


МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ІЗМАЇЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра загальної та практичної психології

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА
з дисципліни «Психологія»

ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ЗАСТОСУВАННЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ
ТЕХНІК У ЗАПОБІГАННІ НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У
ПІДЛІТКІВ

студентки факультету управління,
адміністрування та
інформаційної діяльності
групи 61ф
Рожкової Анастасії Володимирівни
напряму підготовки (спеціальності)
053 Психологія

Керівник: в.о. проф., д. психол. наук
Кічук А.В. 

Робота захищена _____
з оцінкою « _____ », кількість балів _____

Рецензент _____

Члени комісії:

_____ (підпис) _____ (прізвище, ініціали)

_____ (підпис) _____ (прізвище, ініціали)

_____ (підпис) _____ (прізвище, ініціали)

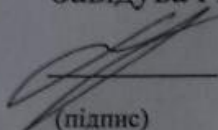
Ізмаїл - 2023

Робота допущена до захисту
на засіданні кафедри загальної та практичної психології

(назва випускової кафедри)

протокол № 7 від «08» січня 2024 р.

Завідувач кафедри



(підпис)

Магоча Т.С.

(прізвище, ініціали)

Робота пройшла публічний захист
на відкритому засіданні ЕК

«30» січня 2024 р.

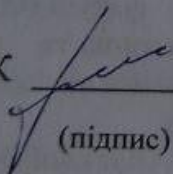
Оцінка 80

(за стобальною шкалою)

добре

(за традиційною шкалою)

Голова ЕК



(підпис)

Величенко Л.К.

(прізвище, ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМАТИКИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.....	9
1.1. Адиктивна поведінка особистості у параметрах сучасних психологічних досліджень.....	9
1.2. Нікотинова залежність особистості як психологічне явище	22
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА СУТНІСТЬ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО РОБОТИ З ПІДЛІТКАМИ ІЗ НІКОТИНОВОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ.....	30
2.1. Своєрідність підліткового вікового періоду особистості	30
2.2. Арт-терапія як психологічний інструмент	38
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ: експериментальний підхід.....	54
3.1. Організація і проведення експериментального дослідження.....	54
3.2. Розробка та реалізація арт-терапевтичної програми з запобігання нікотинової залежності у підлітків.....	70
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ.....	86
ДОДАТКИ.....	93

ВСТУП

За реалій сьогодення, коли життєдіяльність особистості відбувається в умовах потенційно травмуючих обставин воєнного стану в Україні, наслідками пандемії COVID-19, актуалізується увесь спектр проблем, пов'язаних із збереженням психофізичного стану здоров'я молоді. Наприклад, за оцінками фахівців Всесвітньої організації охорони здоров'я, від

захворювань, пов'язаних з тютюном, смертність складає понад шести мільйонів осіб на рік, а при збереженні поточного стану тютюнопаління (не враховуючи його зростання), до 2030 року ця цифра може збільшитися до 8 мільйонів. Пандемічне поширення нікотинової залежності призвело до необхідності розробки комплексних, ефективних і всепоглинаючих заходів щодо запобігання і скорочення подальшого поширення тютюнопаління.

Вивчення й узагальнення наукового доробку вчених дозволяє констатувати підвищений інтерес сучасних психологів до проблематики прояву адикцій та адиктивних форм поведінки саме у підлітків. Це дослідження таких вітчизняних фахівців, як Т. Андрєвої, М. Барамзіної, В. Бараннік, Л. Завадської, Н. Максимової, О. Сердюк, О. Ратинської, О. Яременко та ін. Вивченням залежностей, спричинених несприятливим становищем дитини в системі внутрішньо сімейних відносин займались Ю. Вишневський, І. Горькова, Г. Гурко, І. Двойменний, О. Єлізаров, Е. Заборова, В. Лелекова, А. Меренкова, В. Москаленко, Г. Орлова, Б. Павлов та ін. Вплив шкільного середовища в процесі соціалізації підлітка, а також його роль у профілактиці ранньої алкоголізації та тютюнопаління учнів представлено в роботах Б. Алмазова, В. Афанасьєва, Г. Кумаріна, В. Лозового, І. Невського, В. Степанова та ін.

На наш погляд, незважаючи на безліч психологічних підходів щодо дослідження причин та наслідків шкідливих звичок особистості, проблема раннього підліткового тютюнопаління, а також розробка системи його профілактики, спрямованої на моральне й фізичне оздоровлення підростаючого покоління та утвердження здорового способу життя, потребує подальшого вивчення.

Адиктивна (залежна) поведінка вважається однією із форм деструктивної поведінки. Вона проявляється в прагненні до уникнення реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин. Адиктивну поведінку підлітків визначено як таку, що характеризується наявністю непереборної потреби у зміні свого психічного

стану за допомогою адиктивного агента (психоактивних речовин або певних видів активності) і формується на основі біологічних (генетичних), психологічних, соціальних та симптоматичних чинників.

Науково-практичні напрацювання сучасних вітчизняних фахівців (Т. Андреева, М. Барамзіна, В. Бараннік, О. Сердюк, О. Яременко та ін.) зосереджують увагу на зростанні такого рівня адиктивної поведінки серед підлітків, як нікотина залежність, однією із форм якої вважається тютюнопаління. О. Ратинська виділяє наступні особливості підліткового періоду, які є групою факторів ризику у формуванні адиктивної поведінки: егоцентризм; протиставлення; протест; боротьба проти виховних авторитетів; сепарація (підвищене бажання стати дорослим і незалежним від сім'ї); незрілість моральних переконань; занадто чутливе реагування на пубертатні зміни; схильність перебільшувати ступінь складності проблем; криза ідентичності; негативна чи несформована Я-концепція; гіпертрофовані поведінкові реакції; перевищення пасивних копінг-стратегій у подоланні труднощів.

Отже на сьогоднішній день постає питання пошуку ефективних засобів психологічної допомоги у вирішенні такого питання. Нашу дослідницьку увагу ми спрямували на вивчення психологічних умов використання арт-терапевтичних технологій запобігання нікотинової залежності у підлітків.

Теоретичні засади, можливості та ефективність використання арт-терапії у роботі з підлітками достатньо широко розглядались наступними західними арт-терапевтами: Д. Вудз, Е. Кейн, Е. Крамер, М. Лібман, В. Ловенфельд, Ш. Макніфф, Б. Мун, Р. Сільвер.

Серед сучасних українських фахівців можна назвати таких дослідників та практиків арт-терапії, як О. Вознесенська, Н. Калька, З. Ковальчук, Л. Магдисюк, Л. Мова, П. Лушин, О. Скнар, А. Чупріков та ін. Активно розвивають ініціаційну арт-терапію О. Вознесенська, А. Старовойтов, Н. Ткаченко; легендотерапію, використання героїчного епосу, фентезі (О. Бреусенко-Кузнецов), міфодраматерапію (О. Плетка О.); створення

мультфільму за допомогою сучасних технологій анімації з терапевтичними цілями (О.Голубєва, С.Мельниченко). У публікаціях сучасних авторів відзначаються позитивні ефекти від застосування арт-терапії з підлітками при вирішенні різних психологічних завдань.

Мета дослідження – розробити та експериментально апробувати психологічний супровід нікотинової залежності у підлітків засобами арт-терапії.

Завдання дослідження: 1)проаналізувати психологічні джерела з тематики дослідження; 2)здійснити психологічну діагностику нікотинової залежності підлітків; 3)провести кількісний та якісний аналіз отриманих емпіричних даних; 4)довести ефективність використання технік арт-терапії у запобіганні нікотинової залежності у підлітків.

Гіпотеза дослідження: використання технік арт-терапії сприяє ефективному запобіганню нікотинової залежності підлітків.

Об'єктом дослідження є нікотинова залежність підлітків (тютюнопаління).

Предметом дослідження є психологічний супровід пропедевтики нікотинової залежності підлітків техніками арт-терапії.

Методи дослідження: 1) аналітичні (аналіз наукової літератури, вивчення практичного досвіду в даній області); 2) методика включеного експертного спостереження; 3) аналіз феноменологічного матеріалу, тобто суб'єктивних відгуків членів групи у процесі та наприкінці роботи арт-терапевтичної групи; 4) метод математичного аналізу; 5) діагностичні методики: 1) опитувальник «Виявлення схильності до адиктивної (залежної) поведінки» В. Зав'ялова; 2)тест «Виявлення схильності до адиктивної (залежної) поведінки» К. Фагерстрема; 3)опитувальник «Ступень мотивації куріння»; 4)методика «Виявлення відношення до тютюнопаління» В. Хриптовича; 5)методика Д. Хорн «Оцінка курительної поведінки»; 6)методика виявлення ціннісних уявлень про здоров'я Ю. Науменко; 6)арт-терапевтична

програма з запобігання нікотинової залежності у підлітків; 7) методи статистичної обробки даних (кількісний та якісний аналіз).

Результати апробації дослідження відбувались через участь у науково-практичних конференціях:

1) VII Всеукраїнська науково-практична конференція «Сучасна психологія: проблеми та перспективи». Тема доповіді: «Нікотинова залежність у підлітків: деякі психологічні аспекти проблеми» (червень 2023 року);

2) VIII Всеукраїнська науково-практична конференція «Сучасна психологія: проблеми та перспективи». Тема доповіді: «Деякі аспекти арт-терапевтичної роботи фахівця з нікотиною залежністю підлітків» (грудень 2023 року).

Робота представлена на 85 сторінках.

Структура роботи: робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел і літератури, двох таблиць та одинадцяти рисунків, додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОБЛЕМАТИКИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Адиктивна поведінка особистості у параметрах сучасних психологічних досліджень

Адиктивна (залежна) поведінка вважається однією із форм деструктивної поведінки. Вона проявляється в прагненні до уникнення реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин. Можлива постійна фіксація уваги на певних предметах або активності (видах діяльності), яка супроводжується розвитком інтенсивних емоцій. Існування поза реальністю настільки захоплює людину, що вона починає втрачати контроль над власним життям. З часом вольові зусилля зменшуються і не дають змоги протистояти адикції. І людина стає безпорадною перед своєю пристрастю [2, с. 18].

Адиктивну поведінку підлітків визначено як таку, що характеризується наявністю непереборної потреби у зміні свого психічного стану за допомогою адиктивного агента (психоактивних речовин або певних видів активності) і формується на основі біологічних (генетичних), психологічних, соціальних та симптоматичних чинників [38, с. 108].

Термін «адиктивна поведінка» походить від англ. addiction – хибна звичка, пристрасть до чого-небудь, порочна схильність. Вперше він був використаний В. Міллером з метою визначення процесу зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан людини (психоактивні речовини, алкоголь, тютюн) і формують залежну поведінку [38, с. 108].

У наукову літературу термін ввів Ц. Короленко. Вчений визначав її як один із видів девіантної поведінки з формуванням прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійною фіксацією уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримки інтенсивних емоцій [38, с. 109].

В свою чергу, розуміння поняття «адикція» В. Міллером та М. Ландрі близьке до розуміння цього поняття С. Кулаковим, який визначає адиктивну поведінку як таку, що характеризується наявністю фізичної та індивідуальної психологічної залежності [40]. Отже, термін «адиктивна поведінка» пов'язаний із терміном «залежність».

Одним із ключових аспектів, розглянутих у роботі з адиктивними особистостями є не стільки врахування форми залежності, а скільки знання особливостей формування особистості адикта. Адиктивну особистість характеризують наступні риси незрілості: невираженість інтелектуальних і духовних інтересів, твердих моральних норм, нестійкість, ненаситність, безвідповідальність, почуття стадності, прихований комплекс неповноцінності. Адикт складніше переносить труднощі повсякденного життя, ніж кризові ситуації. Зовнішня соціабельність поєднується зі страхом перед стійкими соціальними контактами та маніпулятивністю. Також може спостерігатись коли людина ухиляється від прийняття рішень, говорить неправду, і зокрема звинувачує (знецінює) інших. Для неї також характерні залежність і тривожність, схильність до коливань настрою, стереотипність, повторюваність поведінки, вона ніби існує поза «реальним» часом і простором, у моменті ілюзорного наповнення і живе від одного моменту до іншого, але не може відчувати задоволення в жодному з них. Людина то заповнює порожнечу сьогодення за допомогою насолоди, сп'яніння, виграшу, успіху тощо, або виявляється одержимим нереальністю свого переживання у формі незадоволеності, що непереможно змушують до негайного повторення адиктивних дій [34, с.95].

Фахівці однією з особливих ознак адиктів виділяють синдром дефіциту задоволення, який проявляється в постійному відчутті нудьги. Життя видається адикту сірим і одноманітним, саме тому він потребує додаткової стимуляції та спрямовує всю свою енергію на її пошук. Він зосереджується на тій сфері, яка дає йому змогу на якийсь час вирватися зі стану байдужості й апатії. До інших сфер життя адикт інтересу не виявляє.

Цікавою на наш погляд є думка Н. Пезешкіана, який виділяє чотири форми адиктивної поведінки як втечі від реальності: 1) втеча в тіло (фізичне або психічне «вдосконалення» себе; 2) втеча в роботу - концентрація на службових справах (навчанні); 3) втеча в контакти або самотність - постійне (перебільшене) прагнення до спілкування або, навпаки, до усамітнення; 4) втеча у фантазії - життя у світі ілюзій і фантазій [18, с. 96]. Зазначена типологія співпадає з думкою Е. Берна про існування в людині наступних видів так званого психологічного «голоду»: за враженнями, за визнанням, за контактом і фізичним погладженням, сексуальний голод, голод за структуруванням часу та за подіями.

Продовжуючи думку Е. Берна, його учень американський психотерапевт, доктор медицини С. Карпман розробив цікаву психологічну та соціальну модель взаємодії між людьми, так званий «драматичний трикутник» або «трикутник влади». Він побачив його в грі Е. Берна «Алкоголік», в якій кожен гравець поперемінно займає одну з трьох позицій: «Переслідувач», «Жертва» і «Рятівник». «Переслідувач» і «Жертва» потребують один одного для садо-мазохістських співзалежних стосунків, водночас «Жертва» використовує готовність «Рятівника» самостверджуватися за його рахунок. Згодом адикт підриває свою самооцінку і впадає в залежність [28, с.156].

Згадані позиції доповнюють одна одну. «Жертва» (залежний) підсвідомо або свідомо отримує негативну увагу, знімає з себе відповідальність, тим самим стабілізуючи собі самооцінку виконанням негативних дитячих програм тощо. Жодна з ролей не містить у собі стан «Дорослого», взаємодія відбувається лише між «Дитячим» та «Батьківськими» станами. «Жертва»

демонструє свою нежиттєздатність; вважає, що в неї ніби не має ресурсів для вирішення своїх проблем (або хтось інший має змінитись, заради щастя жертви); діє так, ніби потреба настільки гостра, що не залишає можливості вирішувати інші проблеми. Така позиція не дає можливості думати і відчувати одночасно. Цілі змішуються з бажаннями і виглядають наступним чином: здати свою територію, бути врятованим, бути покараним (зняти з себе відповідальність, щоб було кого звинувачувати). Провідними емоціями стає жалість до себе, образа, сором, безпорадність, страждання та ін. Основні думки: «Мені винні», «Я не можу самостійно вирішити свої проблеми», «Я в глухому куті», «Життя зі мною несправедливе» [28, с.157].

Зрозуміло, що в такому стані людина довго і самостійно перебувати не може, тому що в будь-якій ситуації можна зробити хоч якісь дії. Тому «Жертві» потрібен «Переслідувач» для виправдання своєї безпорадності. («За такої дружини не можна не пити!...». «Це мене друзі змушують вживати!...»). А «Рятівник» необхідний «Жертві» для виправдання нерозв'язності ситуації, до нього «Жертва» звертається за порятунком, а потім усіляко це спасіння саботує, щоб потім виправдати і підтвердити очікуване: «Ось бачиш, нічого не вийшло!». Звісно, поведінка «Переслідувача» агресивна та звинувачувальна. Він діє виключно у своїх інтересах; орієнтований на пошук недоліків, помилок в інших; знаходиться постійно в негативному стані, критикує позиції інших; контролює дії інших. Відповідно захоплюється чужа територія (думки, почуття, різні сфери життя), караються інші. Переважними емоціями є агресивність, почуття переваги, безсилля, ненависть, лють. Домінуючі думки: всі повинні робити на мою користь, інших потрібно контролювати, тих, хто провинився, потрібно карати та ін.

Такі відносини є заміною справжньої близькості. При постійному спілкуванні за принципом психологічних ігор (по драматичному трикутнику С. Карпмана) накопичуються негативні почуття розплати (негативні почуття, які відчуває кожна з ролей), що призводить до прогресування процесу зриву і

повернення. Неминуче це веде до залежної поведінки і використання психоактивних речовин (надалі ПАР) для зняття напруги.

У психологічній літературі виділяють наступні основні мотивації адиктивних розладів: 1) протитривожна (швидше знизити тривогу або запобігти її виникненню); 2) субмісійна (підпорядкована впливу інших); 3) гедоністична (ейфорізуюча); 4) активувальна (часто для сексуальної гіперстимуляції); 5) псевдокультурна (демонструє приналежність до даної культури, навіть якщо вона і асоціальна) [47, с. 198].

Вчені та практики виділяють наступні причини вживання психоактивних речовин: ейфорію, доступність, вплив культури, придушення болю, нудьгу, бунт, розвагу та цікавість, погіршення провокуючої ситуації, тиск однолітків, придушення стресу, дозвіл суспільства, самолікування, біохімічну схильність, фізичну залежність, підкріплення інтоксикації, зовнішній локус контролю, звичку, соціальне підкріплення, низьку самооцінку, залежну особистість, відхід від реальності, імпульсивність, моментальне задоволення, нездатність побачити альтернативи ПАР [47, с.199].

У зв'язку із особливостями онтогенетичного розвитку адикта, можна зазначити наступні особливості: адиктивні особистості, не отримавши в ранньому дитинстві доступу до емпатичної (емоційно чуйної та теплої) матері, поміщають свій материнський ідеал назовні та відгороджуються від неї. ПАР ніби заміщають перехідні об'єкти дитинства, проте вони не можуть забезпечити формування механізмів незалежності.

Отже, на наш погляд, пріоритетним у роботі з людиною, яка схильна до адиктивної поведінки є врахування типів сімей, які формують майбутнього адикта. В психологічній літературі існують наступні типи:

1)Травмуюча сім'я, в якій дитина може ідентифікуватися або з агресором, або з жертвою, відчуваючи почуття сорому і безпорадності та надалі позбавляючись від них за допомогою психоактивних речовин (далі ПАР);

2)Нав'язлива сім'я, яка покладає власні грандіозні очікування на дитину, яка згодом компенсує свою фальшиву ідентифікацію за допомогою ПАР;

3)Брехлива сім'я, у якій дитина втрачає відчуття реальності та власної особистості, відчуває сором, відчуження та деперсоналізацію, компенсуючи ці почуття за допомогою ПАР;

4)Непослідовна сім'я, в якій правила батьків різняться та до того ж змінюються на ходу, через що порушується стабільність «Супер-Его» та соціалізація, внаслідок чого створюється мотивація для вживання ПАР [4, с. 200].

Узагальнюючи проаналізовану літературу, ми можемо зробити висновки, що адиктивною особистістю не народжуються, а нею становиться людина внаслідок: 1)типу сім'ї, в якій вона народилась; 2)обставин онтогенетичного розвитку; 3)особливо травмуючих взаємовідносин, зокрема, об'єктних відносин із матір'ю; 4)соціокультурних особливостей виховання та інших. Внаслідок чого незріле Его людини формує у особистості «адаптивні» механізми пристосування до реальності у вигляді різних видів адикцій.

На наш погляд, вибір адиктивної стратегії поведінки підлітків обумовлений труднощами в адаптації до проблемних життєвих ситуацій, наприклад, складні соціально-економічні умови, численні розчарування, аварія ідеалів, конфлікти в сім'ї, втрата близьких, різка зміна звичних стереотипів.

Для нашого часу характерним є те, що відбувається дуже стрімке наростання змін у всіх сферах суспільного життя. Як ми бачимо, адиктивна (залежна) особистість у своїх спробах шукає свій універсальний і надто односторонній спосіб виживання – уникнення проблем.

Серед чинників, що впливають на формування залежного типу поведінки, фахівці виділяють наступні: 1)нестабільність політичної ситуації в країні; 2)слабка участь держави у житті народу; 3)неправильний стиль виховання дитини у сім'ї; 4)асоціальна поведінка батьків, несприятлива психологічна обстановка у ній; 5)дитячий психотравматичний фактор

адиктивної поведінки; 6)генетична схильність людини до різних форм адиктивної поведінки; 7)меланхолійний тип темпераменту людини; 8) мінімальна мозкова дисфункція та затримка психічного розвитку особистості; 9)відсутність хобі, сенсу життя; 10)тривале перебування у стані фрустрації; 11)слабкий розвиток емоційного інтелекту особистості; 12) слабка сила волі; 13)слабкий тип нервової системи; 14)стрес, депресія; 15) проблеми із навчанням, академічна заборгованість у студентів у період сесії; 16)розлучення батьків, розпад сім'ї; 17)смерть близької людини; 18)дефіцит позитивних емоцій у житті; 18)проблеми в особистому житті, відсутність взаєморозуміння з близькими та однолітками.

За видами адикції розділяють на 1)хімічні (залежні від конкретних речовин), до яких відносять наступні залежності: алкогольну залежність, тютюнопаління, наркоманію, токсикоманію, харчову залежність (переїдання, анорексія, булімія, орторексія) та 2)поведінкові (залежність від дій). Поведінкові адикції мають психологічну чи психофізіологічну природу пов'язані з повторенням нав'язливих дій, які заспокоюють чи дають відчуття задоволення. До них відносять: інтернет-залежність, комп'ютерна залежність, номофобія (залежність від мобільних телефонів), трудовоголізм (роботогольна адикція), шопоголізм, патологічна любов і сексуальна адикція та ін. [29].

Людину називають нікотино залежною в тому випадку, коли вона регулярно споживає тютюн, щоб задовольнити свій тютюновий голод і позбутися неприємного абстинентного синдрому. Психічна залежність формується також непомітно, як і нікотинова і ще більше закріплює звичку споживання тютюну. Сучасні опитування показують, що 60% чоловіків та 25% жінок займаються курінням. Останнім часом зростає кількість тютюно залежних жінок, дітей та підлітків. Помічено, що алькогольна та нікотинова адикції співіснують. Схильні до паління частіше і у великих кількостях вживають чай, каву та інші стимулятори. У кожного четвертого курця помітно виражена тютюнова залежність, яка потребує лікування. Від куріння помирає більше 3-х мільйонів осіб на рік [68].

Цікавою є думка соціологів-практиків про те, що на перший погляд тютюнопаління здається безпечним. Однак, слід звернути увагу, що нікотин, який міститься в тютюні, використовується як ейфоризуючий стимулятор і анксиолітик (протитривожний препарат). Він посилює вироблення серотоніну та знижує активність мозкових клітин. З одного боку, це послаблює тяжкі прояви стресу та призводить до виникнення почуття умиротворення. З другого боку, через деякий час відбувається збільшення кількості норадреналіну, що супроводжується приємним підвищенням активності мозку. Однак воно триває недовго (лише кілька десятків хвилин), і людина знов відчуває потребу взяти нову сигарету. Помітно заспокійливу дію куріння, як зазначають фахівці [47], має лише у пристрасних курців з допомогою ліквідації симптомів абстиненції. Нікотин підвищує швидкість реакції, загострює пасивну (невибіркову) увагу. Підвищується рівень цукру в крові та тиск крові, посилюється кровообіг. Ритм життя ніби прискорюється: серце б'ється частіше порівняно із нормою, що веде до скорочення життя в середньому на 5 років. Порівняно з некурцями, курці більш імпульсивні та екстравертовані, недобррозичливі, тривожні, схильні зловживати алкоголем та кавою, частіше розлучаються або залишають сім'ю. Слід зазначити, що шкода тютюну для підлітка посилюється необхідністю курити потай, квапливо затягуючись, що підвищує зміст нікотину та інших шкідливих речовин у тютюновому димі. Особливо багато отрут потрапляє у легені при остаточному докурюванні сигарети [10, с. 185]. «Сп'яніння» виражається в ейфорії, яка має два варіанти: 1)підвищення тону, просвітлення свідомості, прискорення мислення та 2)приємне запаморочення, розслаблення та почуття задоволення. Виникає хибне відчуття, що куріння підвищує працездатність, покращує самопочуття та настрій.

Серед ознак гострої інтоксикації (нікотинового передозування) фахівці виділяють наступні: безсоння; химерні сни; афективна нестійкість; дереалізація; зниження розумової продуктивності. І хоча б одна додаткова ознака: нудота чи блювання; проливний піт; прискорене серцебиття і серцева

аритмія. Захисними реакціями на нікотинове отруєння є сухість і першіння в горлі, кашель, запаморочення, біль голови, слинотеча, нудота і блювання, болі у животі та пронос (тобто супроводжується ознаками отруєння) Зникнення цих реакцій свідчить про сформовану нікотиноманію [21, с. 73].

Абстинентний синдром розвивається в середньому через півтори години після викурювання останньої сигарети. На фізіологічному рівні відзначається відчуття стиснення у грудях, утруднення дихання, першіння у горлі, сухість у роті чи рясне виділення слини. З'являється потреба жувати, дискомфорт у шлунку та кишечнику, що сприймається як підвищення апетиту.

На психічному рівні розвиваються астенічні розлади: дратівливість, запальність, сльозливість, пригніченість, байдужість до життя, підвищена стомлюваність, слабкість, хоча можуть бути і стани рухового занепокоєння, метушливості. Сон стає поверхневим, з рясним сновидінням, безсоння чергується із сонливістю.

Діагноз абстинентного синдрому ставиться за наявності не менше двох з наступних ознак: потяг до вживання тютюну; нездужання, слабкість; тривога; дисфорія; дратівливість чи занепокоєння, безсоння, підвищений апетит, кашель, виразка слизової порожнини рота і зниження зосередження.

Формування нікотинової залежності має свою динаміку. Так, перша стадія протікає у перші 3-5 років. Куріння набуває систематичного характеру, обирається певний сорт цигарок; збільшується їх кількість. У 85% випадків нікотинова залежність починає формуватися після викурювання першої сигарети.

Психічна залежність проявляється у двох формах: 1) психосоціальної, яка відображає прагнення курця до самоствердження, досягнення соціальної довіри та визнання, та 2) сенсорно-рухової, пов'язаної з естетичним і чуттєвим задоволенням від процедури куріння. Фармакологічна залежність має три форми: задоволення (гедоністична), седативна (для заспокоєння при стресі) та стимулююча (для збереження концентрації уваги у напруженій ситуації).

Виражена фізична залежність обумовлена розвитком абстиненції при позбавленні нікотину.

Друга стадія розтягується на багато років. Толерантність підвищується, людина викурює одну та більше пачок на добу. Виникає потреба у додаткових допінгах: міцний чай, кава, алкоголь. Через добу після помірності або спроби знизити дозу у нікотин-залежного з'являється принаймні чотири з таких ознак: пристрасне бажання закурити; дратівливість, фрустрація чи злісність; тривожність; труднощі зосередження уваги; занепокоєння; ушкодження серцебиття; підвищення апетиту.

Третя стадія проявляється у падінні толерантності з появою дискомфорту від високих доз нікотину, зникненням колишніх приємних відчуттів від куріння, падінням психічного потягу; куріння стає автоматичним. Абстиненція виражена у вигляді тяжкості в голові та головного болю, зниження апетиту, посилення спраги, пітливості, коливань пульсу та температури. У 70% хворих у перші три місяці помірності відзначаються рецидиви через збережене тяжіння до тютюну, яке посилюється після їжі, вживання алкоголю, при пробудженні, при розумовій та емоційній напрузі. Так званий «Відкат» може трапитись при зустрічі інших курців і навіть відчутті запаху тютюнового диму. Спроби перейти на легші сорти безуспішні, оскільки потрібна доза виходить за рахунок глибоких затяжок та збільшення кількості сигарет [28, с.146].

В. Макаров визначає пароксизмальну форму перебігу нікотинізму у хворих із ознаками психоорганічного синдрому. У них виникають вегетативні розлади; розвиток фобічних, депресивних та дисфоричних симптомів поєднується із споживанням непомірно високих доз нікотину. Ослаблення психопатологічної симптоматики призводить до повного чи часткового утримання протягом деякого періоду. Потім цикл повторюється.

Дослідник виділяє 3 рівні нікотиноманії, які можна виявити за допомогою наступного опитувальника. 1. Курю іноді, але припиняти зовсім не хочеться. Коли не курю, навіть не згадую про це. Можу не курити протягом

тижнів та місяців. Потім знову закурюю. 2. Курю регулярно, майже щодня. Можу припинити куріння, на самопочутті це не відбивається. Я легко припиняю куріння, але чомусь починаю знову. 3. Курю регулярно. Припинити куріння важко. Коли роблю перерву, шукаю можливість закурити. Куріння негативно відбивається на моєму здоров'ї.

Відповідно перший рівень – це шкідлива звичка, на другому рівні можна припинити тютюнопаління завдяки лише консультативній психологічній допомозі, а вже на третьому рівні необхідна психотерапія в комплексі з медикаментозним лікуванням [29, с.130].

Особливу увагу привертають дискусії відносно електронних засобів паління. Спочатку електронні сигарети вважалися менш небезпечною альтернативою традиційним, і навіть були рекомендовані в якості профілактики тютюнопаління. Однак, останнім часом все більше досліджень констатують: від них, а особливо ароматизованих е-сигарет, шкода для здоров'я навіть більша, ніж можна собі уявити [71].

В результаті у ВООЗ висловили стурбованість масовим споживанням електронних сигарет, вейпів, IQOS та Glo, особливо серед молоді. Україна займає провідне місце серед активних споживачів електронних сигарет, особливо серед молоді [72].

За даними опитування Київського міжнародного інституту соціології, поширеність куріння електронних цигарок та тютюнових виробів електричного нагріву (ТІЕН) у 2020 році в Україні значно зросла порівняно з попереднім роком [68]. Так, серед українських чоловіків, які є сьгоднішніми курцями, частка тих, хто вживає електронні сигарети, за останній рік збільшилася з 3,9% до 6,4%, а серед жінок цей показник зріс з 5,8% до 13,2% відповідно. Кількість курців-чоловіків «айкосів» та «гло» збільшилась з 1,5% до 6,1%, а серед жінок - з 3,4% до 10,5%. Це при тому, що загальна поширеність щоденного куріння серед дорослих віком 18 років і старше в Україні залишається на тому ж рівні і становить 23,1% у 2020 р. проти 24,2% у 2019 році. Зростання кількості курців у нашій країні спостерігається лише

серед молоді віком до 30 років: якщо у 2019 році в Україні серед усіх курців було 27,6% молоді, то у 2020 році ця цифра зросла до 30,4%.

Ще з 2017 року, за попередніми урядовими даними США, понад три мільйони учнів середніх та старших класів повідомили про використання електронних сигарет. Близько однієї третини підлітків заявили, що смакові якості були важливим чинником під час їхнього вибору. Пізніше, у 2019 році Національним відомством з дослідження тютюну в США серед молоді було доведено, що 97% молодих людей вважають за краще палити ароматизовані електронні сигарети [72; 73].

Як показують дослідження [34; 44; 48], формування тютюнової залежності пов'язано з впливом нікотину на нейрони та зміною їх активності. При вдиханні тютюнового диму нікотин вже протягом 10 с досягає структур мозку, де починає взаємодіяти з N-підтипом рецепторів до ацетилхоліну та активує їх. Зниження чутливості рецепторів на фоні хронічного споживання нікотину призводить до утворення додаткових ацетилхолінових рецепторів у головному мозку. В результаті в мозку курця з'являється величезна кількість ацетилхолінових рецепторів, які відрізняються підвищеною спорідненістю до нікотину. Вплив нікотину на ацетилхолінові рецептори змушує мозок виділяти ряд інших речовин, зокрема такі нейромедіатори, як норадреналін, серотонін, дофамін, ацетилхолін, гамма-аміномасляну кислоту (ГАМК), глутамат, ендорфіни, що зумовлює розвиток додаткових ефектів. Так, наприклад, викид норадреналіну викликає відчуття психокогнітивної стимуляції, ендорфіни сприяють виникненню почуття задоволення, дофамін забезпечує позитивне підкріплення. Все це сприяє формуванню психологічної залежності.

Відомо, що дофамін називається нейромедіатором задоволення. Саме ця речовина виробляється у певних структурах головного мозку, коли людина відчуває задоволення від того, що відбувається. Для вироблення дофаміну необхідні певні хімічні речовини, які беруть участь у його синтезі, наприклад амінокислота фенілаланін та вітамін В6. Оскільки у курців відбувається підвищена витрата вітаміну В6, деякі з них відчують хронічний дефіцит

позитивних емоцій. Під дією ж нікотину відбувається обман організму: приводу для позитивних емоцій немає, клітини, що виділяють дофамін, одержують хімічний сигнал необхідності його виділення. Курець справді відчуває стан, який прийнято називати задоволенням. Але в результаті такого нікотинового підстюгування дофамінергічних структур їх здатність виділяти дофамін у відповідь на звичайні сигнали виснажується [7, с. 73].

Узагальнюючи проаналізовані дослідження, ми можемо зробити наступні висновки: фахівці розрізняють певні ознаки, за якими можна визнати схильність до адиктивної поведінки: 1) нездорові відносини з улюбленими речами (діями /речовинами /продуктами); 2) зміни у поведінці; 3) погане самовідчуття за відсутністю джерела задоволення; 4) відчуття тривоги без звичних дій або препаратів, хвилювання, не можливо зосередитися на побутових справах; 5) великі витрати на задоволення (необхідні речі не купуються, займаються гроші); 6) відчуття фізіологічного дискомфорту (при намаганні відмовитися від звичного задоволення, розпочинається головний біль, порушення сну, незрозуміла втома або класична ломка; 7) швидка зміна рішень (наприклад, відмовляючись від солодкого, з'являються аргументи повернутися до його вживання); 8) неможливість сконцентрувати увагу та зосередитися на роботі; 9) змінюється звичний розпорядок дня (наприклад, день починається і проходить під гаслом улюбленої звички, ритуальної дії, якщо щось іде не так, то з'являються негативні відчуття); 10) знецінюються думки та почуття оточуючих та ін.

Слід зауважити, що існує помилка, що тютюнопаління - це всього лише спосіб життя, або одна із шкідливих звичок, тоді як насправді - це захворювання. Невипадково тютюнова залежність включена до Міжнародної класифікації хвороб у розділ «Психічні та поведінкові розлади, спричинені споживанням тютюну».

1.2. Нікотинова залежність особистості як психологічне явище

В межах міжнародного дослідницького проєкту «Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин» (ESPAD: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs), в якому Україна бере участь з 1995 року, раз на чотири роки проводиться опитування і по теперішній час. Респондентами стали учні 2003 року народження, на момент анкетування їм було 15–16 років. Відповідно до опитування ESPAD, досвід куріння сигарет є найбільш розповсюдженим у хлопців (56,2 %), ніж у дівчат (45,1 %).

Підлітки обирають як найпоширеніший спосіб вживання тютюну – куріння сигарет. Більшість курців отримали перший досвід паління саме в підлітковому віці (для кожного восьмого підлітка - 12,1%), це становить вік чотирнадцять років. Однак, як показало опитування, у кожного 10 респондента перша спроба сигарет сталася у віці 9 років і навіть молодше. Гендерної різниці у вікових межах початку куріння не виявлено. Дівчата менш схильні до формування звички курити щодня, ніж хлопці. Вікові особливості прискорюють формування нікотинової залежності, а у старшому віці ускладнює відмову від куріння.

Поширюється вживання електронних сигарет, ТВЕНів (тютюнові вироби для електричного нагрівання), кальяну, нюхального та жувального тютюну. За даними опитування половина респондентів (50,5 %) хоча б один раз у житті мали досвід куріння електронних сигарет [69]. Серйозну заклопотаність у даний час викликає активне вживання серед підлітків курильних сумішей. Наявність в їх складі синтетичних канабіноїдів та інших ПАР, чинить серйозний комплексний негативний вплив на організм, і в першу чергу на ЦНС, сприяє досить швидкому розвитку наркотичної залежності. небезпека використання, електронних систем куріння, які отримали в останні роки особливої популярності в молодіжному середовищі, пов'язана, не лише з високою ймовірністю розвитку нікотинової залежності, а й з ризиком отруєння нікотином (в наслідок неправильно підібраної суміші для заправки картриджа

чи неконтрольованого «пускання диму»), що особливо часто спостерігається серед підлітків [43, с. 142].

Фахівці звертають увагу на той факт, що використання тютюнових виробів у цьому віці, як правило, характеризується епізодичністю, безсистемністю, невеликим стажем та інтенсивністю, і, найчастіше, відсутністю нікотинової залежності [43, с. 142]. У зв'язку з цим, більшість негативних змін, обумовлених палінням, є зворотними. Але саме зворотність цих змін обумовлює особливу важливість їх корекції на даному етапі, оскільки, посилюючись під впливом інших негативних факторів, наприклад, стрес, навантаження під час навчання, несприятлива екологічна обстановка, вплив яких ускладнюється світовою пандемією COVID-19 та військовим конфліктом в Україні, вони можуть призводити до розвитку більш серйозних порушень і, в кінцевому підсумку, до захворювання. Тому відповідно до рекомендацій програми щодо зниження споживання тютюну ВООЗ, поряд з первинною профілактикою, не менш важливою вважається вторинна – медикаментозна лікувально профілактична корекція порушень, обумовлених курінням [43].

Індивідуально-особистісні особливості підлітка, схильного до адиктивної поведінки вивчали такі дослідники, як А. Буреломова, А. Гоголева, Н. Дмитрієва, В. Кабаєва, В. Менделевич, Г. Старшенбаум та ін. Аналізуючи дані дослідження, М. Львова дійшла висновку, що виявлені особливості можна розділити на дві основні групи: 1)соціально-психологічні, які характеризують міжособистісні відносини дитини з однолітками, батьками, вчителями тощо, його становище у середовищі навчання та розвитку, особливості поведінки у ситуаціях соціально-психологічної взаємодії тощо та 2)індивідуально-особистісні (ставлення підлітка до себе, особливості мотиваційної сфери, пізнавальної діяльності та інші показники особистості [28, с.48]. При цьому між соціально-психологічними та індивідуально-особистісними факторами є досить складні взаємозв'язки: вони перебувають у двосторонніх причинно-

наслідкових співвідношеннях. Вплив на фактори, які відносяться до однієї групи, приведуть до змін до іншої [29, с. 78].

Фахівці відмічають, що значна кількість підлітків страждає від початкової стадії нікотинової залежності, коли куріння має епізодичний характер. В цьому віці вона у них не супроводжується фізичною залежністю, а спостерігається лише психологічний потяг. В цьому разі рекомендовано відмовитись від тютюнопаління раз і назавжди, для усунення згубної звички у дітей, їм не потрібно тиснути на підлітка.

Зазвичай підлітки тягнуться до сигарети не в одинці, а в компанії, можливо при алкогольному сп'янінні, з чашкою кави або при спробі зняти стрес. Такі пускові механізми психологи називають «тригерами». У кожного залежного підлітка виробляється індивідуальний набір тригерів, і людина зазвичай не може усвідомлювати їх наявність і адекватно реагувати на них [34, с. 213].

Як відомо, нікотин виводиться із організму досить швидко. Кожні півтори-дві години його концентрація в крові зменшується вдвічі, і через кілька днів організм повністю очищається від нікотину, за умови, що він знову не надходить ззовні. Специфікою механізму повернення до тютюнопаління при спробі відмовитись від нього є наявність психологічної залежності. І саме через психологічну складову важко відмовитися від куріння. У людини, яка кинула палити, психологічний потяг може залишатися роками.

Дослідники серед причин виникнення психологічної залежності від куріння виділяють наступні: 1)потреба у збуджувальній дії нікотину (цигарка може стати засобом, здатним змінити звичне нудне життя); 2)куріння при труднощах у спілкуванні (підліткам важко почуватися в компанії затишно та комфортно, просто відмовчуватися не дуже зручно, і тоді паузи заповнюються палінням. Цигарки ніби стають засобом, який дозволяє спілкуватися мовчки); 3)бажання виглядати дорослішим (на жаль, сигарета виглядає символом незалежності та самостійності. Таким чином не впевнений у собі підліток, відчуває себе дитиною, яка не вміє затвердити серед однолітків своє «Я»

іншими «дорослими» якостями; 4) висока особистісна навіюваність (як соціальна істота, підліток живе за правилами та канонами свого середовища. Ідеалізація людини, яка палить, у підлітковому віці призводить до вживання тютюнових виробів, щоб бути модним, крутим, стильним; 5) недолік материнської любові (згідно психоаналітичній трактовці З. Фрейда, цигарка - це свого роду соска, тільки для дорослих. Чим більша потреба у матері, тим вища залежність від сигарети. Однак, потрібна не мати у прямому розумінні слова, а те, що вона уособлює – впевненість, затишок, спокій, відсутність проблем, зменшення тривоги та напруження. Чим складніше життя, тим сильніша несвідома потреба в «материнських символах»); 6) куріння для зняття психосексуальної напруги, яка виникає у ранньому підлітковому віці, і викликана гормональною перебудовою організму з одного боку, і ніяк не пов'язану із сексуальним життям, з другого боку, і неможливістю його повноцінно налагодити, з третього боку [36; 38; 40].

Для попередження тютюнопаління або роботи з відмови від нього, необхідно використовувати інформаційні заходи. Важливим буде, щоб таку роботу проводили ті підлітки, які вже вирішили це питання для себе. Важливим фактором є мотивація – особистісне бажання підлітка відмовитись від паління.

У своєму дослідженні ми звертаємо увагу на той факт, що при організації профілактики куріння, яка тісно пов'язана з процесом формування у підлітків навичок здорового способу життя, необхідно враховувати їх індивідуально-особистісні особливості, в цьому у разі превенція матиме позитивний результат.

Фахівці відмічають, що адиктивна поведінка проявляється наступним чином: 1) нехімічні адикції: азартні ігри; інтернет адикція; ігрова залежність; сексуальні розлади; співзалежність; шопоголізм; трудоголізм; 2) хімічні адикції: алкоголізм; наркоманія; токсикоманія; тютюнопаління; 3) проміжні адикції: переїдання; голодування.

Вирізняють такі причини адиктивної поведінки: соціально - економічні; соціальні; конституційно – біологічні; індивідуально психологічні. До соціально-економічних можна віднести наступні: інтеграція країни у світову економіку та зміну в суспільстві ставлення до видів адиктивної та асоціальної поведінки. До соціальних причин слід віднести вплив сім'ї; референтної групи; успіхів адаптації в освітній установі; засобів масової інформації та просто соціального середовища. Найбільш значущим вважається сімейний вплив. До сімейних факторів відносять наступні: 1)зловживання батьками психоактивних речовин – алкоголю, нікотину, конопель, опіодів, стимуляторів, нітритів, галюциногів, депресантів, легких інгаляторів та ін. 2)також впливають на появу адиктивної поведінки особливості сімей, де батьки страждають психічними захворюваннями; неправильне виховання – гіперопіка, гіпоопіка, потурання до дитини.

До конституційно-біологічних факторів відносять: схильність підлітка до нервово-психічних розладів або їх наявність: олігофрени, психопати, особи з органічними ураженнями головного мозку [4, 5]. До індивідуально – психологічних причин відносять - наслідування підлітка авторитетним одноліткам та наслідування дорослим. Наслідування дорослим обумовлено тим, що підлітки прагнуть бути як дорослі, виконувати ті ж соціальні ролі та функції, властиві дорослим. Спостерігаючи за ними, вони вважають, що для того, щоб бути дорослим, потрібно вживати алкоголь, тютюн іт ін. Підлітки прагнуть бути нарівні з однолітками, вести подібний образ життя, щоб уникнути глузування та засудження, щоб їх приймали та поважали. Риси особистості, які заважають соціалізації, також сприяють розвитку адиктивної поведінки, наприклад, гедонізм, завищена чи занижена самооцінка, авантюризм, підвищена конформність, акцентуації характеру, протести різного роду проти старших, спроби впоратися з емоційним переживанням, цікавість та підпорядкування загроз і тиску [5].

Фахівці виділяють п'ять етапів адиктивної поведінки підлітків:1)знайомство з предметом, який викликає адиктивну залежність.

2)людина визначає для себе значущість предмета, який залучається до цього, визначається сенс продовжувати взаємодіяти з ним. 3)виражена адиктивна поведінка. Підліток не розуміє, що він залежний, у нього з'являються такі реакції як занепокоєння, тривога, дратівливість та інші реакції. Виникає конфлікт між «Я колишнім» та «Я справжнім». 4)переважна адиктивна поведінки. Предмет залежності не приносить колишнього задоволення, особистість людини повністю зруйновано. 5)адиктивна катастрофа, тобто особистість людини повністю зруйнована в біологічному, соціальному та психологічному плані.

Допомогти людині усвідомити проблему та причини її виникнення, вирішити її можна тільки на перших двох етапах, звернувшись до психолога. На наступних етапах допомогти практично неможливо без залучання інших фахівців.

Узагальнюючи вищевикладене, ми можемо зробити наступні висновки:

1)тютюнопаління посідає перше місце серед усіх залежностей від різних речовин, зокрема, і від наркотичних і однозначно віднесено до девіантних, а точніше до адиктивних проявів особистості. Психологічні особливості девіантної особистості розглядалися в роботах багатьох дослідників (С. Белічева, Ю. Клейберг, А. Макаренко, В. Новіков, О. Олександрова та ін.).

2)залежність - такий стан особистості, при якому її настрій, думки, поведінка, почуття комфорту та безпеки залежать від зовнішніх умов. Вона реалізується у вигляді адиктивної поведінки, яка виражається в прагненні до уникнення реальності шляхом зміни свого психічного стану через прийом деяких речовин, постійної фіксації уваги на них, що супроводжується інтенсивними емоціями.

3)вивчення особистісних та поведінкових особливостей та їх впливу на статус куріння є одним з найбільш перспективних і недостатньо розроблених напрямів у системі заходів щодо зниження частоти куріння серед молодого покоління.

4) психологічна залежність від куріння будується на фіксації відчуття, що куріння викликає певний бажаний ефект.

5) до диференційованих ефектів куріння відносять: підвищення настрою, розслаблення, «кайф-ефект», стимуляцію уяви, відхід у сферу мрій, відрив від реальності, відчуженість.

6) у підлітків, які мають схильність до куріння, виражена загальна схильність до залежностей (С. Білічева, Ц. Короленко, Ю. Клейберг, А. Лічко та ін.).

7) до групи індивідуально-особистісних особливостей входять: ставлення підлітка до себе (М. Львова); низький рівень розвитку волевих якостей (дисциплінованість, організованість, витримка) (Л. Сафонова, А. Фомін); зниження значимості здоров'я як цінності (А. Буреломова).

8) підлітки, які відчувають покращення психоемоційного статусу після викурювання сигарети, відносяться до групи ризику з формування нікотинової залежності та потребують проведення з ними індивідуальної роботи з корекції способу життя.

9) під час проведення інформаційно-освітньої роботи з ними важливі поширення інформації про причини, форми, наслідки тютюнопаління та пропаганда здоров'я у стилі життя.

РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНА СУТНІСТЬ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПІДХОДУ ДО РОБОТИ З ПІДЛІТКАМИ ІЗ НІКОТИНОВОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

2.1. Своєрідність підліткового вікового періоду особистості

Підлітковий вік – складний і водночас важливий етап у житті людини.

Дитинство завершується, дитина готується вступити в доросле життя як рівноправний його учасник. Безперечно, підліток ще не досяг рівня справжньої дорослої людини ні з фізичних, ні з психологічних показників, але прагне мати рівні права з дорослими. Весь період супроводжується психологічними труднощами як для самої дитини, так і для дорослих, які оточують дитину.

У науковій психологічній літературі широко і повно представлені характеристики підлітків, основні закономірності формування особистості підлітка [1; 2; 6]. Дослідження низки авторів вивченню емоційно-вольових, інтелектуальних та поведінкових особливостей підлітків [10; 20; 23; 25]. Однак, дорослі погано обізнані з проблемами підліткового віку, що призводить до певних проблем розвитку дітей цього періоду.

Представництво Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) дає наступне визначення підліткового віку – час вагомих перемін в дитячому житті. За визначенням Організації Об'єднаних Націй підлітковий період – це віковий термін з 10 до 19 років. Це час різких фізіологічних, психологічних, соціальних змін, що трапляються з особою, і це якраз той період, коли вона нуждається як в мудрій та гармонійній батьківській підтримці, так і в свободі прийняття рішень та виявленні своїх помислів та тверджень [33].

ООН пропонує умовний поділ підліткового віку на три етапи: з 10 до 12 років – молодший підлітковий вік; з 13 до 17 років – середній підлітковий вік; із 17 до 19 років – старший підлітковий вік або юність.

Фахівці зазначають, що психічний розвиток сучасного підлітка значно відрізняється від розвитку підлітка наприкінці 20 століття. По-перше, спостерігається розмивання вікових меж. На це впливає як прискорення психічного розвитку у ранньому та дошкільному дитинстві, так і відтермінування строків входження людини до дорослого життя [4, с.7]. По-друге, слід зазначити, що у сучасній психології відсутня єдина концепція

вікових меж підліткового віку. В реальному житті діти в цей період можуть вступити з різницею на 2-3 роки (раніше або пізніше). Нижня межа досить розмита (залежно від того, ходить дитина до четвертого або п'ятого класу). Верхня межа розходиться від 14 років у вітчизняній психології до 20 років у зарубіжній психології.

Перехід до підліткового віку характеризується тим, що виникають якісні новоутворення, під якими розуміються становлення нового рівня самосвідомості, «Я-концепції», характерною рисою якої є почуття дорослості [6]. Фахівці під новоутворенням розуміють узагальнений результат цих змін, всього психічного розвитку дитини на відповідний період, який стає вихідним для формування психічних процесів та особи дитини наступного віку [23].

Вікові новоутворення цього періоду характеризуються глибокими змінами умов, які впливають на особистісний розвиток дитини і закріплюються у вигляді психологічних особливостей. Найчастіше вони стосуються фізіології організму, відносин, які складаються у підлітків з дорослими людьми та однолітками, рівня розвитку пізнавальних процесів, інтелекту та здібностей.

Вперше психологічні особливості підліткового віку описав С. Холл. Дослідник вказав на суперечливість поведінки підлітка (наприклад, інтенсивне спілкування змінюється замкнутістю, впевненість у собі перетворюється на невпевненість і сумніви у собі тощо.). Він ввів у психологію уявлення про підлітковий вік як кризовий період розвитку [25, с.91].

Почуття дорослості - це психологічний симптом початку підліткового віку. Воно є новоутворенням свідомості, через яку підліток порівнює себе з іншими (дорослими або товаришами), знаходить зразки для засвоєння, будує свої відносини з іншими людьми, перебудовує свою діяльність. Він заново створює себе через думки і оцінки інших про нього шляхом переробки зовнішньої інформації, отримуючи досвід внутрішньої оцінки, завдяки

рефлексії. Наприклад, я є той, ким мене вважають? Або я є той, ким я себе вважаю? Весь період присвячено осяганню відповідей на ці питання.

Розглядаючи біологічний аспект перехідності підліткового віку, слід зазначити, що це період статевого дозрівання, інтенсивність якого підкреслюється поняттям «гормональна буря». Фізичні, фізіологічні, психологічні зміни, поява сексуального потягу роблять цей період винятково складним як для підлітка, так і для його оточення.

На думку вітчизняних вчених, підлітковий період характеризується такими психологічними особливостями, як: 1) виникнення почуття дорослості та реакція емансипації. Так В. Ковальов зазначав, що це прагнення дорослості, самостійності, бажання звільнитися від опіки дорослих, заперечення своєї приналежності до дітей. Підлітки прагнуть розширити свої права та обмежити права дорослих щодо нього. Протест і непокоря виступають ресурсами, якими підліток використовується для зміни колишнього типу відносин із дорослими [39]. 2) реакція групування з однолітками. Спілкування з однолітками – провідний вид діяльності у підлітковому віці, навчальна діяльність відходить на задній план. Входження в групу однолітків на правах рівності, співпраці – найважливіша проблема цього віку: постійна взаємодія з товаришами породжує у підлітка прагнення зайняти серед них гідне місце і є одним із домінуючих мотивів поведінки та діяльності. Діти спілкуються групами, дружба їх дуже емоційна, насичена безліччю переживань [44, с.38]. 3) виникнення інтересу до протилежної статі. Фахівці зауважують, що фізичний та статевий розвиток породжує інтерес підлітка до іншої статі та одночасно посилюють увагу до своєї зовнішності. З'являються любовно-дружні емоційні стосунки. Нерозділена симпатія нерідко стає джерелом дуже сильних переживань. Частина підлітків отримує перший досвід статевої відносин [25, с.174]. 4) розвиток самосвідомості є найважливішою особливістю особистості підлітка. Саме у цьому віці виникає орієнтування самооцінки особистості самооцінки, від характеру якої залежить рівень домагань підлітка.

Самооцінка виникає і формується лише у процесі спілкування підлітка з іншими людьми.

С. Холл назвав цей період періодом «бурі і натиску», труднощі якого спостерігаються в особистісному розвитку, а головною особливістю можна вважати особистісну нестабільність, спостерігається суперечливість характеру та поведінки. Ще А. Фрейд відмічала специфічні особливості підлітків: 1) підлітки егоїстичні, вважають себе центром Всесвіту і в той же час здатні на відданість і самопожертву; 2) вони вступають у пристрасні любовні стосунки, але можуть припинити їх так же раптово, як і почали; 3) швидко включаються в життя спільноти і в той же час охоплені пристрасстю до самотності; 4) сліпо підкоряються лідеру і відразу бунтують проти будь-якої влади. Іноді їх поведінка по відношенню до оточуючих груба та безцеремонна, і в той же час вони самі надмірно вразливі. Їх настрій змінюється від оптимістичного до самого похмурого і песимістичного, іноді вони працюють з ентузіазмом, а іноді стають зовсім млявими та повільними.

Основні проблеми підліткового віку пов'язані з фізіологічною перебудовою організму. Підлітковим віком прийнято вважати період розвитку дітей від 11-12 до 15-16 років; при цьому межі періоду бувають гнучкими: в одних дітей фізіологічні зміни настають у 11 років, в інших – значно пізніше, у 13 років, наприклад. Специфікою фізіологічного розвитку підлітків є не тільки бурхливий, інтенсивний, але й нерівномірний розвиток органів та систем організму. Фізіологічний розвиток залежить насамперед від функціонування ендокринної системи, і важливу роль у цьому процесі відіграють гіпофіз та щитовидна заліза. Вони активізують гормони зростання та статеві гормони, які призводять до інтенсивних фізичних і фізіологічних змін. Основний стрибок зростання у дівчат починається в середньому на два роки раніше, ніж у хлопчиків, і припадає на вік 11-12 років; у хлопчиків зміна в зростанні припадає на 13 років, значна роль відводиться і індивідуальному темпу фізіологічного дозрівання.

Зміна зростання та ваги супроводжується зміною пропорцій тіла. Особливістю підліткового зростання є непропорційний розвиток різних органів: спочатку до «дорослих» розмірів збільшується голова, кисті рук і ступні, потім кінцівки (руки і ноги), і в останню чергу тулуб. Інтенсивне зростання скелета досягає 4-7 см на рік, а непропорційність призводить до деякої підліткової незграбності. Зростання тіла випереджає розвиток м'язів, мускулатури та кровоносних судин. Серцево-судинна система не справляється з навантаженням і не забезпечує кровопостачанням всі органи, лікарі відзначають ознаки хворого серця: серцебиття, підвищення артеріального тиску, головний біль, голово-кружляння. Для підлітків характерні перепади судинного та м'язового тону, вони викликають різку і часту зміну фізичного стану, підвищену емоційну збудливість і реактивність.

До труднощів розвитку дітей цього вікового періоду відноситься пристосування підлітків до тих фізичних та фізіологічних змін, які відбувається в його організмі, переживати так звану «гормональну бурю». За висловлюваннями самих підлітків: «Мое тіло у 14 років ніби розлютилося». Найчастіше підліток гостро переживає «некрасивість» власної зовнішності, як загальну незграбність, так і незграбність рухів.

У підлітковому віці з'являються вторинні статеві ознаки: фігура формується по жіночому у дівчат і по чоловічому у хлопців. Такі зміни призводять до формування нового образу власного фізичного «Я». Характерним для підлітків є суб'єктивне ставлення до себе як до дорослого, бажання жити в дорослому середовищі як повноцінний учасник життя. Підліток відчуває свої зростаючі можливості, він може активно долучатися до суспільного життя, приймати на себе відповідальні обов'язки, претендує на розширення своїх прав, поряд з цим відчуваючи глибинну самотність. У них з'являється загострене почуття власної гідності, усвідомлення себе особистістю, яку не можна принижувати та пригнічувати.

Центральним новоутворенням підліткового періоду є «почуття дорослості». Підліток претендує на рівні права із дорослими, намагається

відстояти свої вкуси, погляди, позицію та думку, прагне самостійності, захищає власні інтереси від втручання та контролю батьків, вчителів та інших дорослих. Якщо підліток не знаходить розуміння з боку дорослих, дорослі не надають самостійності та намагаються контролювати всі сторони його життя, то підлітки приймають негативні «атрибути дорослого життя»: лихослів'я, алкоголізм, куріння. Обмеження дорослими самостійності та ініціативи підлітків викликає сильну протидію, створює бар'єри у спілкуванні з дорослими та конфліктність.

На відміну від молодшого шкільного віку, у підлітковому віці з'являється недостатня впевненість у собі, усвідомлення своєї матеріальної та соціальної нестійкості, що веде до актуалізації таких негативних емоцій, як агресії, тривожності, розчарування, дратівливості та ін. На емоційне життя підлітків сьогодні також діють фактори, пов'язані з особливостями сучасного життя: стрімкі зміни соціального та фізичного середовища, підвищення темпу життя, соціальні та екологічні потрясіння, зміна соціальних цінностей. На це підлітки реагують переживаннями безсилля, туги, розпачу. У той же час у більшості випадків дорослі стали менше займатися проблемами молоді, не висловлюють чітких позицій, не показуючи своїх відносин і оцінок, не пред'являють досить ясних вимог. Недостатність підтримки з боку значних дорослих формує у підлітка почуття незахищеності, страху перед майбутнім, інфантилізм, духовну спустошеність.

У підлітків може скластися переконання, що дорослі не в змозі їм допомогти. Отже, узагальнюючи вищевикладене, можна сказати, що підлітковий вік, будучи перехідним, викликає певні труднощі не тільки у самих підлітків, а й у дорослих людей, які їх оточують. За достатньо короткий період, приблизно з 11-12 до 15-16 років, людина з дитини перетворюється у дорослого. Труднощі у підлітковому віці неминучі. Однак, питання важкості та травматичності переживання цього періоду, залежить від розвитку дитини у попередніх вікових періодах, від уміння навколишніх людей зрозуміти,

прийняти дорослішання особистості, вчасно надавати допомогу та підтримку, побудувати адекватні та гармонійні відносини.

На цьому віковому етапі соціальний контекст принципово розширюється для особистості, підліток у спілкуванні виходить за межі найближчого оточення: воно доповнюється як реальним, і віртуальним простором взаємодії. Крім того, особистості відкривається внутрішня реальність, світ смислів та переживань. Підліток, який усвідомлює себе як активного суб'єкта діяльності та носія внутрішнього світу, творчо осмислює зовнішню реальність, яка відкрилася йому, та внутрішню дійсність. При цьому раніше засвоєні від дорослих норми та цінності втрачають свою абсолютність, смислові акценти уявлень про світ зміщуються. Таким чином, підлітковий вік вперше ставить перед особистістю завдання особистісного означення світу. Засвоювані соціальні змісти трансформуються підлітком у процесі нормоутворення, соціально-рольового експериментування (А. Асмолов, В. Кальвіньо, Е. Еріксон та ін.), набуваючи вигляду особистісних смислів. Результатом даного процесу є індивідуальна система смислів, що конституює самобутність, унікальність особистості підлітка та визначальну її загальну спрямованість.

У підлітковому періоді закладаються основи цього спрямування, тому даний етап онтогенезу відіграє ключову роль у розвитку особистості. У зв'язку зі зміною системи відносин «Я - суспільство» у підлітковому віці (Д. Фельдштейн) особистість потрапляє у ситуацію зміщення здійсненої раніше «фізичної розмітки навколишнього світу» (за фізичними властивостями об'єктів, їх просторовими характеристиками тощо) і первинної «психологічної розмітки світу» (первинні моральні інстанції тощо). З одного боку, усунення смислових акцентів робить образ світу підлітка нестабільним, оскільки самі його основи втрачають характер абсолютності, а нові засади необхідно виробляти. З іншого боку, ситуація відсутності жорстких смислових диспозицій відкриває креативний потенціал для особистісно своєрідного осмислення світу. У такій ситуації смислової невизначеності людина або

залучає захисні механізми, спирається на логіку соціальної бажаності, думки та цінності референтного оточення, чи, враховуючи соціальні сенси, спираючись на них виробляє свої. Перший варіант пов'язаний зі стратегією адаптивності, другий - зі стратегією не адаптивності. У разі вибору стратегії не адаптивності формується особистісна автономність, коли підліток на якісно новому рівні виробляє «психологічну розмітку» простору людського спілкування, соціальних ролей, норм, поведінкових, які відкрилися йому, стереотипів, цінностей, «освоює» світ своїх власних думок і переживань. У ситуації, коли світ дорослих не приймає проявів неадаптивної стратегії підлітка, останній може здійснювати вчинки демонстративного, конфліктного плану, це може перевести не адаптивність особи в дезадаптивність. Логіка дезадаптивної поведінки націлена не так на самоздійснення, скільки на відстоювання меж особистісної автономності як у самоціль. В даному випадку світові дорослих дуже важливо побачити цю непродуктивну тенденцію та допомогти підлітку пройти період дорослішання без загострених негативних симптомів підліткової кризи.

Виходячи з вищесказаного, можна сказати про те, що підліток розуміє, що він вже не дитина, помічаючи сильні зміни зі своїм фізичним та статевим розвитком, відчуваючи можливості проявляти соціальну активність, виконуючи суспільно важливі справи сім'ї та школі. Специфічною для такого віку є соціальна активність - діяльність за рішенням суспільних завдань, яка виявляє рівень психічної активності і передбачає велику сприйнятливості до засвоєння цінностей, норм, варіантів поведінки, які існують у світі дорослих. Підліток намагається долучитися до життя дорослих. В новій ситуації, де все стрімко змінюється, підліток часто втрачає в ній орієнтування, при зустрічі з труднощами у нього виникає сильне почуття протидії. Підліткам притаманне бурхливий прояв своїх почуттів, він звертає увагу на себе конфліктністю. Ці та інші особливості є причинами проблем підліткового віку. І певною мірою факторами девіантної та адиктивної поведінки підлітків [1; 4; 6].

2.2. Арт-терапія як психологічний інструмент

Сучасні зарубіжні дослідники визначають арт-терапію як один з напрямів креативної терапії мистецтвом (creative art therapies) поряд з такими напрямами як терапія музикою, рухом та драматерапією [50]. Кожний з цих напрямів використовує в якості впливового фактору творчу активність клієнта (пацієнта), як правило, в рамках основної модальності, через яку клієнт себе проявляє: образотворче мистецтво, рух, танець, театральне мистецтво або музику. Цей модальний підхід переважно використовується західними фахівцями і використовується як в роботі з клієнтами, так і під час підготовки спеціалістів.

Слід зазначити, що в останні роки розвиваються інтегративні форми терапії мистецтвом, які поєднують застосування кількох модальностей водночас.

Сучасні вітчизняні дослідники (О.Л. Вознесенська, О.С. Колпакчі) визначають арт-терапію як спосіб зцілення за допомогою творчого самовираження, де під «зціленням» розуміється досягнення клієнтом цілісності [7]. Аналізуючи термін «арт-терапія», вони відмічають, що, по-перше, на жаль, іноді в колі українських фахівців використовують такі методи, які їй не притаманні, що призводить до дискредитації методу; по-друге, арт-терапія перетворюється з потужного психотерапевтичного методу на розваги, дозвілля. Однак, фахівці когнітивно-поведінкового підходу в психотерапії, клієнт-центрованої терапії використовують методи арт-терапії – малюють, ліплять з пластиліну чи глини, але не називають це арт-терапією [8, с. 44].

Низка дослідників визначають арт-терапію як терапію креативними мистецтвами та розглядають її як спеціалізований вид психологічної допомоги (у лікувальній, консультативній або реабілітаційній діяльності), для якої необхідна фахова підготовка [13; 41]. Однак, фахівці, які не надають психологічну чи лікувальну допомогу, однак працюють у сфері художньої освіти, арт-педагогіки чи спеціальної корекційної педагогіки (наприклад, педагоги, художники чи представники творчих професій), можуть

використовувати розвиваючий потенціал мистецтва у своїй професійній галузі без фахової психологічної освіти.

Вітчизняна арт-терапевтична асоціація спирається на визначення арт-терапії як «системи психологічних та психофізичних лікувально-корекційних впливів, заснованих на заняттях клієнтів (пацієнтів) образотворчою діяльністю, побудові та розвитку терапевтичних відносин [70]. А. Копитін вважає, що вона може застосовуватися з метою лікування та попередження різних хвороб, корекції порушеної поведінки та психосоціальної дезадаптації, реабілітації осіб з психічними та фізичними захворюваннями та обмеженнями, досягнення вищої якості життя та розвитку людського потенціалу [41, с. 168].

Американська арт-терапевтична асоціація визначає арт-терапію як галузь професійної діяльності, яка об'єднує турботу про ресурси людини та її психічне здоров'я, яка збагачує життя людей, сімей та суспільств за допомогою активного творчого процесу, прикладної психологічної теорії та людського досвіду в рамках психотерапевтичних відносин [45; 46]. Британська асоціація арт-терапевтів встановлює таке визначення арт-терапії як форми психотерапії, яка використовує метод мистецтва як ключовий спосіб вираження емоцій та комунікації [48].

Слід зазначити, що загальним для всіх використовуваних визначень є взаємодія клієнта з творчістю у рамках терапевтичних відносин. Як ми бачимо, обидва компоненти даного виду діяльності є важливими та невід'ємними умовами арт-терапії. Так, художнє самовираження клієнта через образотворчу діяльність не є достатнім саме по собі, обов'язково використовується психотерапевтична робота з його особистістю, спрямована на підвищення якості життя клієнта, ефективності його діяльності чи позбавлення від проявів поведінкових, соматичних (психосоматичних) та когнітивних розладів.

Арт-терапія ґрунтується на власній методології, і має теоретичні обґрунтування механізмів та факторів ефективності впливу образотворчої творчості. Спільним для всіх методів арт-терапії є використання образотворчої діяльності клієнта. Різниця методів викликана тим, що художня експресія

виникає в рамках психотерапевтичної діяльності, чії теоретичні основи не є однозначними. На думку А. Копитіна, кожен із арт-терапевтичних методів будується на наступних теоретичних обґрунтуваннях [41, с.168]:

- 1) психологічна теорія особистості, яка описує структуру особистості, її функціонування в нормі і у разі різних відхилень і в різних умовах (теорія передбачає певну концепцію символічної комунікації через художню діяльність, що має свою специфіку на різних етапах розвитку особистості, у різних станах та ситуаціях.
- 2) психологічна, клініко-психіатрична або інша концепція розладів, хвороби або психологічних проблем особистості (наявність такої концепції, яка передбачає опис біологічних, соціальних та психологічних чинників збереження психічного здоров'я.
- 3) концепція арт-терапевтичного впливу, яка пояснює вибір форм психотерапевтичних відносин, художньої експресії, видів образотворчих засобів, арт-терапевтичних технік та програм.

На сучасному етапі науково-практичного розвитку арт-терапія представлена кількома методами: 1) психодинамічним (аналітичним); 2) екзистенційно-гуманістичним; 3) сімейним системним підходом; 4) гештальт-методом; 5) клінічною системною арт-терапією (вітчизняна модель) та ін.

Представниками психодинамічної арт-терапії можна вважати таких дослідників, як Д. Віннікотт, М. Клейн, Е. Кріс, М. Міллер, М. Намбург, А. Розенцвейга, І. Чамперноун, Д. Шавер'єн.

Психодинамічна (аналітична) арт-терапія заснована на аналітичній психології особистості та юнгіанському психоаналізі. Арт-терапія тут передбачає процес художнього самовираження з подальшою аналітичною інтерпретацією художніх робіт та вилучення з цього значних смислів. Багатство художніх символів і метафор сприяє виразу неусвідомлюваного раніше психічного матеріалу. Як основний засіб виявлення прихованого матеріалу та діалогу між клієнтом та аналітиком використовується символічна експресія. Це дозволяє виражати значні несвідомі переживання як образи.

Динамічний метод арт-терапії, за визначенням його засновниці М. Намбург, спирається на можливість будь-якої людини до проєціювання своїх внутрішніх конфліктів у візуальній формі [58, с. 21]. Згідно з теорією, З. Фрейда, образотворча творчість виступає компенсаторним механізмом, що дозволяє контейнувати психічну напругу, яка виникає при незадоволенні інстинктивних потреб. На думку Фрейда, продукт художньої творчості, тим же чином, як і сновидіння, служить образному задоволенню несвідомих бажань. Виходячи з цього, механізми роботи з сновидіннями можуть бути використані і при аналізі образотворчих продуктів: заміщення, згущення, символу утворення, тотожність персонажів, зображення внутрішнього як зовнішнього [58, с. 23].

К. Юнг розглядав символічну експресію як важливу умову психічної гармонізації, яка базується на здатності психіки людини до саморегуляції. Символоутворення розглядалося дослідником як основа будь-якого акту творчості. Однак, на відміну від З. Фрейда, К. Юнг припускав, що у образотворчої продукції виражається не тільки особисте, а й колективне несвідоме. Таким чином саме образотворча творчість не тільки сприяє вирішенню внутрішніх конфліктів, але стимулює розвиток особистості та її гармонізацію через контакт з архетиповими енергіями та смислами. Більше того, прагнення до творчості закладено в людині, подібно до інстинкту і служить для вираження проявів колективного несвідомого. Загальнолюдський зміст колективного несвідомого може вступати у конфлікт із особистим змістом через образотворчу діяльність. Зцілюючий і гармонізуючий процес індивідуації, забезпечений взаємопроникненням особистого та колективного, може відбуватися в формі творчої образотворчої діяльності та приводити до максимальної самореалізації особистості.

Психотерапевтичні відносини між клієнтом та арт-терапевтом будуються на базі символічної комунікації, яка здійснюється у вигляді образотворчої діяльності. У рамках психодинамічного підходу приділяється велика увага моделі відносин клієнта та терапевта, через яку намагаються

створити ситуацію, близьку до «первинної материнської турботи». Образотворчі засоби сприяють спілкуванню через образи та художні метафори більше, ніж через мовлення, що занурює у атмосферу досвіду ранніх відносин. Завдяки підтримці, увазі та прийняттю клієнта з боку терапевта, та через використання допоміжних засобів – художніх матеріалів, у клієнта поступово, на основі прийняття даного досвіду відносин, формується найбільш автономна позиція. З розвитком терапевтичних відносин можливий перехід до різноманітних форм експресії, які включають також вербальні методи самовираження, і забезпечать більш широкий рівень комунікації та терапії [17, с. 37].

Функції успішної арт-терапії у руслі даного методу тісно пов'язані з успішністю встановлення якісних терапевтичних відносин. Однією з найважливіших умов стійких відносин тут виступає резонанс, емпатичне приєднання терапевта до переживань клієнта. На думку А. Копитіна, особливістю психологічного резонансу в арт-терапії є те, що він відбувається як шляхом прямого «налаштування» на клієнта, так і налаштування терапевта на його образотворчу продукцію з досить глибоким її переживанням та осмисленням» [17, с. 47].

Сам процес художньої творчості в рамках психодинамічного методу основною метою роботи передбачає вираження, усвідомлення та інтеграцію несвідомого психічного матеріалу, що надає особливої значущості вільному висловленню клієнтами своїх почуттів і переживань, фасилітації їхньої експресії та подальшого аналізу; інтерпретації одержаних робіт. У роботі з клієнтами арт-терапевти прагнуть зайняти недирективну позицію, надаючи клієнтам свободу в змісті робіт, вибір матеріалів і технік зображення. Спеціальні техніки фасилітації образотворчої діяльності спочатку зародилися в психодинамічній арт-терапії, але зараз вони використовуються представниками інших підходів у арт-терапії.

Представниками гуманістичного спрямування арт-терапії є М. Бетенскі, Ш. Макніфф, Б. Мун, Н. Роджерс, Д. Рін, Л. Сільверстоун. Гуманістичний

метод арт-терапії заснований на проблемі індивідуальності людини, яка розглядається як щось первинно задане та духовне. Основний фокус уваги знаходиться на прагненні людини в майбутнє, на прояві індивідуальності та творчого потенціалу особистості, розвитку збалансованої особистості, здатної адекватно приймати неминучі внутрішні кризи. Е. Крамер характеризує можливості арт-терапії наступним чином: арт-терапія не може скасувати попередні травми або вилікувати глибокі емоційні порушення. Вона може мобілізувати та розвинути внутрішні ресурси, зменшити жах самотності і таким чином відкрити шлях до емоційного зростання та реабілітації» [49, с.52].

Корекційний механізм арт-терапії у цьому напрямку пов'язується з дослідженням, прийняттям та зміцненням «Я»-позиції клієнта через самореалізацію та самовираження у вільній творчості. Художній образ, який створюється в образотворчій діяльності сприяє об'єктивізації значних установок клієнта та його картини світу, сприяючи поліпшенню комунікації зі значними «іншими» (наприклад, сім'єю, друзями, колегами тощо). Іншим важливим корекційним механізмом дії у груповій арт-терапії гуманістичного напрямку є інтерес членів групи та прийняття ними продуктів творчості кожного учасника. Відношення групи до образотворчої діяльності клієнта підвищує в його очах власну цінність і сприяє підвищенню самоприйняття та самоповаги [52, с.46].

Ми вважаємо необхідним звернути увагу на той факт, що гуманістичний метод арт-терапії спирається на терапевтичний потенціал творчого процесу. Так К. Роджерс відмічав, що те, що є творчим, часто терапевтично, те, що терапевтично, часто представляє творчий процес [13]. Процес творчості є способом дослідження реальності, відкриття у собі та у світі нових, незвіданих сторін, втілення у вигляді художніх образів самих сміливих бажань та фантазій. Даний підхід також дозволяє працювати з оптимізацією самовідносини, оскільки розкриття у собі творчих здібностей та талантів веде до глибокого задоволення.

В. Нікітін зазначає, що у просторі мистецтва особистість заново створює себе; висловлює те, що не дозволяє собі висловити в умовах буденності; відкриває у собі нові можливості та творчі здібності; переживає особливе почуття трансцендентальності та краси; розширює межі сприйняття та свідомості, змінюючи своє ставлення до реальності і до себе [9, с. 268].

Таку «лікувальну» властивість мистецтва використовували першопрохідники арт-терапії. Серед яких можна виділити таку дослідницю, як Е. Крамер, яка наголошувала на мистецтві, творчості як психотерапії, а не так як на психотерапію, яка використовує мистецтво як інструмент» [54, с. 86]. Д. Рін вважала творчість процесом усвідомлення свого сьогодення [59, с. 109]. У зв'язку з цим основними завданнями клієнта арт-терапії будуть наступні: довіра до свого сприйняття, свобода вибору художніх матеріалів та способів самовираження, відмова від порівняння продуктів своєї творчості з творами інших учасників. Художня творчість може підтримувати постійний процес зміни кожної людини, дозволяючи їй експериментувати та забезпечуючи особистісне зростання. В свою чергу Н. Роджерс поєднала клієнт-центрований підхід К. Роджерса з творчим самовираженням через експресивні мистецтва, що визначило метод терапії експресивними мистецтвами. Основу програм Н. Роджерс складає творчий процес та творчий зв'язок, які залучають і охоплюють всі почуття та відчуття клієнта, що народжують всередині інсайти та особистісні відкриття [55, с.130].

На відміну від психодинамічного методу, арт-терапевти гуманістичного спрямування не ставлять перед собою обов'язкового завдання інтерпретації роботи клієнта, з'ясування її прихованого змісту та значення. Головний акцент робиться на тому, як сам клієнт сприймає свій художній твір, на вираження його почуттів, які проживаються у даний момент. Даючи зворотний зв'язок, арт-терапевт може описати своє сприйняття роботи клієнта, не піддаючи аналізу саму роботу. В даному разі інтроспекція клієнта має найважливіше значення.

Екзистенційна арт-терапія – це динамічний метод терапевтичного застосування мистецтва та його продуктів, який фокусує увагу до найважливіших питань людського буття [57, с.3]. Серце екзистенційної арт-терапії - це процес художньої експресії, яка запускає систему особистісного смислоутворення. Аналіз значення творів клієнта в даному методі не проводиться, так же, як і в гуманістичному напрямі. Основні завдання екзистенційного арт-терапевта, на думку Б. Муна, це: «робити разом», що передбачає спільне залучення клієнта та терапевта у процес творчості, невербальна комунікація через створення художніх творів; бути відкритим, що означає можливість абсолютного ухвалення того, що може висловлювати клієнт у роботі; поважати біль клієнта, визнаючи важливість страждання як невід'ємну частина життєвого шляху.

Усі ці завдання разом забезпечують ключовий процес екзистенційної арт-терапії – «спільної творчої подорожі» [57, с. 87], яка проходить шляхом від художньої творчості та експресії до усвідомленості, а отже, до можливості змін.

Одним із сучасних напрямків арт-терапії є позитивна арт-терапія, яка ґрунтується на положеннях позитивної психології. Так Р. Вілкінсон та Г. Чілтон пропонують систематичний підхід до поєднання позитивної психології з потужним потенціалом арт-терапії для мобілізації ресурсів клієнта, входження до стан потоку та стимуляції позитивних емоцій, перебудови переконань, зміцнення здорових взаємовідносин та знаходження нових життєвих смислів [65, с.43]. Вони зазначають, що вся історія арт-терапії, заснована на роботі з негативними сторонами життєвого досвіду, болем, стражданням, виявленням проблем та того, що погано і з якої причини.

Дослідник Ш. МакНіфф фокус уваги звертає на наступне: арт-терапія за весь час її існування була спрямована на то, як вона може виправити біль і травми минулого, менше уваги приділяючи зцілюючим властивостям мистецтва [56, с.17]. Звичайно, позитивний напрямок не пропонує заплющувати очі на негативні явища або змістити фокус сприйняття лише на

позитивні явища. Позитивна арт-терапія залучає клієнта до процесу створення образу, уявлення майбутнього благополуччя, фокусуючи його увагу на можливостях та ресурсах.

Вітчизняний метод арт-терапії в основному представлений системною клінічною арт-терапією (КСАТ), яка має переважно лікувально-профілактичну спрямованість, засновану на розгляді індивіда як цілісного біопсихосоціального феномену, визначенні хвороби та психосоціальних причин дисфункцій та причин їх розвитку. Основні фактори реабілітаційного впливу арт-терапії у моделі КСАТ схожі з факторами інших методів психотерапії (мабуть, крім творчої активності, яка має визначальне значення саме для методів арт-терапії) наступні: творча активність клієнта; образотворча діяльність; психотерапевтичні та групові відносини; вербальна та невербальна комунікація між клієнтом та терапевтом, або між учасниками групи.

Сам план арт-терапевтичної роботи будується за планом лікувально-реабілітаційного процесу, що має три основні етапи: початковий (кризовий), лікувальний та реабілітаційний. Арт-терапевтичне втручання може відбуватися за умов психіатричного стаціонару або відділення, або з урахуванням реабілітаційних центрів. Зрозуміло, що він здійснюється виключно фахівцями з клінічною підготовкою або лікарями-психотерапевтами.

У вітчизняній психології подібні дослідження почалися лише у 90-х роках ХХ століття. Сучасна дослідниця розвитку арт-терапевтичного напрямку О. Вознесенська виокремлює наступні особливості її застосування в Україні: 1) синтез арт-діяльності та психотерапевтичних форм роботи; 2) опора на народне мистецтво; 3) переважний розвиток в соціальній сфері та освіті; 4) мультимодальність; 5) тягіння до використання принципово нових форм арт-терапії, нових підходів в мистецтві взагалі, постмодерністського підходу до терапевтичної роботи [7, с. 5]. Серед останніх можна виділити принципово нові форми арт-терапії, такі як ландшафтна, ініціаційна, постмодерністська.

Серед сучасних українських фахівців можна назвати таких дослідників та практиків арт-терапії, як О. Вознесенська, Н. Калька, З. Ковальчук, Л. Магдисюк, Л. Мова, П. Лушин, О. Скар, А. Чупріков та ін. Активно розвивають ініціативну арт-терапію О. Вознесенська, А. Старовойтов, Н. Ткаченко; легендотерапію, використання героїчного епосу, фентезі (О. Бреусенко-Кузнєцов), міфодраматерапію (О. Плетка О.); створення мультфільму за допомогою сучасних технологій анімації з терапевтичними цілями (О.Голубєва, С.Мельниченко).

У публікаціях сучасних авторів відзначаються позитивні ефекти від застосування арт-терапії з підлітками при вирішенні різних психологічних завдань [9; 13]. На основі проведеного аналізу джерел можна визначити такі сфери застосування методів арт-терапії при роботі з підлітками: 1)розвиток творчих здібностей; 2)формування позитивного образу «я» та підвищення самооцінки; 3)покращення навичок міжособистісної комунікації; 4)зниження рівня стресу; 5)зниження тривожності та робота зі страхами; 6)подолання агресії; 7)психосоціальна адаптація; 8)емоційний розвиток; 9)профілактика девіантної поведінки; 10)реабілітація після психічних травм; 11)різні залежності (алкогольна, наркотична, тютюнова, ігрова); 12)профілактика екстремістської поведінки та ін.

І. Малкіна-Пих наводить докази про ефективність арт-терапії в роботі з віковими кризами, говорячи про те, що арт-терапія дозволяє «на символічному рівні експериментувати з різними почуттями, досліджувати та висловлювати їх у соціально прийнятній формі, дозволяє пропрацювати пригнічені думки та емоції. Робота над малюнками, картинами, скульптурами – безпечний спосіб розрядки руйнівних та саморуйнівних тенденцій» [16, с. 129].

Позначимо особливості застосування методів арт-терапії під час роботи з підлітками. Перша особливість стосується формату роботи. В більшості випадків груповий формат роботи буде сприятливішим для підлітків, ніж індивідуальний. По-перше, він дає більше почуття психологічної захищеності, дозволяючи учасникам самостійно встановлювати міру своєї залученості та

розкриття. По-друге, це дозволяє уникнути небажаного опору в індивідуальній роботі, спричиненому негативним ставленням підлітків до дорослих людей та авторитетів. По-третє, у період зміни провідної діяльності та зростаючої важливості думки референтної групи, емоційна підтримка інших учасників групи може бути одним з найпотужніших засобів роботи з самоповагою підлітка.

Щодо варіантів організації груп, вони можуть бути тематичними, динамічними чи студійними. Особливістю підліткових груп є загострена реакція на появу нових членів групи, тому бажано робити групи закритими або напівзакритими, а за необхідності додавання до неї нового учасника вести підготовчу роботу.

Можливість невербальної комунікації має важливу роль при роботі із підлітками. Це допомагає висловлювати себе тим дітям, які мають складнощі в міжособистісному спілкуванні, що сприяє вираженню неусвідомлюваного насамперед психічного матеріалу через символи та метафори, перешкоджає посиленню захисту та приховуванню переживань, які можуть виникати при вербальній комунікації з терапевтом. Обговорення та інтерпретації робіт учасників арт-терапевтичного процесу також бажано робити застосуванням метафор, уникаючи однозначних та прямих трактувань [8, с.41].

Різні підходи пропонуються авторами для роботи з продуктами підліткової творчості. Перший підхід засновано на психодинамічному методі арт-терапії, і має на увазі наявність у малюнку прихованого символічного змісту, що відображає наявний у несвідомому конфлікт, спричинений придушенням сексуальних інстинктів. Подібні інтерпретації у роботі з підлітком можуть призвести до повного закриття клієнта та відмови від подальшої роботи [9].

Другий підхід відноситься до психодіагностичних методик і використання типологізованих трактувань. Такий метод передбачає намір визначити патологію клієнта, націлений на виявлення будь-яких відхилень у

клієнта. Цей підхід, на нашу думку, може бути надто поверховим і не враховувати важливого змісту робіт клієнта.

Нам найближче підхід гуманістичного методу, в якому образ приходить не для того, щоб заподіяти нам біль або конфліктувати з нами, але щоб донести деяке повідомлення, поговорити з нами. Образи, які приходять через заняття мистецтвом можуть бути страшними, некомфортними, турбуючими, але деструктивні за своєю природою [56, с.102].

Так, під час роботи з підлітковими групами, арт-терапевт може попросити розповісти історію про малюнок його творця та інших учасників групи. Кожен із них розповість зовсім різні історії про один і той же малюнок. Дослідник Б. Мун, який має великий досвід роботи із підлітками, відзначав, що якби малюнок сам по собі вмів казати, він би теж розповів нам свою історію, відмінну від тих, що ми про нього вже чули [57, с.80].

Арт-терапевту слід бути максимально відкритим і пам'ятати, що він працює з особистістю художника, з його особливим унікальним світом, що вимагають максимальної поваги. В інтерпретації підліткових малюнків не може бути нічого заданого чи зумовленого, не існує формул, якими можна провести аналіз. Робота в руслі арт-терапії з підлітками – це завжди зона невизначеності, розпливчастості, де ніщо не є абсолютним та однозначним. У цих умовах відкритість арт-терапевта має величезну цінність.

Кожна з цих фаз має відмінні риси як у відносинах клієнта та арт-терапевта, так і свої прояви у малюнках. Працюючи з підлітками за умов освітнього закладу бажано не обмежувати сесії одним уроком, по можливості роблячи тривалість зустрічі до півтори години. Структуровані заняття можуть бути кращими, оскільки дають відчуття більшого контролю та безпеки [53, с.78].

Для роботи з підлітками дуже важливо облаштувати простір для занять. Основні характеристики приміщення повинні відповідати наступним ключовим параметрам: 1) постійність та незмінність. При реалізації арт-терапії у умовах освітньої установи бажано зберігати постійне приміщення для

занять, це забезпечує відчуття стабільності та безпеки процесу. 2)самотність. Необхідно захистити простір від вторгнення сторонніх на час практики, а також від можливості спостерігати процес стороннім. Це допоможе створити безпечний для розкриття простір. 3)творча площадка. Місце має стимулювати творчу взаємодію між підлітками, арт-терапевтом та художніми матеріалами [53, с.80].

Таким чином, ми можемо зробити наступні висновки: виокремлюються дві найважливіші складові арт-терапії: заняття образотворчою діяльністю та терапевтичні відносини. Розглянувши особливості різних методів арт-терапії, таких як психодинамічний (аналітичний), гуманістичний (і його підвиди, екзистенційний та позитивний), системно-клінічний, свою роботу ми здійснювали в руслі гуманістичного методу, який містить наступні теоретичні підстави:

1.В основі методу лежить гуманістична теорія особистості, якою особистість розглядається не як пацієнт, а як Клієнт, який несе відповідальність за своє життя, який є активним творцем власного життя. Робота спрямована на позитивне зростання, зміцнення позиції «Я» та самооцінки, самореалізацію та розвиток особистості. Гуманістичний метод арт-терапії спирається на терапевтичний потенціал найбільш творчого процесу.

2. Корекційний механізм арт-терапії пов'язаний із дослідженням, прийняттям та зміцненням «Я»-позиції клієнта через самореалізацію та самовираження у вільній творчості. Створюваний в образотворчій діяльності художній образ сприяє об'єктивізації значимих установок клієнта та його картини світу, сприяючи покращенню комунікації зі значними «іншими» (сім'єю, друзями, однолітками та ін.).

3. Іншим корекційним механізмом дії є інтерес членів групи та прийняття ними продуктів творчості кожного учасника. Ставлення групи до образотворчої діяльності клієнта підвищує в його очах власну цінність і сприяє підвищенню самоприйняття та самоповаги.

4. Арт-терапевт несе функцію фасилітації процесу, спонукаючи учасників арт-терапії жити в сьогоденні та вільно висловлювати те, що вони відчують, допомагати усвідомити те, що народжується в образах, ґрунтуючись на інтерпретації самих клієнтів.

5. Специфіка арт-терапії з підлітками була вивчена у роботах наступних авторів: Ю. Борздіко, М. Вальдес-Одріосоли, Д. Вудз, Е. Кейн, А. Копитіна, Е. Крамер, М. Лібман, В. Ловенфельд, Макніфф, Б. Мун, Р. Сільвер та інших.

6. При розробці програми арт-терапії нами було враховано наступні особливості арт-терапії з підлітками: 1) переважність групового формату роботи, група може бути закритою або напівзакритою; 2) структуровані заняття дають відчуття більшої безпеки; 3) мають бути дотримані особливі вимоги до приміщення, які забезпечують стабільність, безпеку та стимуляцію творчості; 4) невербальні методи комунікації особливо вітаються, оскільки допомагають висловити переживання, які складно усвідомлюються, і зустрічають менше опору. 5) інтерпретація робіт підлітків має по можливості виходити від самих клієнтів, з великою увагою до інтроспекції. При необхідності зворотного зв'язку від ведучого бажано застосовувати непрямі питання та метафоричні способи інтерпретацій.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ: ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИЙ ПІДХІД

3.1. Організація і проведення експериментального дослідження

У своєму дослідженні ми припустили, що при організації профілактики куріння, яка тісно пов'язана з процесом формування у підлітків навичок здорового способу життя, необхідно враховувати їх індивідуально-особистісні особливості, у цьому випадку превенція матиме позитивний результат. При розробці емпіричного дослідження ми спиралися на такі теоретичні положення: 1)у підлітків, які мають схильність до куріння, виражена загальна схильність до залежностей (С. Белічева, Ю. Клейберг, Ц. Короленко, А. Личко та ін); 2)до групи індивідуально-особистісних особливостей входять: ставлення підлітка до себе (М. Львова); низький рівень розвитку вольових якостей (дисциплінованість, організованість, витримка) (Л. Сафонова, А. Фомін); зниження значимості здоров'я як цінності (А. Буреломова).

У процесі емпіричного дослідження ми спиралися на наступні припущення: у підлітків, які мають схильність до залежності від куріння, 1)виражені мотиви куріння; 2)спостерігається загальна схильність то адиктивної (залежної) поведінки; 3)порушена самооцінка; 4)знижений рівень значимості здоров'я як цінності; 5)недооцінка своїх вольових якостей; 6)проблеми із самовідношенням.

Дослідження проводилося у три етапи:

Перший етап включав вибір і обґрунтування проблеми, теоретичне вивчення стану проблеми в психологічній теорії та практиці, складання програми дослідження.

Другий етап був присвячений експериментальному дослідженню, під час якого уточнювалась та перевірялася основна гіпотеза. Експеримент включав констатуючий, формуючий і контрольний етапи. На констатуючому етапі було проведено дослідження 22 підлітків (з них 14 хлопчиків та 8 дівчат), відбір учасників контрольної та експериментальної груп, розробка арт-терапевтичного тренінгу за запобігання нікотинової залежності у підлітків.

У ході формуючого експерименту проводилася практична корекційна робота з експериментальною групою за розробленим тренінгом. Результати роботи та оцінка ефективності програми проводилася на контрольному етапі експерименту. Експериментальною базою дослідження стали 22 підлітка, з них 14 хлопців та 8 дівчат.

Нами було використано наступні методики:

1)опитувальник «Виявлення схильності до адиктивної (залежної) поведінки» В. Зав'ялова [69, с. 163];

2)тест «Виявлення схильності до адиктивної (залежної) поведінки» К. Фагерстрема [69, с. 163];

3)опитувальник «Ступень мотивації куріння»;

4)методика «Виявлення відношення до тютюнопаління» В. Хриптовича [11];

5)методика Д. Хорн «Оцінка курительної поведінки» [69, с.165]. ;

6)методика виявлення ціннісних уявлень про здоров'я Ю. Науменко [69, с.164].

Для здійснення завдання нам необхідно було провести діагностику «Виявлення схильності до адиктивної (залежної) поведінки» (опитувальник В. Зав'ялова). Отримані дані за цією методикою дозволяють говорити, що в цілому схильність до даного виду поведінки у 41,0% підлітків проявляється в середній мірі ймовірності, випадки попадання в «групу ризику» за схильністю

до адиктивної поведінки 9%. Також з'ясовано, що 50,0 % підлітків тією чи іншою мірою схильні до різних адикцій, у тому числі й куріння, а отже, підліткове середовище потребує пильної уваги з боку педагогів та батьків.

Аналізуючи результати діагностики за методикою В. Зав'ялова, ми спостерігаємо, що схильність до адиктивної поведінки обумовлена 1)непевненістю підлітка в собі (50 %), 2)низькою стійкістю до психічних навантажень та стресів (45 %), 3)тривожністю та напруженістю у спілкуванні у навчальному закладі (32 %), а також іншими причинами: 4)залежність від друзів (27 %), 5)труднощі спілкування з однолітками (27 %), 6)прагнення до отримання нових відчуттів (18 %), 7)нестерпність конфліктів (14 %), 8)захворювання (9 %), 9)обтяжена спадковість (9%) (алкоголізм, наркоманія та ін.) (див. Рис.3.1.).

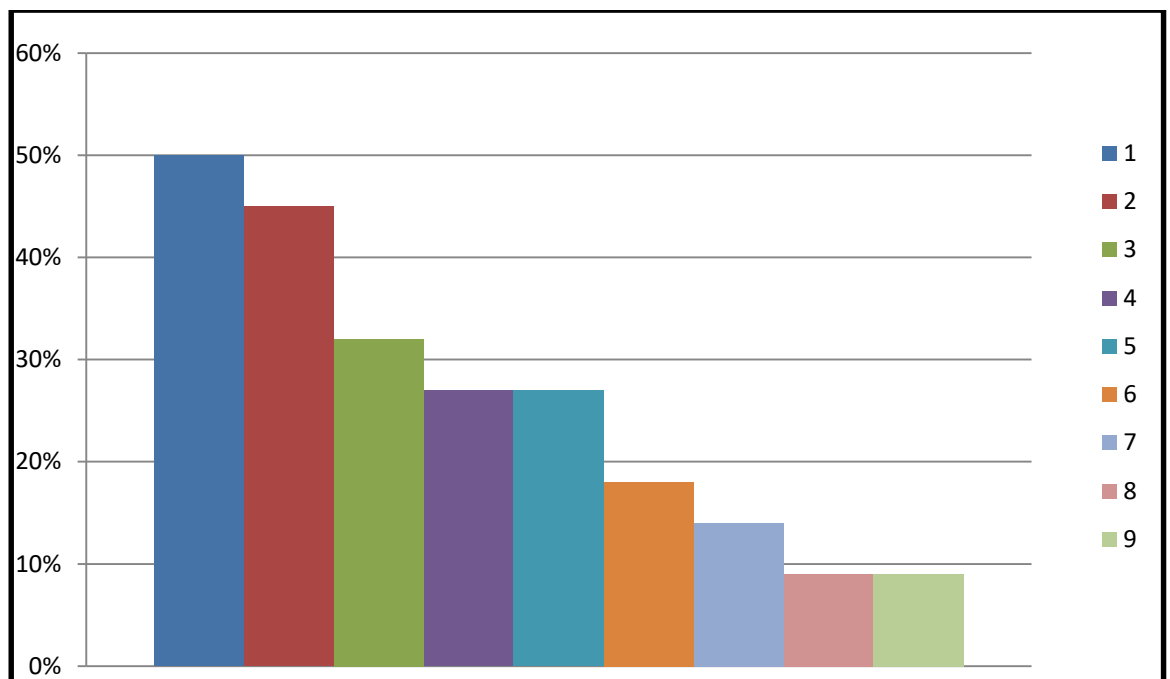


Рис. 3.1. Показники схильності підлітків до адикцій (за опитувальником В. Зав'ялова)

На наступному етапі дослідження нам необхідно було провести тест шведського вченого Карла Фагерстрема, який спрямовано на визначення ніотинової залежності та дозволяє отримати кількісну оцінку ніотинової залежності. Тест визначає зв'язок між індивідуальним балом та вагою прояву абстинентного синдрому. Під абстинентним синдромом мається на увазі

сукупність ознак різного ступеня тяжкості, які виникають при повному припиненні куріння тютюну або зниженні дози його застосування після частого вживання (див. Рис.3.2.)

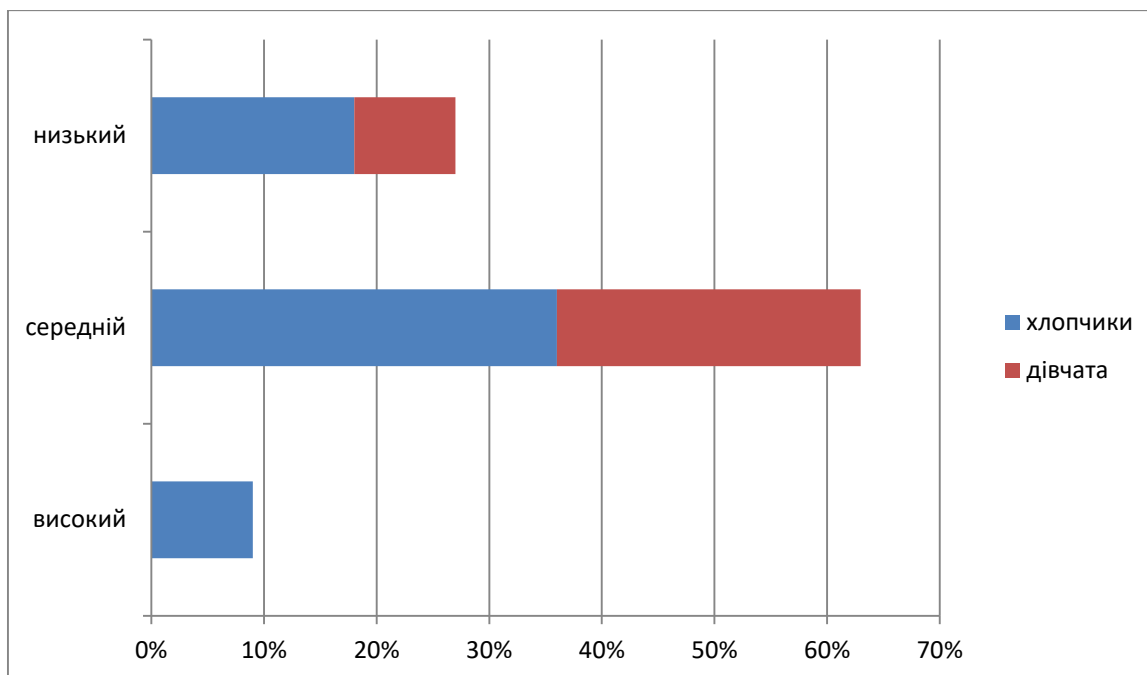


Рис. 3.2. Рівень ніотинової залежності за тестом К. Фагерстрема

Серед 22 респондентів (14 хлопців та 8 дівчат) було виявлено, що високий рівень залежності мають 2 хлопців – 9%. Середній рівень - загальний показник 14 осіб – 64% від загальної кількості респондентів, хлопці 8 осіб – 36% та дівчата 6 осіб - 27%. Низький рівень ніотинової залежності у 6 осіб – 27%, серед них відповідно у хлопців 4 особи – 18%, у дівчат 2 особи – 9%.

У 9% респондентів спостерігається високий рівень залежності, для цієї категорії підлітків вже необхідна третинна профілактика, що включає використання препаратів заміщення нікотину. У 64% учнів вже сформовано початкову стадію залежності, яка ще не потребує медикаментозного втручання, але вже необхідні профілактичні заходи щодо запобігання психологічної залежності. Орієнтовано на цих підлітків нам буде необхідно розробити арт-терапевтичний тренінг з запобігання у них тютюнопаління. Було виявлено, що у нашій групі респондентів хлопці більш схильні до залежності від тютюну.

Щоб довести достовірність результатів, ми вибрали наступну діагностичну методику: анкета Д. Хорна «Оцінка типу курильної поведінки». Виходячи з її питань та назви, можна зробити висновок, що на цю тему ми можемо діагностувати лише тих респондентів, у яких є не просто досвід паління, а спостерігається більш - менш наявність куріння. Результати представлені в Таблиці 3.1. Оцінка типу курильної поведінки.

В результаті ми виявили, що у двох підлітків другий тип курильної поведінки, який називається «Гра з цигаркою». Насправді, підліток не стільки палить, скільки «грає» в тютюнопаління. Для нього значимі «курильні» атрибути: запальнички, попільнички, вид тютюну. Наприклад, часто такі люди намагаються випускати дим на власний спосіб. В основному люди з таким типом курильної поведінки та стилю, курять в ситуаціях спілкування, із друзями за компанію. Тютюнопалінням займаються не часто, як правило, 2-3 рази на добу.

У 4-х підлітків розвинений саме третій тип курильної поведінки, який називається «Розслаблення». Вони курять тільки у зручних, приємних умовах, за обставин, коли вони відпочивають. За допомогою тютюнопаління індивід отримує «додаткову насолоду» від дозвілля. Такі люди довго намагаються кинути палити, зазвичай часто повертаються до цієї згубної звички.

Таблиця 3.1.

Дані типу курильної поведінки респондентів за методикою Д. Хорна

Назва типу курильної поведінки	Кількість осіб	Показник у %	Інтерпретація результату
«Гра з сигаретою»	2	9	Людина ніби «грає» у паління. Їй важливі «курильні» аксесуари: запальнички, попільнички, сорт цигарок.
«Розслаблення»	4	18	Курять лише у комфортних умовах. За допомогою куріння

			людина отримує «додаткове задоволення» від відпочинку.
«Підтримка»	4	18	Цей тип куріння пов'язаний із ситуаціями хвилювання, емоційного напруження, дискомфорту. Курять, щоб стримати гнів, подолати сором'язливість, зібратися з духом, розібратися в неприємній ситуації.
«Жага»	10	46	Даний тип куріння обумовлений фізичною прихильністю до тютюну. Людина закурює, коли знижується концентрація нікотину у крові. Курить у будь-якій ситуації, всупереч заборонам.
«Рефлекс»	1	4,5	Курці цього типу не тільки не усвідомлюють причин свого куріння, але часто не помічають сам факт куріння.
«Стимуляція»	1	4,5	Курець вірить, що сигарета має стимулюючу дію: підбадьорює, знімає втому.

Як показала діагностика, 4 (18 %) підлітки мають тип курильної поведінки під назвою «Підтримка». Він характеризується тим, що пов'язаний із ситуаціями занепокоєння, психологічної незручності, дискомфорту. Діти курять тютюн, щоб утримати агресію, перемогти сором'язливість, сконцентруватися в некомфортних умовах. Пристрасть до куріння таких людей формується, як і до засобу, який знижує чуттєву напруженість. Все це дозволяє зробити висновок, що ці підлітки курять як правило, щоб розслабитися, зняти напругу, отримати задоволення, або щоб бути причетним до компанії, тобто їм подобається сприймати ситуацію, як гру. З такими

підлітками цілком можливо працювати в рамках комплексу занять із вторинної профілактики тютюнопаління. Нагадаємо, їх якраз 12, що підтверджує результати нашої першої діагностики.

Такий тип курильної поведінки, як «Жага» розвинений у 10 підлітків. Даний тип куріння обумовлений вже фізичною прихильністю до тютюну. Людина закурює, коли знижується рівень нікотину в крові. Курить у будь-якій ситуації, всупереч заборонам. Курильна поведінка під назвою «Рефлекс» виявлена діагностикою у 1 підлітка. Залежні даного типу не тільки не усвідомлюють передумов своєї адикції, але і, як правило, не відзначають сам факт куріння. Курять на автоматі, викурюють на добу пачку цигарок, навіть і більше. Підліткам останніх перерахованих двох типів курильної поведінки необхідна третинна профілактика тютюнопаління. Тому на цю категорію підлітків комплекс занять з вторинної профілактики може поширюватися, але його буде недостатньо і його результативність, зрештою, виявиться мінімальною. І за останнім типом курильної поведінки «Стимуляція» виявився 1 підліток.

У відсотковому співвідношенні можна сказати, що 9% мають тип курильної поведінки «Гра з цигаркою». 18% схильні до типу "Розслаблення" та до типу "Підтримка", 45% сильно прив'язані до тютюну, та їхній тип курильної поведінки називається «Жага». 5% набирають підлітки з типом курильної поведінки «Рефлекс» та «Стимуляція».

Наступним кроком у експериментальній роботі було застосовано опитувальник «Ставлення підлітків до тютюнопаління» В. Хриптовича (див. Рис. 3.3).

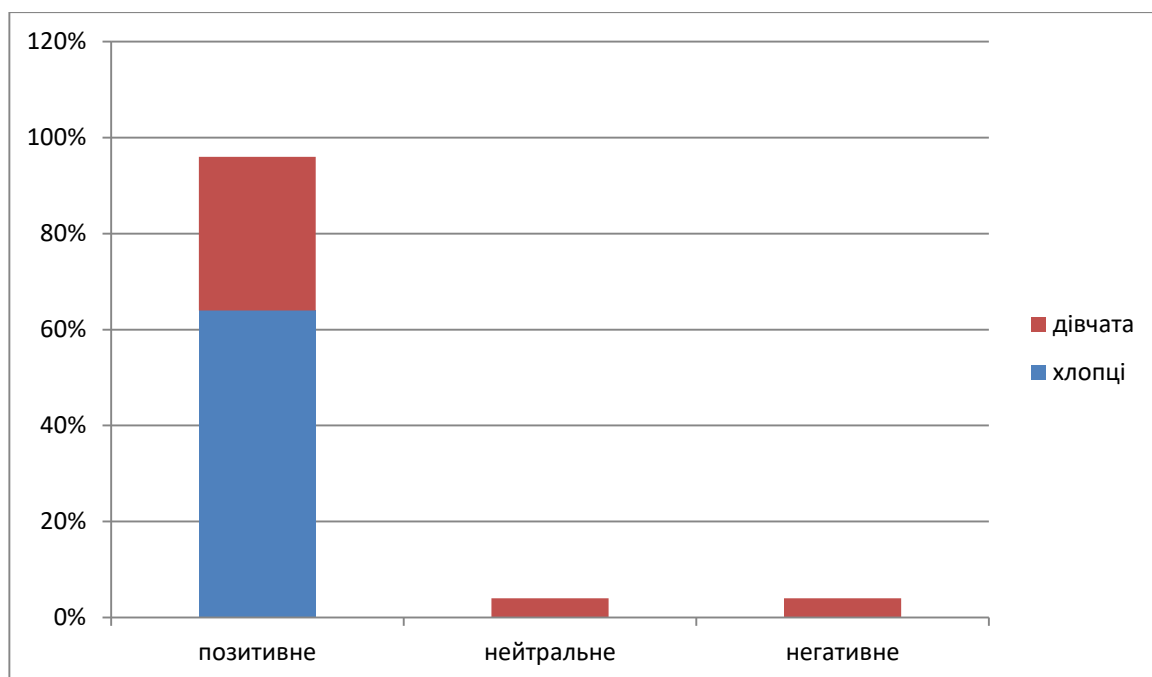


Рисунок 3.3. Показники ставлення підлітків до тютюнопаління за опитувальником В. Хриптовича

Як ми бачимо, серед респондентів не виявилось жодного із негативним ставленням до тютюнопаління. Лише 1 особа – 5%, де дівчина визначилась із нейтральним ставленням до тютюнопаління. 95% підлітків позитивно ставляться до тютюнопаління (див. Додаток А). Для уточнення попередньої методики на ми було проведене додаткове анкетування з важливим питанням: а що ж виступає вирішальною мотивацією серед підлітків, щоб відмовитися від паління? (див. Додаток А). Результати проведеного анкетування «Мотивація не палити» показало наступне (див. рис. 3.4.)

В процентному відношенню це буде виглядати наступним чином: 18% підлітків мають високий ступінь мотивації відмовитись від паління, порівну між хлопцями та дівчатами. 23% - середній ступінь мотивації (9% у дівчат та 14% у хлопців) і 59% мають низький рівень мотивації до відмови від тютюнопаління (18% у дівчат та 41% у хлопців).

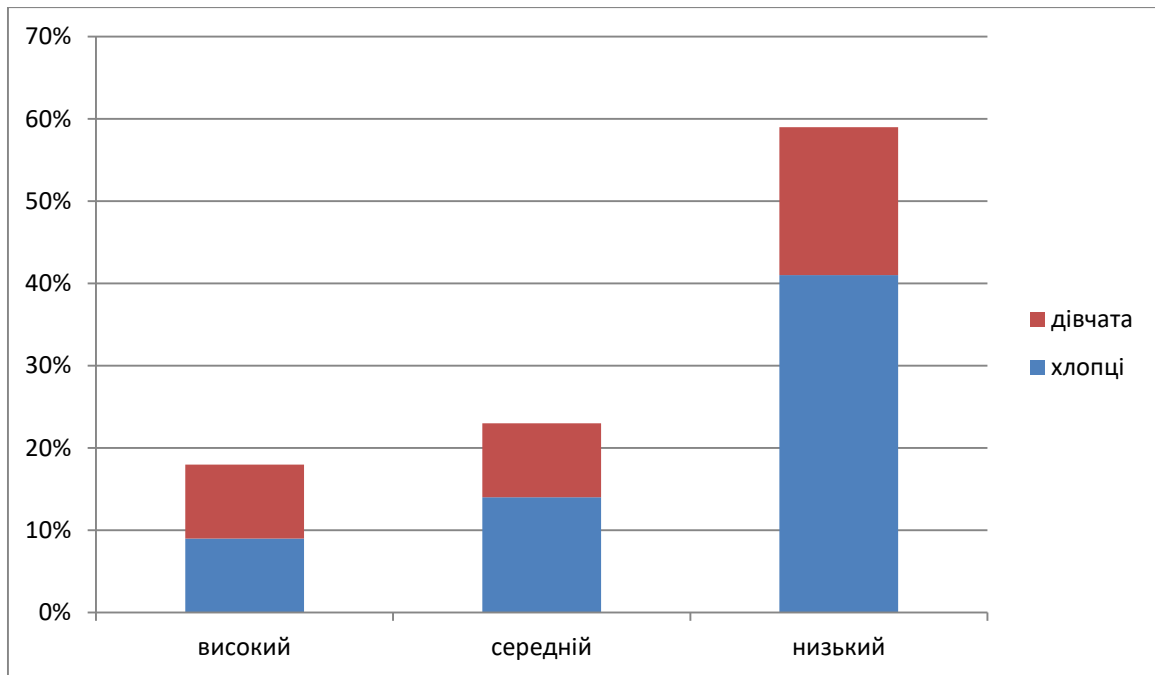


Рис. 3.4. Мотивація паління серед підлітків

Наступна методика, яку ми застосували в ході нашого дослідження, була експрес-діагностика Ю. Науменко. Отримані результати за цією методикою констатують, що загалом для підлітків здоров'я є цінністю і у 64,0 % з них є прагнення ставитися щодо нього відповідально. Це підлітки з особистісно-орієнтованим типом (ООТ) та ресурсно-прагматичним типами (РПТ) підтримки свого здоров'я. Також виділяється група підлітків недостатньо орієнтованих на підтримку свого здоров'я, вона становить 36 % респондентів. Це підлітки з адаптаційно-підтримуючим типом (АПТ) та підлітки, у яких відсутнє свідоме ставлення до свого здоров'я (ВССЗ) (див. Рис.3.5.).

Після впровадження арт-терапевтичного тренінгу (див. Додаток Б.) нами було проведено контрольний етап експерименту. На ньому ми застосували наступні методики: 1)опитувальник «Виявлення схильності до адиктивної (залежної) поведінки» В. Зав'ялова; 2)тест «Виявлення схильності до адиктивної (залежної) поведінки» К. Фагерстрема; 3)опитувальник «Ступень мотивації куріння»; 4)методику «Виявлення відношення до тютюнопаління» В. Хриптовича; 5)методику Д. Хорн «Оцінка курительної поведінки»; 6)методику виявлення ціннісних уявлень про здоров'я Ю. Науменко.

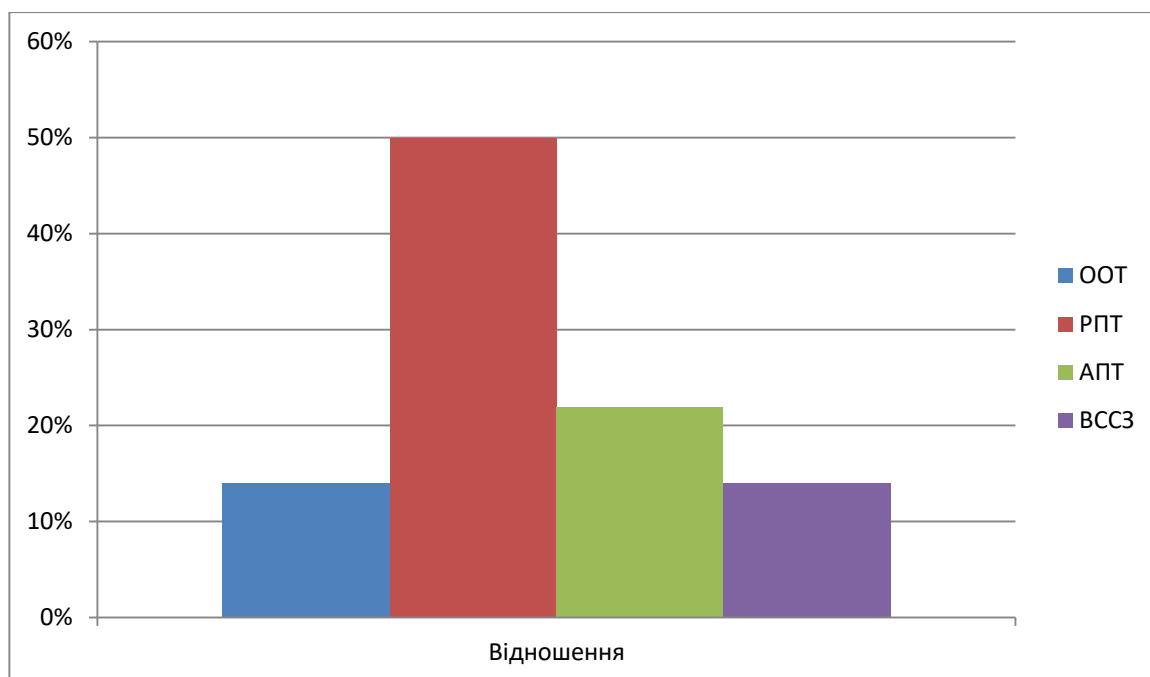


Рис. 3.5. Типи відношення підлітків до свого здоров'я як до цінності за експрес-діагностикою Ю. Науменко

Для здійснення завдання нам необхідно було провести повторну діагностику «Виявлення схильності до адиктивної (залежної) поведінки» (опитувальник В. Зав'ялова). Отримані на цьому етапі дані дозволяють говорити, що в цілому схильність до даного виду поведінки у підлітків майже не змінилась. Так, у 50 % підлітків (на 2 особи більше) схильність до залежної поведінки проявляється в середній мірі ймовірності, випадки попадання в «групу ризику» за схильністю до адиктивної поведінки залишились у 2 осіб - 9%. А у підлітків з тією чи іншою мірою схильних до різних адикцій, у тому числі й куріння, показники зменшились на 9 % (у двох осіб), і показники у цій групі стали 41 %.

Отримані дані показали (див. Рис. 3.6.), що серед показників схильності до адиктивної поведінки відбулись зміни: 1)непевненістю підлітка в собі (41 %), 2)низькою стійкістю до психічних навантажень та стресів (54 %), 3)тривожністю та напруженістю у спілкуванні у навчальному закладі (23 %), 4)залежність від друзів (27 %), 5)труднощі спілкування з однолітками (23 %), 6)прагнення до отримання нових відчуттів (18 %), 7)нестерпність конфліктів (9 %), 8)захворювання (9 %), 9)обтяжена спадковість (9%) (алкоголізм,

наркоманія та ін.). Результати представлені на рисунку 3.6. Причини залучення до адикцій підлітками (контрольне оцінювання).

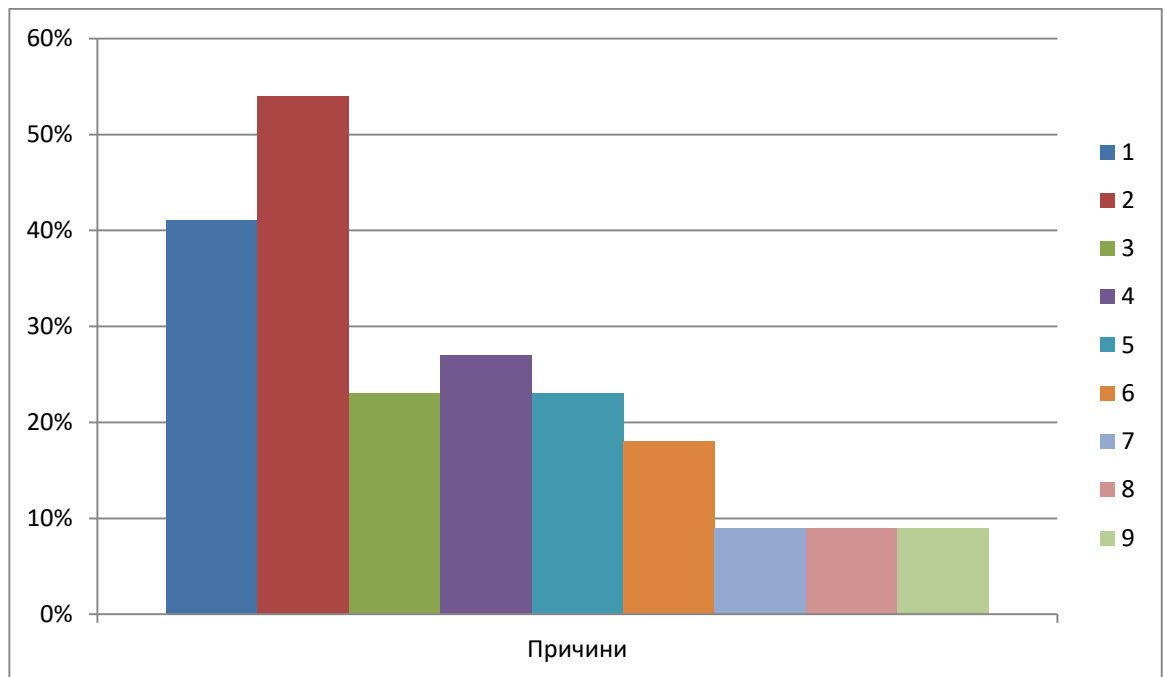


Рис.3.6. Показники схильності підлітків до адикцій (за опитувальником В. Зав'ялова) (контрольне опитування)

На наступному етапі дослідження ми провели контрольний тест К. Фагерстрема (див. Рис. 3.7.).

Високий рівень залежності залишився у 2 хлопців – 9%. Середній рівень у 10 осіб – 45,5 % від загальної кількості респондентів, хлопці 6 осіб – 27% та дівчата 4 осіб – 18 %. Низький рівень ніотинової залежності виявився у 10 осіб – 45,5 %, серед них відповідно у хлопців 6 осіб – 27%, у дівчат 4 особи – 18%.

У 9% респондентів спостерігався високий рівень залежності, для цієї категорії підлітків вже необхідна третинна профілактика, що включає використання препаратів заміщення нікотину. Ми таку роботу не проводили із ними. У 64% учнів, у яких вже сформовано початкову стадію залежності, яка ще не потребує медикаментозного втручання, ми вжили необхідні профілактичні заходи щодо запобігання психологічної залежності. Орієнтовано саме на цих підлітків нами було проведено арт-терапевтичний тренінг з запобігання тютюнопаління.

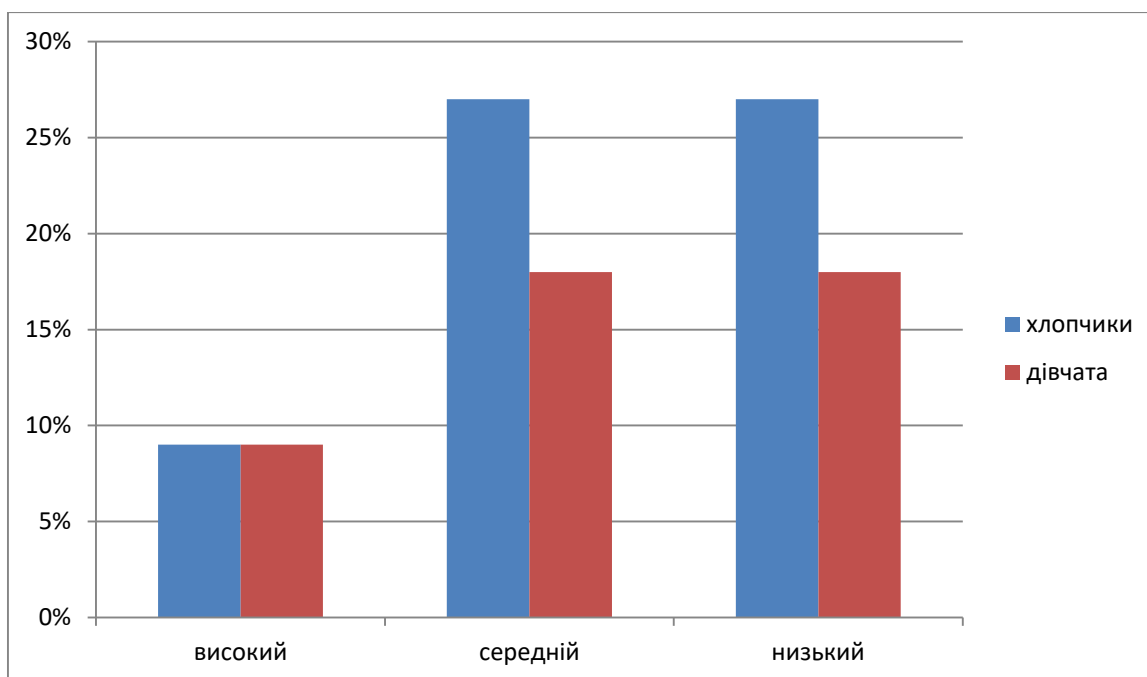


Рис. 3.7. Рівень нікотинної залежності за тестом К. Фагерстрема (контрольне опитування)

За даними діагностичної методики анкети Д. Хорна «Оцінка типу курильної поведінки» на контрольному етапі дослідження нами отримані результати (див. Рис. 3.8).

Як ми бачимо, за першим типом (1) – «гра з сигаретою», другим (2) – «розслаблення», п'ятим (5) – «рефлекс» та шостим (6) – стимуляція, показники не змінилися. А показники за третім (3) – «підтримка» та четвертим (4) – «жага» типами відповідно перемістилися: за 3 типом збільшились на 4 особи, за четвертим типом зменшились на 4 особи.

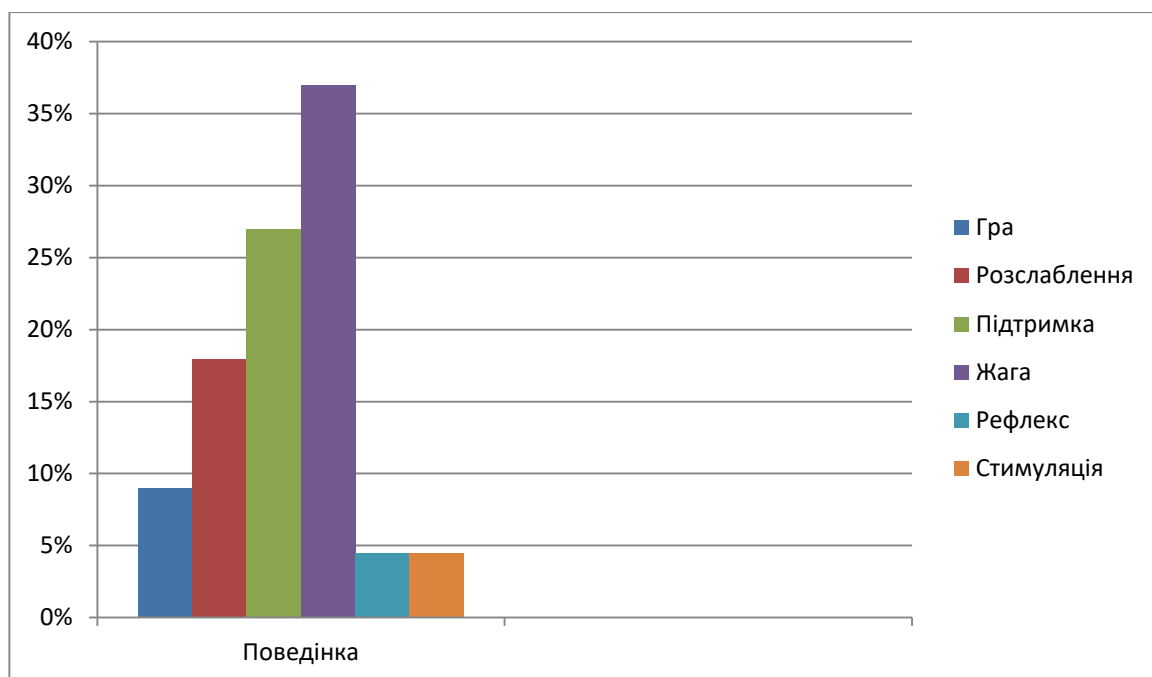


Рисунок 3.8. Оцінка типу курильної поведінки за методикою Д. Хорна (контрольне опитування)

Таблиця 3.1.

Дані типу курильної поведінки респондентів за методикою Д. Хорна (контрольне опитування)

Назва типу курильної поведінки	Кількість осіб	Показник у %	Інтерпретація результату
«Гра з сигаретою»	2	9	Людина ніби «грає» у паління. Їй важливі «курильні» аксесуари: запальнички, попільнички, сорт цигарок.
«Розслаблення»	4	18	Курять лише у комфортних умовах. За допомогою куріння людина отримує «додаткове задоволення» від відпочинку.
«Підтримка»	8	36	Цей тип куріння пов'язаний із ситуаціями хвилювання, емоційного напруження, дискомфорту. Курять, щоб стримати гнів, подолати сором'язливість, зібратися з

			духом, розібратися в неприємній ситуації.
«Жага»	6	27	Даний тип куріння обумовлений фізичною прихильністю до тютюну. Людина закурює, коли знижується концентрація нікотину у крові. Курить у будь-якій ситуації, всупереч заборонам.
«Рефлекс»	1	4,5	Курці цього типу не тільки не усвідомлюють причин свого куріння, але часто не помічають сам факт куріння.
«Стимуляція»	1	4,5	Курець вірить, що сигарета має стимулюючу дію: підбадьорює, знімає втому.

Ми вважаємо, що такий результат є показником ефективності впровадження нашого арт-терапевтичного тренінгу з профілактики тютюнопаління. Тип курильної поведінки з важкого змінився на більш легкий. На жаль, з двома підлітками необхідна більш глибинна та ретельніша комплексна робота із залученням інших фахівців.

Опитувальник «Ставлення підлітків до тютюнопаління» В. Хриптовича на контрольному етапі експерименту дозволив спостерігати наступні зміни у мотивації підлітків: поки що ніхто із них не відмовився палити, однак відношення до тютюнопаління змінилось наступним чином: серед респондентів з'явилося 3 особи (2 хлопця та одна дівчина) - 14% із негативним ставленням до тютюнопаління, 5 осіб (4 хлопця та одна дівчина) – 23 % визначилась із нейтральним ставленням до тютюнопаління. Як ми бачимо, 53 % респондентів (14 підлітків, з яких 8 хлопців та 6 дівчат) поки що позитивно ставляться до тютюнопаління.

Контрольна діагностика ступеня мотивації кинути палити дозволила отримати наступні результати (див. Рис. 3.10.). Як ми бачимо, результати

змінились наступним чином: 55 % підлітків показали високий ступінь мотивації відмовитись від паління, порівну між хлопцями та дівчатами (по 6 осіб); 23% - середній ступінь мотивації (2 дівчини та 3 хлопців) і лише 5 осіб (хлопці) - 23% виявило низький рівень мотивації до відмови від тютюнопаління.

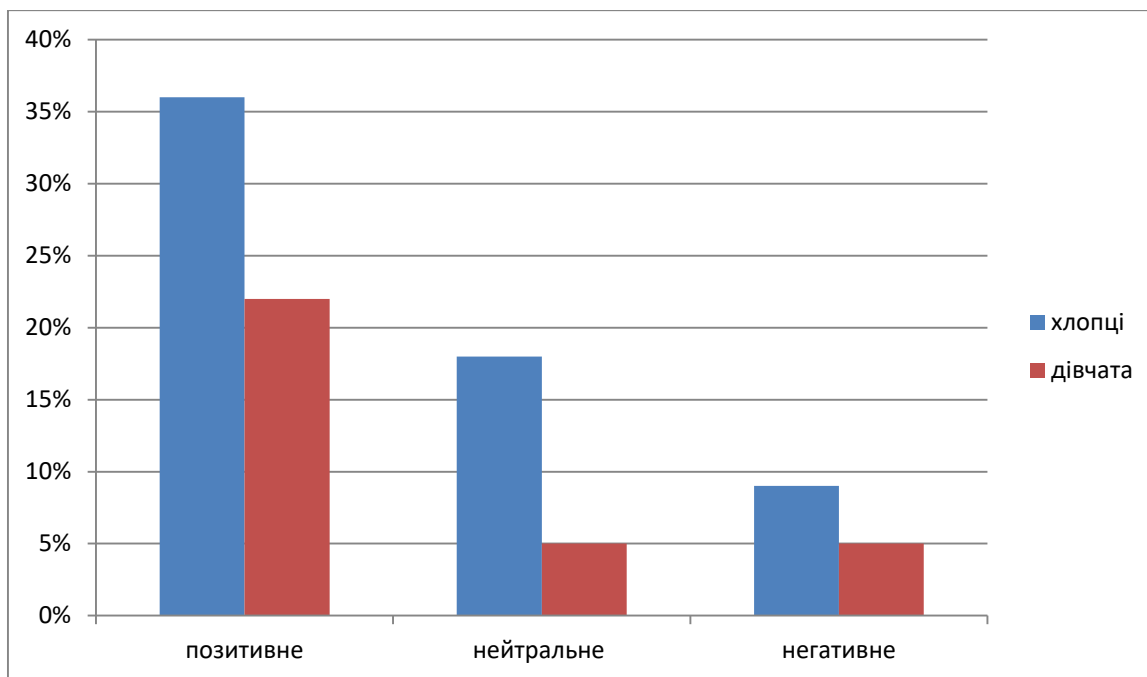


Рис. 3.9. Показники ставлення підлітків до тютюнопаління за опитувальником В. Хриптовича (контрольне опитування)

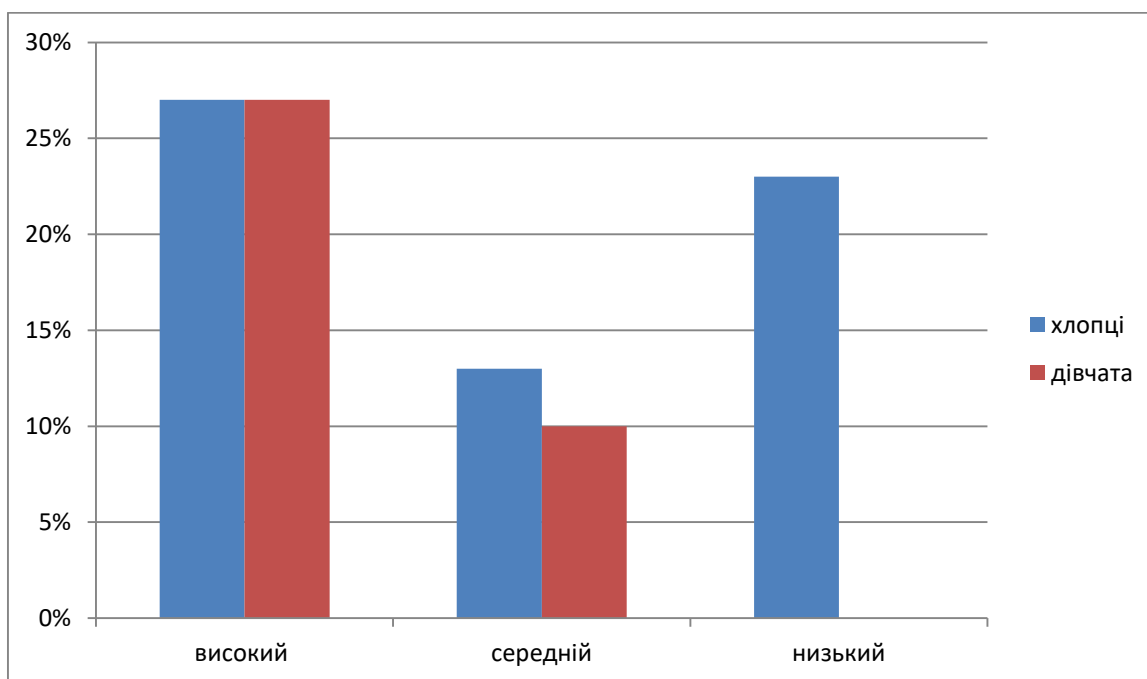


Рис. 3.10. Мотивація паління серед підлітків (контрольне опитування)

Останньою методикою на контрольному етапі дослідження була Експрес-діагностика ціннісних уявлень підлітків про здоров'я Ю. Науменко. Контрольне опитування показало, що після впровадження арт-терапевтичного тренінгу з запобігання тютюнопаління ці показники збільшились на 18% (у 4 осіб змінилось ставлення до власного здоров'я). До групи підлітків з особистісно-орієнтованим типом (ООТ) та ресурсно-прагматичним типами (РПТ) підтримки свого здоров'я приєдналось ще четверо. А у групі підлітків недостатньо орієнтованих на підтримку свого здоров'я, вона становить 18 % респондентів. Це підлітки з адаптаційно-підтримуючим типом (АПТ) та підлітки, у яких відсутнє свідоме ставлення до свого здоров'я (ВССЗ).

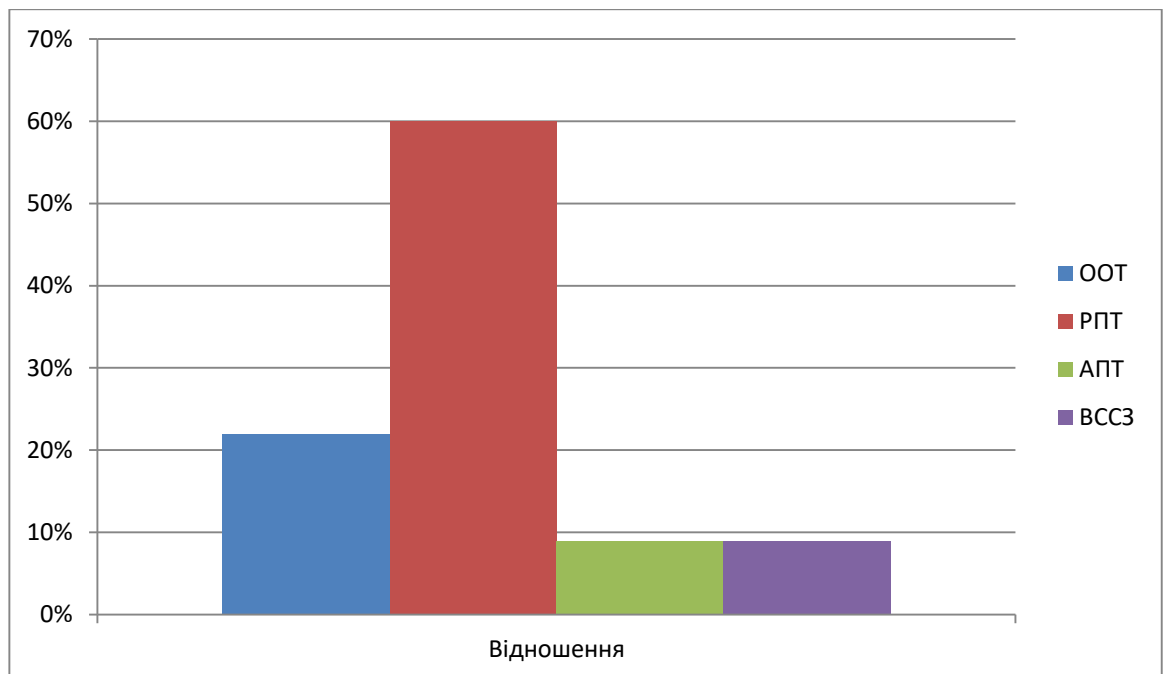


Рис. 3.11. Типи відношення підлітків до свого здоров'я як до цінності за експрес-діагностикою Ю. Науменко

Таким чином, ми бачимо, що проблема запобігання адиктивної поведінки підлітків, а саме тютюнопаління, є не тільки актуальною, а вкрай необхідною для збереження фізичного, психологічного та психічного здоров'я молоді. Отримані дані показують наявність у підлітків схильності до адиктивної поведінки, вживання тютюнових виробів у різних видах (цигарки, електронні пристрої та ін.). Це пов'язано з великою кількістю факторів, а саме: генетична схильність, особливості вікової кризи, не сформованість системи

цінностей, а саме цінності здоров'я, індивідуальними особливостями, високим рівнем тривожності, наявності страхів, невміння спілкуватись із однолітками та дорослими, самотність, бажання бути причетним до референтної групи, навіть якщо вона асоціальна за суттю, протест, низька стресостійкість, несформованість Я-концепції та ін.

3.2.Розробка та реалізація арт-терапевтичної програми з запобігання нікотинової залежності у підлітків

Теоретичні засади та можливості використання арт-терапії у роботі з підлітками достатньо широко розглядались західними арт-терапевтами. Багато початківців арт-терапевтичного напрямку розпочинали свою практику з роботи з дітьми. Базу арт-терапевтичної роботи з дітьми та підлітками закладено такими вченими, як Д. Вудз, Е. Кейн, Е. Крамер, М. Лібман, В. Ловенфельд, Ш. Макніфф, Б. Мун, Р. Сільвер.

У публікаціях сучасних авторів відзначаються позитивні ефекти від застосування арт-терапії з підлітками при вирішенні різних психологічних завдань [9; 13]. На основі проведеного аналізу джерел можна визначити такі сфери застосування методів арт-терапії при роботі з підлітками: 1)розвиток творчих здібностей; 2)формування позитивного образу «я» та підвищення самооцінки; 3)покращення навичок міжособистісної комунікації; 4)зниження рівня стресу; 5)зниження тривожності та робота зі страхами; 6)подолання агресії; 7)психосоціальна адаптація; 8)емоційний розвиток; 9)профілактика девіантної поведінки; 10)реабілітація після психічних травм; 11)різні залежності (алкогольна, наркотична, тютюнова, ігрова); 12)профілактика екстремістської поведінки та ін.

Є. Токарева обґрунтовує ефективність застосування методів арт-терапії для корекції психічного стану підлітків з обмеженими можливостями здоров'я, Т. Макарічева наводить докази ефективності арт-терапії у корекційній та профілактичній роботі з підлітками, спрямованій на корекцію виразності акцентуацій та профілактику їх розвитку. Арт-терапія у роботі з

акцентуованими підлітками зустрічає менше опору до психологічної роботи, ефективно знижуючи виразність акцентуацій.

М. Вальдес, А. Московкіна досліджували власний досвід роботи з підлітками із важких сімей методами арт-терапії. Дослідниками було доведено, що окрім вирішення безпосередньо психологічних завдань, заняття арт-терапією надають позитивний вплив і на інші сфери життя підлітка. Так, відзначається підвищення успішності у школі, покращення дитячо-батьківських відносин у сім'ях. Також відбувається значний розвиток творчих здібностей у дітей навіть з обмеженими можливостями, що дозволяє їм проявляти себе у мистецьких виставках та театральних постановках.

М. Кочеткова, Т. Пронюшкіна провели дослідження ефективності арт-терапії у роботі з дітьми-сиротами в умовах дитячого дома. Такі діти часто закриті, високо тривожні, відчувають напругу і страхи, мають труднощі у міжособистісних відносинах та у вербальному вираженні своїх почуттів та переживань. Доведено, що групова арт-терапія з дітьми сприяє створенню теплої та довірчої емоційної атмосфери. Спільна творча діяльність допомагає дітям-сиротам впоратися зі своїми психологічними проблемами та травмами. Цінним є те, що кожна дитина може зробити свій внесок в роботу, відчути себе потрібною, вільно висловити переживання, мрії та надії [13].

І. Зеленкова доводить у своєму дослідженні, що арт-терапія може виступати ефективним засобом профілактики та корекції девіантної поведінки підлітків. Це пояснюється появою нових позитивних переживань, проявом креативних здібностей та задоволенні потреби у самовираженні, що реалізуються через художню образотворчу діяльність. Також засоби мистецтва дають можливість компенсувати негативні переживання, проявляючи себе соціально-прийнятними способами замість демонстрації деструктивної поведінки [13]. Через невербальні прояви підліток вчиться висловлювати, розуміти та аналізувати емоції, поступово розвиваючи функції самоконтролю.

Подібне обґрунтування ми можемо зустріти в роботах засновниці арт-терапії, яка багато працювала з дітьми, Е. Крамер. Авторка зазначала, що мистецтво дозволяє сублімувати складні переживання і вступити через його продукти у комунікацію з іншими людьми у тому випадку, коли жодні інші форми не дозволяють це зробити. Так, руйнівні та агресивні тенденції можуть бути сублімовані, що попередить їх реальний прояв у вчинках [54, с. 88].

Т. Леонтьєва провела дослідження на тему впливу арт-терапії на емоційний розвиток підлітків. Було доведено, що арт-терапія має позитивний вплив на розвиток таких умінь та навичок, як здатність розпізнавати та описувати свої почуття та почуття інших, а також керувати своїми емоційними станами [16, с. 65].

Ефективний вплив засобів арт-терапії на емоційний розвиток підлітка досягається за рахунок трьох основних факторів психотерапевтичного впливу: 1) фактора художньої експресії; 2) фактора психотерапевтичних відносин та 3) фактора інтерпретації та вербального зворотного зв'язку.

М. Наумова довела, що за допомогою методів арт-терапії успішно формується цілісність особистості підлітка, вирішуються внутрішньо-особистісні і міжособистісні конфлікти, кризові стани, проводиться робота з психологічними тривогами, розвивається креативне мислення [16, с.92].

Л. Халіулліна, Ф. Мухлісова досліджували ефективність арт-терапевтичних тренінгів, спрямованих на соціалізацію підлітків із проблемною поведінкою. Доведено, що такі тренінги створюють сприятливі умови для міжособистісної співпраці та активізують прояви взаємодопомоги [16, с. 105]. Процес образотворчої діяльності в рамках подібних тренінгів дає уявлення про внутрішній світі дитини, а по-друге, допомагають дорослому долучити підлітка до системи соціальних та моральних цінностей суспільства.

М. Ізотова, В. Сорокін досліджують арт-терапію як один з результативних методів психологічної допомоги підліткам у кризовій ситуації. Арт-терапевти, які працюють з дітьми-жертвами теракту, розглядають художні образи як основний інструмент комунікації. Художні

символічні образи, як невербальна комунікація у поєднанні з творчими процесами, переживаються підлітком, це сприяє подоланню психічної травми та відновленню його позитивної самооцінки [16, с. 217].

Інші сучасні дослідження торкаються теми ефективності тренінгів для підлітків, які ґрунтуються на засобах арт-терапії. Так, наприклад, Ю. Борздіко було доведено, що тренінг особистісного зростання для підлітків із застосуванням засобів арт-терапії має більше високу ефективність, ніж тренінг на основі тільки психотехнічних вправ [16, с.127].

Автори пояснюють ефективність першого типу тренінгу з тим, що образотворчі засоби арт-терапії можуть зачіпати як усвідомлювані, так і несвідомі компоненти самовідносин через символічне самовираження, не вимагаючи вербального «розшифрування», яке може бути утруднено через вікові особливості. Таким чином, досягається інтеграція свідомих та несвідомих процесів, що надає гармонізуючий вплив на спонукання, почуття та переживання людини.

Л. Лебедева вказує, що показанням до застосування арт-терапії в роботі з дітьми та підлітками є, у тому числі, негативна «Я-концепція», дисгармонійна, спотворена самооцінка, низький ступінь самоприйняття [16, с. 45].

М. Вальдес-Одріосола наголошує, що для сучасного підлітка привабливість методу арт-терапії полягає у використанні переважно невербальних способів самовираження. Для дітей, які особливо мають труднощі у міжособистісних взаєминах, це має велике значення.

Доведено, що арт-терапія ефективна як один метод корекційної роботи з підлітками, які належать до «групи ризику» [18]. Для таких дітей, які мають, як правило, слабо розвинене рефлексивне «Я», і, у зв'язку з цим, складності у розумінні власних переживань, можливість невербальної комунікації та самовираження через образи є великою перевагою. Негативна "Я"-концепція, також характерна для більшості таких підлітків і також може бути скоригована методами арт-терапії.

Найчастіше, ніж у роботі з дорослими, арт-терапевту доводиться працювати з явищем опору. Опір підлітків арт-терапії має кілька причин [49, с. 48]. По-перше, сама по собі позиція арт-терапевта, який проводить заняття, може наділятися батьківськими рисами, на нього можуть переноситися всі почуття, пов'язані з батьком, у тому числі підліткові прагнення до сепарації та протиставлення власної думки батьківському авторитету. По-друге, підліткам властиво думати, що їхній досвід, почуття і думки унікальні для них самих та їх покоління, і дорослі зовсім не здатні їх зрозуміти. Оскільки арт-терапевт – дорослий, необхідно враховувати дані підліткові установки при взаємодії, однак, не намагаючись поводитися панібратськи і зійти за однолітка, оскільки це може бути сприйнято як спроба маніпуляції.

Найкраще, що можна зробити з підлітковим опором, це сприймати його не тільки як неминуче, а й зовсім необхідне явище для терапевтичного процесу. Опір може бути фізіологічним процесом, який оберігає почуття своєї цілісності. Головним завданням арт-терапевта тут буде розпізнати первинні патерни опору та підібрати допомагаючий інструментарій для подальшої роботи.

Ю. Рубін виділяє кілька стадій арт-терапевтичного процесу, які автори порівнює із процесом дорослішання дитини. Розуміння цих неминучих стадій допоможе арт-терапевту вибрати найбільш підходящі способи роботи в конкретній стадії, відстежувати прогрес у роботі та терапевтичні відносини з підлітком. Дані фази спрощено можна назвати так: 1) перевірка (Testing); 2) довіра (trusting); 3) ризик (risking); 4) комунікація (communicating); 5) зіткнення (facing); 6) розуміння (understanding); 7) прийняття (accepting); 8) адаптація (coping); 9) відділення (separating) [60, с.171].

З метою запобігання тютюнопаління у підлітків нами було розроблено та реалізовано програму арт-терапії. Методологічною та практичною частиною програми стали доробки таких фахівців, як Н. Воробйова, Н. Калька, Кваша Т., З. Ковальчук та ін. [16; 19]. Ми очікували, що завдяки реалізації програми будуть отримані такі зміни в когнітивному аспекті: змінити

уявлення про себе, інших, отримати знання про адиктивну поведінку, здоровий засіб життя, небезпечність тютюнопаління; на поведінковому рівні: знизити ризики безпечної поведінки, зменшити частоту та кількість вживання тютюну та рівні інших адикцій; вплинути на системи відносин підлітка із собою та іншими, які дозволять їм навчитись дбати про власне здоров'я та ін.

Серед особистісних змін наші очікування були зорієнтовані на:

- 1)підвищення рівня самовпевненості, самоцінності та самоприйняття;
- 2)зниження рівня самозвинувачення та внутрішньої конфліктності;
- 3)підвищення прагнення до самопізнання та розвитку.

Ми передбачали, що творчий процес, який використовується як форма активного самопізнання, впливатиме на когнітивний та емоційно-ціннісний рівні самовідносин. На відміну від традиційних тренінгів особистісного зростання, які включають різні психотехнічні прийоми і техніки, ми цілеспрямовано використовували при розробці програми арт-терапію в якості основного інструментарію.

Головні напрямки програми:

1. Розширення знань та уявлень підлітків про себе. Згідно з дослідженням Є. Андрєєвої [1, с.72], протиріччя у самовідношенні підлітка обумовлені його низьким саморозумінням. У зв'язку з цим одним із напрямів роботи психолога має стати підвищення рівня розуміння себе підлітком. Це стане надійним підґрунтям профілактики багатьох форм адиктивної поведінки.

2. Формування впевненості у собі, відчуття цінності, значимості та унікальності власної особистості, розвиток позитивного, цілісного образу «Я», самоприйняття.

3. Формування прагнення до самопізнання та саморозвитку.

Програма розрахована на 14 занять тривалістю 1,5 академічні години з періодичністю один раз на тиждень. Склад групи передбачається гетерогенний, вік учасників від 13 до 15 років (учні восьмих класів).

Для сучасного підлітка привабливість методу арт-терапії полягає в тому, що цей метод в основному використовує невербальні способи самовираження та спілкування, а для підлітків, особливо тих, які мають труднощі у міжособистісних взаєминах, це важливо. Художні засоби арт-терапії здатні торкатися як усвідомлюваних, так і неусвідомлюваних компонентів самовідносин через символічне самовираження, не вимагаючи вербального «розшифрування», яке може бути утруднене через вікові особливості. Таким чином, досягається інтеграція свідомих та несвідомих процесів, що надає гармонізуючий вплив на спонукання, почуття та переживання людини.

Мета програми полягає у психологічній підтримці підлітків, спрямованої на розширення сфери «Я» і формування позитивного самовідношення, зниження ризиків адиктивної поведінки.

Завдання програми:

- 1) створити атмосферу творчості, умов вільного та безпечного спілкування.
- 2) допомогти підліткам отримати ширше уявлення про себе як індивідуальність;
- 3) підвищити самоприйняття підлітком власної особистості;
- 4) зменшити внутрішню конфліктність та самозвинувачення;
- 5) розвинути комунікативні навички;
- 6) розвивати критичну самооцінку та позитивне ставлення до можливостей свого розвитку;
- 7) підвищити прагнення саморозвитку і самопізнання;
- 8) розвинути навички захисту свого «Я», самопідтримки та взаємопідтримки.

Завдання корекції фокусуються на складових сферах самовідносин: уявлення себе (когнітивний аспект), самооцінка (оцінний аспект), ставлення до себе (емоційний аспект).

Технологія корекції спрямовано на зміну самовідносин. Проте оскільки ставлення себе формується з урахуванням поглядів на себе, пов'язаних зі

своєю самооцінкою, і проявляється у поведінці, в орбіту впливу залучаються всі компоненти сфери Я - «образ Я», самооцінка, самовідношення.

Об'єкт програми: підлітки 13-15 років, окремі групи для учнів 7 та 8 класів. Кількість учасників групи – 22 особи.

Предмет програми: самовідносини підлітків.

Об'єм програми: 14 занять тривалістю 1,5 години. Частота зустрічей 1 раз на тиждень.

Форма роботи: групова.

Методи роботи: ізотерапія; фототерапія; творче самовираження; психогімнастика; дискусії.

Засоби психокорекції: 1)основна частина: арт-терапевтичні прийоми та вправи; 2)розминка; 3)психогімнастичні прийоми та вправи. 4)висновок

Необхідні матеріали:

1)образотворчі матеріали: олівці, фломастери, гуаш, акварель, воскова крейда, пастель, художнє вугілля, пензлі, палітра, баночки з водою, губка, папір різних форматів, кольорів та відтінків, різної щільності та текстури. 2)матеріали для колажів, масок: картон, фольга, клей, скотч, ножиці, нитки, мотузки, старі журнали, листівки, репродукції, фотографії. інші матеріали: тканини, глина, пластилін, крейда, природна, виробні та інші матеріали для створення об'ємних композицій. Правила поведінки у групі арт-терапії ми розмістили у додатку Б.

На відміну від уроків малювання, арт-терапевтичне заняття надає учасникам велику міру свободи та самостійності у визначенні задуму, форми, використовуваних матеріалів образотворчої творчості, порядку виконання роботи. Кожен учасник має право вибирати міру своєї участі у груповій взаємодії.

Умовно можна виділити у структурі кожного заняття дві основні частини. Одна з них служить для невербального творчого самовираження та візуальної комунікації. Основним засобом самовираження виступає образотворча діяльність та різноманітні механізми невербальної комунікації.

Друга частина – вербальна, більш структурована, апперцептивна. Використовується словесне обговорення, а також інтерпретація продуктів художньої діяльності та асоціацій, які виникли.

Таким чином, рух учасників арт-терапевтичної групи походить від занурення у власні внутрішні переживання до сприйняття себе в навколишньому просторі через відносини з іншими. Більше структуровані заняття створюють у підлітків відчуття більшої безпеки та стабільності, тому бажано дотримуватися плану занять.

Що ж стосується психокорекційної роботи, то ми зупинилися на таких ключових арт-терапевтичних техніках, як:

1. Для корекційної роботи з емоціями та почуттями застосовували техніки: «Каракулі», «Карта емоцій», «Розморозка емоцій», «Знайомство зі страхом», «Серце», «Емоційний атлас тіла», «Драбинка емоцій», Мандала «Впевненість».
2. Щодо корекційної роботи з Я-концепцією (самоповага, самоприйняття, самооцінка, самоцінність) використовували – «Створення маски», «Вікно Джохарі», «Мої ролі», «Моя внутрішня дитина в дорослому житті», «Мелодія мого імені».
3. Для роботи з мотивацією та цілепокладанням застосовували психологічні вправи – «Мої потреби», «Казка про успіх», пісочна розстановка «Я і мої мрії», «Чарівні опори», «Пори року», «Мандала «Успіх»».
4. Для роботи з «картиною світу» та ціннісно-смісловою сферою – техніки «Моє життя як...», «Казка про життя і смерть», «Дорога життя», «Щоденник», «Колесо життя», «Спонтанна казка», «Танець життя».
5. Для роботи зі стосунками використовували арт-терапевтичні вправи – «Переписування історії стосунків», «Прихований сценарій», «Компроміс у стосунках», «Моя сім'я в образах квітів», «Звичайний день».
6. Для роботи з груповими процесами та тимбілдингом (від англ. Team building — побудова команди або командотворення) – вправи «Сім чарівних слів», «Груповий малюнок», «Група як організм», «Я іншими очима», «Оркестр».

Зазначимо деякі аспекти тематичного плану психокорекційних занять щодо пропедевтики нікотинової залежності у підлітків:

1. Подання програми, знайомство. Поняття особистості, Хто я?, що є в мені?. Вироблення правил роботи групи. Ціль: дослідження образу «Я» учасників. Основні вправи «Моє ім'я», «Мої символи».
2. Людина як соціальна істота. Ціль: формування навичок спілкування. Пошук спільного та різного в групі. Вивчення своїх меж. Основна вправа: груповий колаж та мокре малювання в групах.
3. Ставлення до себе, самооцінка, цінність моєї та твоєї особистості. Особисті якості, характер, особливості. Мета: формування навички позитивного ставлення до себе та іншого, відчуття власної значущості. Основна вправа «Мій портрет у променях сонця».
4. Базові потреби особистості. Мета: Усвідомлення себе як цінної особистості, усвідомлення важливості турботи про себе і задоволення своїх потреб. Основна вправа: метафоричний портрет (захист, коштовність, рослина, посуд).
5. Ідеальні уявлення про себе та реальність, самооцінка та рівень домагань. Мета: усвідомлення власних установок щодо своєї зовнішності, поведінки, характеру. Скорочення розриву між реальним та ідеальним. Основна вправа: колаж чи рисунок на тему «Я реальний. Я ідеальний».
6. Моя внутрішня дитина. Моє послання собі у дитинство. Мета: створити умови для емоційного прийняття себе, формування відчуття самоцінності та самоприйняття, аутосимпатії. Інструмент: фототерапія. Історії з дитинства про свої фото 4-5 років. Створення рамки для фото і лист.
7. Зовнішність, тіло та ставлення до свого вигляду. Образи, які диктуються ЗМІ та модою, та реальність. Мета: Усвідомлення власних установок та очікувань щодо тілесного вигляду, прийняття свого тіла. Групова робота: портрет ідеальної жінки, ідеального чоловіка у натуральну величину.
8. Почуття. Вираз почуттів, аналіз свого стану. Мета: навчитися ідентифікувати власні емоційні стани, познайомитись із діапазоном своїх

емоцій. Отримати прийняття всіх сторін своєї особи, навіть негативних. Вправа: неіснуюча тварина.

9. Відображене відношення, дзеркальне Я. Формування навичок емпатії, вміння приймати та надавати підтримку. Самооцінка та ставлення до іншого. Прийняття себе та іншого як особистості. Ціль: розширити уявлення про себе, підвищення своєї значущості в очах інших, отримання позитивної підтримки групи. Вправа «Мій портрет очима групи».

10. Поняття стресу, техніки самодопомоги. Мета: освоїти техніки регулювання свого емоційного стану, прийоми соціально прийнятних способів вираження напруги. Вправа «Зняття емоційного напруження через малювання».

11. Дві сторони моєї особистості – зовнішня та внутрішня. Розглядаємо та приймаємо свій прихований бік особистості. Мета: усвідомлення та прийняття своїх неприємних сторін, інтеграція сторін особистості. Ресурси: виготовлення маски, психодрама (монолог від імені маски).

12. Гармонізація свого стану, цілісність та єдність внутрішнього світу. Ціль: гармонізація та інтеграція сторін своєї особистості, стабілізація емоційного стану, усвідомлення власних особистих ресурсів. Вправа «Мандала».

13. Зняття напруги та внутрішніх обмежень, психологічна самодопомога. Мета: оволодіння технікою стабілізації емоційного стану, зниження внутрішньої конфліктності. Усвідомлення можливості змін у собі, оволодіння навичкою задля досягнення короткострокових і довгострокових цілей. Вправа у техніці «Нейрографіка».

14. Заключне заняття. Підбиття підсумків, налаштування на подальшу самостійну роботу, емоційна підтримка групи. Вправа «Долонь підтримки».

Особливу увагу необхідно приділити завершальному заняттю програми. Його бажано провести найбільш емоційно теплим, так щоб закріпити досягнутий успіх і забезпечити підтримку учасників вже після припинення занять. Забезпечити позитивний зворотний зв'язок кожному учаснику, відзначити успіхи групи загалом. Вітається обговорення у колі досягнутих

результатів, вільні висловлювання учасників, рефлексія, які дозволять надати їм отриманий досвід.

Впровадження арт-терапевтичної програми з запобігання тютюнопаління повинна пройти і етап оцінки її ефективності. На цьому етапі тренер здійснює аналіз результатів виконаної роботи, діагностує зміни у станах учасників групи, проводить оцінку ефективності програми корекції. Як підсумкова діагностика використовуються методики, аналогічні тим, що застосовувалися при первинній діагностиці. Даний етап служить для оцінки результативності програми та рефлексії. Питання, які допоможуть в аналізі результатів роботи, ми розмістили в додатку Г.

Таким чином, ми можемо зробити наступні висновки: арт-терапія є ефективним психотерапевтичним засобом розвитку та корекції у роботі з підлітками. Знижена самооцінка, негативна «Я» концепція, недолік само прийняття та самоповаги є ознаками для участі підлітка у програмі арт-терапії.

При створенні своєї роботи в рамках навчального закладу ми дотримувалися гуманістичного методу арт-терапії, спрямованого переважно на підтримку розвитку особистості та зміцнення її «Я»-позиції через потужний потенціал творчого процесу.

До основних факторів, які зумовлюють її ефективність, можна віднести: можливість відреагування складних емоцій соціально-прийнятним способом; природне прагнення підлітка до самовираження та творчого прояву своєї особистості; можливість невербальної комунікації для дітей, які мають складнощі в міжособистісному спілкуванні та вираженні своїх почуттів; дбайливе поводження з вразливим «Я» підлітка через використання безпечного простору символів та метафор; досвід отримання схвалення та позитивної емоційної підтримки учасників через обговорення своїх продуктів творчості у безоцінному просторі групи.

Програма арт-терапії була розроблена з урахуванням, по-перше, особливостей підліткового віку, по-друге, низки вимог до поведінки тренера;

по-третє, виду та структурі занять; по п'яте, приміщенню, формам та прийомів фасилітації творчого процесу.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного нами дослідження можна зробити наступні висновки.

1. В ході вивчення теоретико-методологічної літератури встановлено, що по-перше, адиктивна (залежна) поведінка як одна із форм деструктивної поведінки проявляється в прагненні до уникнення реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому речовин; по-друге, адиктивну поведінку підлітків визначено як таку, що характеризується наявністю непереборної потреби у зміні свого психічного стану за допомогою адиктивного агента (психоактивних речовин або певних видів активності); по-

третє, останнім часом зростає такий рівень адиктивної поведінки серед підлітків, як нікотина залежність, однією із форм якої вважається тютюнопаління; по-четверте, підлітковий вік є сприятливим для розвитку і формування різних адикцій, в тому разі і тютюнопаління; по-п'яте, сприятливими факторами розвитку нікотинової залежності є як індивідуальні психологічні особливості особистості адикта, кризові вікові умови розвитку, так і зовнішні, особливо оточення і сім'я.

2. В ході проведення емпіричного дослідження ми провели психологічну діагностику нікотинової залежності підлітків з використанням наступних методик: 1)опитувальник «Виявлення схильності до адиктивної (залежної) поведінки» В. Зав'ялова; 2)тест «Виявлення схильності до адиктивної (залежної) поведінки» К. Фагерстрема; 3)опитувальник «Ступень мотивації куріння»; 4)методика «Виявлення відношення до тютюнопаління» В. Хриптовича; 5)методика Д. Хорн «Оцінка курительної поведінки»; 6)методика виявлення ціннісних уявлень про здоров'я Ю. Науменко.

3. Аналіз емпіричних даних показав, що в цілому схильність до адиктивної поведінки спостерігається у 41 % підлітків проявляється в середній мірі ймовірності; випадки попадання в «групу ризику» за схильністю до адиктивної поведінки 9%: 50,0 % підлітків тією чи іншою мірою схильні до різних адикцій, у тому числі й куріння. Схильність до адиктивної поведінки обумовлена 1)невпевненістю підлітка в собі (50 %), 2)низькою стійкістю до психічних навантажень та стресів (45 %), 3)тривожністю та напруженістю у спілкуванні у навчальному закладі (32 %), а також іншими причинами: 4)залежність від друзів (27 %), 5)труднощі спілкування з однолітками (27 %), 6)прагнення до отримання нових відчуттів (18 %), 7)нестерпність конфліктів (14 %), 8)захворювання (9 %), 9)обтяжена спадковість (9%) (алкоголізм, наркоманія та ін.).

Також треба констатувати, що високий рівень залежності залишився у 2 хлопців, а це 9%. Середній рівень – у 10 осіб, це 45,5 % від загальної кількості респондентів, хлопці (6 осіб) – 27% та дівчата (4 особи) – 18 %. Низький же

рівень ніотинової залежності виявився у 10 осіб – 45,5 %, серед них у хлопців (6 осіб) це 27%, у дівчат (4 особи) це 18%. Досить тривожна ситуація виявилась в ході нашого експерименту - у 9% (а це дві особи) респондентів спостерігався високий рівень залежності протягом всього експериментального дослідження, для цієї категорії підлітків вже необхідна третинна профілактика, що включає використання препаратів заміщення нікотину.

4. Доведена ефективність корекційно-розвиваючої програми з пропедевтики ніотинової залежності у підлітків засобами арт-терапії.

Ми підтвердили гіпотезу: використання технік арт-терапії сприяє ефективному запобіганню ніотинової залежності підлітків.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ І ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Андреева Т. Вільний час підлітків та ризик вживання алкоголю. *Соціальна психологія*. 2011. № 2. С. 70-79.
2. Барамзіна М. Адиктивна поведінка як соціально-психологічний феномен. *Здоров'я та фізична культура*. 2010. № 30. С. 18-20.
3. Бараннік В.А. Психологічна характеристика особистості з адиктивною поведінкою. *Вісник Київського міжнародного університету*. К., 2006. С.27-37.
4. Бедлінський О.І., Бедлінський В.О. Психологічні особливості організації провідної діяльності підлітків. Суми: СумДПУ, 2011. 136 с.
5. Варій М.Й. Психологія особистості: Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 592 с.
6. Вікова та педагогічна психологія /Під заг. ред. О.В. Скрипченко та ін. Київ: Каравела, 2019. 400 с.
7. Вознесеньська О.Л. Арт-терапія в Україні: стан та перспективи розвитку. *Львівсько-Ряшівські наукові зошити: Культура – Мистецтво – Освіта – Терапія в міждисциплінарній перспективі*. Вип. 2. 2014. Wydawnictwo uniwersytetu rzeszowskiego. P. 93-103.
8. Вознесеньська О. Л. Арт-терапія як засіб психосоціального відновлення особистості. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка. № 3 (29). С. 40-47.
9. Вознесеньська О.Л. Ініціаційні техніки в арт-терапії Наукові записки Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України: В 4-х томах /За ред. академіка С.Д. Максименка. Київ: Главник, 2005. Вип. 26 Т. 1. С. 267–271.
10. Вольнова Л.М. Профілактика девіантної поведінки підлітків. Ч. II. Практична частина. 2-ге вид., перероб і доповн. К., 2016. 193 с.
11. Галян І.М. Психодіагностика. Київ : Академвидав, 2009. 464 с.

- 12.Гриньова М.В. Саморегуляція: навчально-методичний посібник. П.: АСМІ. 2008. 268 с.
- 13.Головатюк І.Г. Арт-терапія у зарубіжній науковій традиції. *Науковий вісник Ужгородського університету. Педагогіка. Соціальна робота.* 2017. В.2(41). Електронний ресурс: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/18274/1/%D0%90%D0%A0%D0%A2-%D0%A2%D0%95%D0%A0%D0%90%D0%9F%D0%86%D0%AF%20%D0%A3%20%D0%97%D0%90%D0%A0%D0%A3%D0%91%D0%86%D0%96%D0%9D%D0%86%D0%99%20%D0%9D%D0%90%D0%A3%D0%9A%D0%9E%D0%92%D0%86%D0%99%20%D0%A2%D0%A0%D0%90%D0%94%D0%98%D0%A6%D0%86%D0%87.pdf>
- 14.Життєва компетентність особистості /За ред. Л.В. Сохань, І.Г. Єрмакова, Г.М. Несен. Київ: Богдана, 2003. 520 с.
- 15.Заєць С.С., Кравченко Т.В. Педагогіка сімейного виховання: теорія і методика. Умань, 2011. 127 с.
- 16.Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії. Ч. 1. Львів : ЛьвДУВС, 2020. 232 с.
- 17.Карпенко Є. В. Методи сучасної психотерапії. Дрогобич: Посвіт, 2015. 116 с.
- 18.Карпенко Є. В. Правові колізії розвитку психотерапії в Україні //Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна. Вип. 2. Львів: Львівський держ. ун-т внутр. справ, 2014. С. 74-81.
- 19.Кваша Т. Ми до тебе, казко, в гості завітали: розвивальне заняття з використанням арт-терапії. *Психолог дошкілля.* 2014. № 5. С. 36–38.
- 20.Кравченко Т.В., Трубавіна І.М. Допомога батькам у вихованні дітей. Методичні рекомендації. К.: ДЦССМ, 2004. 99с.
- 21.Красовський К. С. Наслідки глобальної тютюнової епідемії. *СЕС. Профілактична медицина.* 2009. № 4. С. 72- 74.

- 22.Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості. Київ: Либідь, 2007. 256 с.
- 23.Кузікова С.Б. Психологічні основи становлення суб'єкта саморозвитку в юнацькому віці. Суми: Видавництво «МакДен», 2012. 410 с.
- 24.Кузікова С.Б. Теорія і практика вікової психокорекції. Київ: Університетська книга, 2023. 384 с.
- 25.Кутішенко В.П. Вікова та педагогічна психологія. Київ: Центр навчальної літератури, 2005. 128 с.
- 26.Кушнір В. Підходи до розуміння сім'ї і факторів сімейного виховання *Збірник наукових праць УДПУ ім. П. Тичини*. 2009. № 2. С. 200-205.
- 27.Леонова Л. Педагогічні умови сімейного виховання в сучасних українських родинах. *Педагогіка і психологія проф. освіти*. 2011. № 3. С. 163-170.
- 28.Максимова Н.Ю. Психологія адиктивної поведінки. Київ: ВПЦ «Київський ун-т», 2002. 308 с.
- 29.Максимова Н.Ю. Соціально-психологічний аспект профілактики адитивної поведінки підлітків та молоді. К., 2000. 200 с.
- 30.Москаленко В.В. Соціалізація особистості: монографія. Київ: Фенікс, 2013. 540 с.
- 31.Москалець В.П. Психологія особистості. Київ: «Центр учбової літератури», 2013. 262 с.
- 32.Нова українська школа: poradnik для вчителя /Під заг. ред. Бібік Н.М. Київ: ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2017. 206 с.
- 33.Підлітковий вік – запитання і відповіді. *Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). Представництво Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні, 2019. Громадська організація «Всеукраїнський громадський центр «Волонтер», 2019.*
- 34.Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків: монографія /О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Д.М. Павлова та ін. Київ:

- ЮНІСЕФ, Український інститут соціальних досліджень ім. О. Яременка. 2014. С. 94 - 97.
35. Посібник з лікування тютюнової залежності замість посібника з припинення тютюнопаління. ENSP. Європейська мережа з профілактики куріння та вживання тютюну. 2015. 195 с.
36. Профілактика негативних явищ у молодіжному середовищі. *Соціальна педагогіка* / За ред. А.Й. Капської. Київ, 2009. С.357-360.
37. Рацул А. Педагогічні умови родинно-сімейного виховання дітей. *Рідна школа 2007*. № 4. С. 53-56.
38. Свідовська В. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2020. Випуск 6. С. 108 - 114.
39. Сергеєнкова О., Столярчук О., Коханова О., Пасека О. Вікова психологія. Київ: Центр навчальної літератури, 2020. 376 с.
40. Сердюк О.О., Ю.Л.Белоусов. Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю. *Соціальна робота в органах внутрішніх справ України*: Харків: Нац. ун-т внутр. справ, 2006. С. 303-324.
41. Сорока О.В. Зарубіжний досвід підготовки арт-терапевтів. *Науковий вісник Ужгородського університету. Педагогіка. Соціальна робота*. 2015. Вип.36. С.167-170.
42. Фатєєва К. В. Роль сімейного виховання у формуванні особистості. Збірник наукових праць. Херсонський державний університет. 2009. № 52. С. 209-213.
43. Чапляк А.П., Романів О.П., Надь Б.Я. Проблеми профілактики тютюнопаління серед підлітків. *Економіка і право охорони здоров'я*. № 2 (8), 2018. С. 142-143.
44. Яременко О.О. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі: вживання, залежність, ефективна профілактика. Київ: Держ ін-т пробл. сім. та мол., Укр. ін-т соц. д-нь, 2005. Кн. 7. 196 с.

45. American Art Therapy Association. Электронный ресурс:
<https://arttherapy.org/about-art-therapy>
46. American Art therapy association. Definition of Art Therapy. Электронный ресурс:
[https://lib.iitta.gov.ua/729933/3/Art%20Therapy%20Space-15%20Proceedings%20\(2018\).pdf](https://lib.iitta.gov.ua/729933/3/Art%20Therapy%20Space-15%20Proceedings%20(2018).pdf)
47. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.), Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013. P. 197-202.
48. Art Therapy Information. London: The British Association of Art Therapists, 2014. 10 p.
49. Bruce L. Moon. The dynamics of art as therapy with adolescents: (2nd Ed.). 2012. Charles C Thomas Publisher. Springfield. USA. 308 p.
50. Edwards D. Art Therapy: Creative Therapies in Practice. London: SAGE, 2014. 198 p.
51. Gain important education outcomes: Implement a successful art therapy program within k-12 schools. Электронный ресурс:
www.americanarttherapyassociation.org/upload/toolkitarttherapyinschools.pdf
52. Grando SA. Connections of nicotine to cancer. Nat. Rev. Cancer, 2014. Jun, 14(6).
53. Dalley T., Case C. (Ed.). The Handbook of Art Therapy. London: Routledge. 2014. 268 p.
54. Kramer E. Art as Therapy: Collected Papers, Jessica Kingsley Publishers, London. 2001. 272 p.
55. Malchiodi C.A. Handbook of Art Therapy. London; NY: The Guilford Press, 2003. 480 p.
56. McNiff S. Art heals: how creativity cures the soul. Shambhala, Boston, 2004. 315 p.
57. Moon B. L. Existential art therapy: The canvas mirror. (3rd ed.). Springfield, IL: Charles C Thomas. 2009. 207 p.

58. Naumburg M. Dynamically Oriented Art Therapy: Its Principles and Practice. Magnolia Street Pub, 1987. p.168.
59. Rhyne J. The gestalt approach to experience, art, and art therapy. American Journal of Art Therapy, 2001. 40(1), p. 109-200.
60. Rubin J.A. Approaches to Art Therapy: Theory and Technique. NY; London: Routledge, 2016. 511 p.
61. Rubin J.A. Child Art Therapy. John Wiley & Sons. New Jersey, 2008. 468 p.
62. The British Association of Art Therapists. Електронний ресурс: <http://www.baat.org/About-Art-Therapy>
63. UCLA Centre For Health Policy. Електронний ресурс: <http://healthpolicy.ucla.edu/Pages/home.aspx>
64. Waller D. Group Interactive Art Therapy: Its Use in Training and Treatment. London. Routledge. 2014. 176 p.
65. Wilkinson R., Chilton G. Positive Art Therapy Theory and Practice. New York: Routledge. 2018. 300 p.
66. Електронний ресурс: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-49999874>
67. Електронний ресурс: <https://healthcenter.od.ua/2021/05/31/vooz-kurczimayut-na-50-vyshhyj-ryzyk-pomerty-vid-koronavirusu/>
68. Електронний ресурс: <https://delo.ua/uk/society/bagatim-na-krayinizdorovya-bidnim-smert-yak-u-sviti-boryutsya-z-elektronnimi-cigarkami-386650/>
69. Електронний ресурс: <https://www.phc.org.ua/news/vzhivannya-tyutyunovikh-ta-nikotinovikh-virobiv-sered-pidlitkiv>
70. Електронний ресурс: <https://www.airo.com.ua/suchasni-art-terapevtichni-tehniki-v-roboti-z-ditmi-ta-pidlitkami/>
71. Електронний ресурс: <https://www.ukrinform.ua/rubric-health/3800229-vooz-zakliae-terminovo-skorotiti-spozivanna-elektronnih-sigaret.html>
72. Електронний ресурс: <https://life.pravda.com.ua/health/2020/01/22/239645/>

73.Електронний ресурс: Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну:https://kiis.com.ua/materials/pr/20180214_GATS/Full%20Report%20GATS%20Ukraine%202017%20UKR.pdf

Додаток А

Анкета «Мотивація паління серед підлітків»

1. Якби це було легко, припинили б ви палити?

2. Як сильно ви хочете кинути палити?

Відповіді на перше питання ранжируються наступним чином:

Безперечно – 0.

Найімовірніше, ні – 1.

Можливо, так – 2.

Найімовірніше, так – 3.

Безперечно так – 4.

На друге питання: Не хочу взагалі – 0.

Слабке бажання – 1.

У середньому – 2.

Сильне бажання – 3.

Однозначно хочу кинути палити – 4.

Сума балів з окремих питань визначає ступінь мотивації підлітка до відмови від куріння. Максимальне значення суми балів 8, мінімальне 0. Чим більше сума балів, тим більше мотивація у підлітка кинути палити. Ступінь мотивації можна оцінити так:

1. Сума балів більше 6 означає, що підліток має високу мотивацію до відмови від куріння. 2. Сума балів від 4 до 6 означає слабку мотивацію у підлітка до відмови від тютюнопаління. 3. Сума балів нижче 3 означає відсутність мотивації у підлітка до відмови від тютюнопаління, таким підліткам терміново необхідно знизити інтенсивність куріння.

Додаток Б

Правила поведінки у групі арт-терапії.

З метою створення атмосфери безпеки та свободи самовираження кожного учасника групи рекомендується чітко розмежовувати рекомендовані та неприпустимі дії під час занять. У роботі з підлітками особливо важливо, щоб правила не були нав'язані тренером авторитарно, оскільки це викликатиме опір. Обговоренню правил поведінки слід приділити час першої зустрічі. Бажано побудувати роботу в такий спосіб, щоб діти самостійно виробили пропозиції щодо правил поведінки.

Взаємодія ведучого з групою має будуватися на гуманістичних засадах прийняття та підтримки для встановлення відносин довіри, підтримки атмосфери безпеки та вільного творчого самовираження.

Доцільно дотримуватись наступних рекомендацій у роботі ведучого:

- 1) підтримувати у дитині її почуття власної гідності та позитивний образ «я»;
- 2) відзначати зрушення в особистісному зростанні за допомогою порівняння

дитини із самим собою, а не з іншими дітьми; 3) не застосовувати негативні оціночні судження, негативне програмування; 4) не навішувати «ярлики»; 5) не нав'язувати дитині способів діяльності та поведінки всупереч її бажанню; 6) приймати та схвалювати всі продукти творчої діяльності дитини незалежно від змісту, форми, якості.

Додаток В

Пропонований план занять арт-терапевтичної програми з запобігання тютюнопаління

План оформлено за наступною структурою:

- 1) етап; 2) час на виконання вправи; 3) завдання; 4) засоби; 5) роль тренера.
1. Вітання. 1-3 хвилини. Визначити початок заняття, створити особливу атмосферу, підкреслити безпеку. Певні ритуали. Забезпечити для кожного учасника максимально комфортне входження до групи.
 2. Розминка. 5 хвилин. Об'єднання, згуртування групи, розвиток міжособистісних зв'язків, включення до спільної діяльності. Рухливі ігри з певними правилами (психогімнастичні та психотехнічні техніки «розігріву»). Позначення правил та меж, забезпечення безпеки учасників.
 3. Початок роботи. 5 хвилин. Настрій на творчість: активізація візуальних, аудіальних, кінестетичних відчуттів. Прості образотворчі прийоми, можливо, у поєднанні з рухом, музикою. Підготувати учасників до спонтанної художньої діяльності та творчого самовираження.
 4. Робота за темою. Індивідуальна або групова образотворча діяльність. 30 хвилин. Дослідження власних почуттів, переживань через творчу діяльність.

Різноманітні форми творчої діяльності (малювання, колажі, виготовлення масок, фотографування та інше). Надати можливість висловити свої почуття, поділитися своїми переживаннями, усвідомити та прийняти свої почуття.

5. Робота за темою. Етап вербалізації. 20 хвилин. Формування позитивного досвіду самоповаги та самоприйняття, адекватного самосприйняття, отримання емоційної підтримки, зміцнення образу «Я». Рефлексивний аналіз роботи, розповідь історій, обмін думками. Управління внутрішньо груповою комунікацією.

6. Завершення заняття. 10 хвилин. Можливість виплеснути накопичену напругу, завершення роботи в позитивному емоційному стані. Групові рухливі чи релаксаційні ігри, колективна творча активність. Забезпечення безпеки учасників. Позначення успіху кожного учасника та групи.

7. Прощання. 5 хвилин. Позначити кінець заняття. Певні ритуали. Емоційна підтримка дітей.

Додаток Г

Питання для аналізу результатів роботи:

- 1.Що із запланованого вдалося реалізувати повною мірою? За рахунок чого?
- 2.Які завдання не вдалося вирішити під час реалізації програми?
- 3.Які техніки та методи виявилися найбільш ефективними та найкраще відповідали цілям?
- 4.Які методи та прийоми не мали належного впливу?
- 5.Відповідають результати роботи наміченим цілям?

Додатковими критеріями оцінки ефективності впровадження арт-терапевтичної програми можуть бути наступні:

1. Підвищення рівня самовпевненості, самоцінності, самокерівництва та самоприйняття, саморегуляції.
2. Зниження рівня самозвинувачення та внутрішньої конфліктності.
3. Підвищення прагнення до самопізнання та розвитку.