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у дорослих: практичний посібник. Київ, 2018. 192 с.
27. Льюїс Л. Когнітивно-поведінкова терапія емоційних розладів. Одеса, 2018. 34 с.
28. Льюїсон Р. Як зняти тривогу. Київ, 2015. 15 с.
29. Магдисюк. Л. І. Арт-терапевтичні методи впливу на міжособистісне спілкування осіб пізньої зрілості. Переяслав-Хмельницький, 2019. 64 с.
30. Макаренко І.В. Когнітивно-поведінкова терапія при посттравматичному стресовому розладі. Київ, 2020. 256 с.
31. Миллард Д. У. Соціальна і клінічна психіатрія. Львів, 1996. 101 с.
32. Михайлова Л.В. Когнітивно-поведінкова терапія у сучасній клінічній практиці. Київ, 2019. 302 с
33. Моляко, В.О. 2015. Психологічні закономірності творчого сприймання інформаційних індикаторів реальності, Київ. 259 с.
34. Немов Р.С. Психологія. В 3 кн. Київ, 1997. 287 с.
35. Немошук А. Г. Психологія сприймання. Вінниця, 2006. 66 с.
36. Новак Л.М. Когнітивно-поведінкова терапія у профілактиці тривожних розладів: теорія та практика. Київ, 2019. 166 с.
37. Обухова Л.Ф. Детская психология. Миргород, 1996. 65 с.
38. Онацький Є. Передчуття. Буенос-Айрес, 1962. 122 с.

39. Осадчук Л. О. Образ життя оригами: оригами в педагогіці і арт-терапії. Простір арт: разом з вами, Арт-терапевтична асоціація, Київ, 2006. 52 с.
40. Остапенко В.О. Когнітивно-поведінкова терапія у лікуванні тривожних розладів у дорослих та дітей: посібник для практикуючих психотерапевтів. Київ, 2021. 201 с.
41. Павлов І.Є. Мистецтво в графічному дизайні: засоби художньообразної виразності. Харків, 2011. 209 с.
42. Палій А.А. Диференціальна психологія. Харків, 2011. 492 с.
43. Перлз Ф. Практика гештальттерапії. Київ, 2001. 133 с.
44. Петренко Т.А. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів у пацієнтів з порушеннями розвитку: практичний посібник. Київ, 2018. 177 с.
45. Петровський А.В. Загальна психологія. Одеса, 1986. URL: <https://may.alleng.org/d/psy/py132.htm>. (дата звернення: 28. 02. 2023)
46. Платонов, Ю.П. Соціальна психологія поведінки. Київ, 2003. 464 с.
47. Полін М. Як зняти тривогу та стати спокійнішим. Вінниця, 2007. 54 с.
48. Поліщук О.І. Когнітивно-поведінкова терапія тривожної депресії. Київ, 2019. 140 с.
49. Пономарьов, Я.А. Психологія творчості, Житомир, 1976. 273 с.
50. Рогов Е. И. Настольная книга практичного психолога. Львів, 2006. 384 с.
51. Рубинштейн, С.Л. Основи загальної психології. Київ. Т.2. 2002. 334 с.
52. Руденко Т.Л. Фізיותרapia. Житомир, 1996. 125 с.
53. Рудестам К. Групова психотерапія. Львів, 1999. 55 с.
54. Семенова А.В., Гурін Р.С., Осипова Т.Ю. Основи психології і педагогіки: Навч.посіб. Київ, 2006. 225 с.
55. Сидоренко І.А. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів при алкогольній залежності: практичний посібник. Київ, 2021. 221 с.
56. Сизанов А. Н. Психологические игры. Львів, 1995. 342 с.

57. Соціальна педагогіка : підручник за ред. А.Й. Капської. Київ, 2003. 256с.
58. Сухомлинський В. О. Як виховати справжню людину Київ. Т. 2. 1985. 218 с.
59. Тараріна О. В. Глибинна арт-терапія практики трансформацій. Київ, 2010. 22-53с.
60. Тараріна О.В. Тканева терапія в роботі з різними категоріями клієнтів. Київ, 2016. 55 с.
61. Торшилова Є.М., Дукаревич М.З. Художнє сприйняття живопису та структура особистості. Творчий процес та художнє сприйняття. Львів, 1978. 291 с.
62. Урванцев Л.П. Психология восприятия цвета. Методическое пособие. Переяслав, 1981. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/18722302.pdf> (дата звернення: 02. 04. 2023)
63. Фіцула М.М. Педагогіка. Навчальний посібник. Тернопіль, 1997 14-16 с.
64. Франсуаза Б. Як розмовляти з дітьми про мистецтво ХХ століття,. Київ, 2017. 66-67 с.
65. Франсуаза Б. Як розмовляти з дітьми про мистецтво. Київ, 2015. 26 с.
66. Фрілінг Г., Ауер К. Людина, колір, простір. Київ, 1973. 286 с.
67. Хоментаскас Г. Т. Семья глазами ребенка Львов, 1989. 96-98 с.
68. Хоффман К..Когнітивно-поведінкова терапія в психіатрії та психотерапії. Львів, 1985. 40-60 с.
69. Хьелл С.Л. Теории личности. (Основные положения исследования и применения). Харьков, 1997 . 608 с.
70. Цимбалюк І.М. Психологія. Київ, 1998. 303 с.
71. Цимбаляк І. М. Психологічне консультування та корекція. Київ, 2005. – 656 с.

72. Челен Дж. Тривога: Вплив на здоров'я та як з нею боротися. Київ, 2001. 55 с.
73. Чусов Ю. Физиология человека. Одеса, 1997. 358 с.
74. Швидка Н.І. Когнітивно-поведінкова терапія: Навч. посіб. Київ, 2018. 63 с.
75. Шевченко, В.Е. Принципи дизайну реклами, Київ, 2011. 146 с.
76. Шепель В.М. Народное образование. Киев, 2002. 406 с.
77. Юрик Я. Твори фотографіки в міському середовищі. Харків, 2002. 154 с.
78. Яковлева С. Емоційні механізми особистісного та творчого розвитку. Питання психологи. Київ, 1997. 20-27 с.
79. Pavelkiv, R. V. Vikova psihologiya [Age psychology: a textbook for students. higher. teach. closed] pidruchnik dlya stud. vish. navch. Zakl, K.: Kondor. [in Ukrainian]. 2011
80. Vidra, O. G. Vikova ta pedagogichna psihologiya [Age and Pedagogical Psychology: Educ. tool.] Navch. Posib, K.: Centr uchbovoyi literaturi. [in Ukrainian]. 2011



**ДОДАТКИ****Додаток А****Фоторграфії до завдання 1**

Малюнки до завдання 4

