

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет наук про здоров'я

Кафедра психології та психотерапії

Магістерська робота

Візуальне сприйняття мистецьких творів психотерапевтами  
різних напрямків

Виконав: студент

6 курсу, групи ЗПС\20\М

спеціальності 053 Психологія

освітньої програми «Клінічна

психологія з основами

психодинамічної терапії»

Солонський Андрій

В'ячеславович

Науковий керівник:

Кечур Роман

Рецензент

---

Львів – 2022

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОПИС ПРОЦЕСУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ СПРИЙМАННЯ МИСТЕЦЬКИХ ТВОРІВ ТА СПЕЦИФІКИ ТЕРАПЕВТИЧНИХ НАПРЯМКІВ .....	7
1.1 Фізіологічні основи візуального сприймання .....	7
1.1.1 Процес візуального сприймання.....	10
1.1.2 Вплив аперцепції та індивідуальних особливостей на візуальне сприймання .....	12
1.1.3 Візуальне сприймання образотворчого мистецтва.....	13
1.1.4 Дослідження візуального сприймання.....	14
1.2 Огляд релевантних психотерапевтичних напрямків .....	18
1.2.1 Огляд психодинамічного напрямку .....	20
1.2.2 Огляд когнітивно-поведінкового напрямку	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
1.2.3 Специфіка навчання та вимоги до майбутніх терапевтів .....	25
1.2.4 Менталізація – загальний міст для терапевтів? .....	28
1.3 Теоретична модель дослідження .....	29
Висновки до першого розділу.....	30
РОЗДІЛ II. МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	32
2.1 Етапи та методи дослідження .....	32
2.1.1 Опитувальник менталізації .....	32
2.1.2 Порівняльна шкала психотерапевтичного процесу.....	33
2.1.3 Анкета естетичного досвіду .....	34
2.1.4 Віденський опитувальник інтересів до мистецтва та знань мистецтва	35
2.1.5 Дослідження за допомогою пристрою стеження за поглядом .....	36
2.1.6 Модифікація процедури дослідження зі стеженням за поглядом.....	38

2.2	Опис вибірки.....	39
2.3	Аналіз даних .....	40
	Висновки до другого розділу .....	41
	РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ.....	42
3.1	Результати дослідження .....	42
3.2	Дискусія результатів .....	53
	Висновки до третього розділу.....	54
	ВИСНОВКИ.....	56
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	58
	ДОДАТКИ.....	69

## Вступ

Психотерапія є важливою практикою підтримки та покращення ментального здоров'я та її галуззю, що активно розвивається. Особливо бурхливий розвиток приходить на Україну, яка була позбавлена її в часи радянського союзу. Існує багато напрямків терапії, серед яких найбільшу популярність мають когнітивно-поведінковий (КП) та психодинамічний (ПД) напрямки. Інструментом терапії є сам психотерапевт, а отже процес його підготовки має таке ж важливе значення, як загострення хірургічних ножів. Втім, КП та ПД терапевти мають не тільки різне бачення на фундаментальні питання щодо психіки, але й отримують різне тренування в процесі набуття фаховості (McWilliams, 2004; Sudak, 2016). ПД терапевти вважають своїх колег більш «інструментальними» та віддаленими від вінтерперсональних процесів. При підготовці ПД терапевтів важливу роль грає не тільки спеціалізована, але й художня література, яка має збагатити особистість самого терапевта.

Особливості такого навчання мають відобразитися не тільки на роботі майбутнього фахівця, але й вплинути на нього особисто. Наприклад, збільшити його саморозуміння та розуміння інших. Отже, зміни мають бути відображені на особистісному рівні. Також, ПД терапія передбачає метафоричне розуміння сенсу та вміння інтерпретувати латентні смисли. Такі ж процеси важливі для того, щоб зрозуміти твір мистецтва, який за своєю суттю віддалений від простої репрезентації реальності.

Такі особистісні зміни можна, дослідивши процес сприймання мистецтва, оскільки він опосередкований нашими індивідуальними відмінностями. Безумовно, є щось, що привертає око кожного глядача, та низка експериментів довела, що за допомогою сучасних технологій ми можемо виявити різницю між «оком митця» та поглядом перехожого (Chala et al., 2021; Hansen & Qiang Ji, 2010).

Хоча, наявні дослідження стверджують про однакову присутність менталізації у КП та ПД практиках (Bjrgvinsson & Hart, 2006), нашою метою є перевірити, чи дійсно ПД терапевти якісно інакше сприймають мистецтво та мають відмінні від КП терапевтів знання та розуміння у цій галузі, через своє навчання. Нам здається, що ПД терапевти відрізняються за своєю здатністю до рефлексії та є більш спорідненими із абстрактним мистецтвом, знаходячи в ньому більше сенсів. Ми також вважаємо, що патерни та особливості погляду ПД терапевтів будуть більш схожими з патернами митців.

**Об'єктом** нашого дослідження є процес візуального сприймання, **предметом** дослідження є сприймання мистецьких творів КП та ПД терапевтами.

#### **Завдання дослідження:**

1. Провести аналіз наявної літератури з питань фізіологічних особливостей сприймання, їх виміру, аналізу та інтерпретації; зробити огляд психотерапевтичних напрямків та особливостей навчання терапевтів;
2. Підібрати стимульні матеріали, методики дослідження, здійснити процедуру перекладу та провести пробний експеримент для перевірки обладнання
3. Перевірити наявність різниці у показниках до менталізації КП та ПД терапевтів
4. Проаналізувати на відмінність сприймання мистецьких творів КП та ПД терапевтами у кількісному та якісному еквівалентах

#### **Методи дослідження:**

1. Методи теоретичного аналізу
2. Емпіричні методи дослідження:
  - a. Опитувальник менталізації MZQ

- b. Анкета естетичного досвіду АЕQ
- c. Порівняльна шкала психотерапевтичного процесу CPPS
- d. Віденський опитувальник інтересів до мистецтва та знань мистецтва VAIAK

3. Методи статистичної обробки даних: Microsoft Word Excel; Jamovi, R Studio

**Групою досліджень** виступили 23 терапевта, з яких 19 пройшли всі методики дослідження. Середній рік респондентів сягає 28 років, група майже рівномірно поділяється на КП та ПД терапевтів, більшість досліджуваних є жінками.

Ми маємо **гіпотезу**, що ПД терапевти, як такі, які більш націлені на метафоричний аспект у роботі та ставлять значний наголос на необхідності вкорінення терапії в культуру, нададуть абстрактним картинам більшу перевагу та матимуть загалом більшу менталізацію, ніж КП терапевти. Порівнюючи це з тим, як експерти з мистецтва, які надають більшу перевагу абстрактним та комплексним картинам (Silvia, 2006). Також, їх емоційна оцінка абстрактних картин буде більш розпорошеною, виражаючи більший рівень відмінності як більшу ступінь залучення емоційного компонента для обробки абстрактних картин, що в свою чергу потребує їх когнітивного опрацювання. Патерн погляду на картину та особливості її дослідження у ПД терапевтів будуть більш схожі до таких, які мають знавці з мистецтва.

Це дослідження дасть нам змогу більше дізнатися про особистість терапевтів різних напрямків, зробити перший крок до встановлення зв'язку між особливостями навчання та здатністю до менталізації

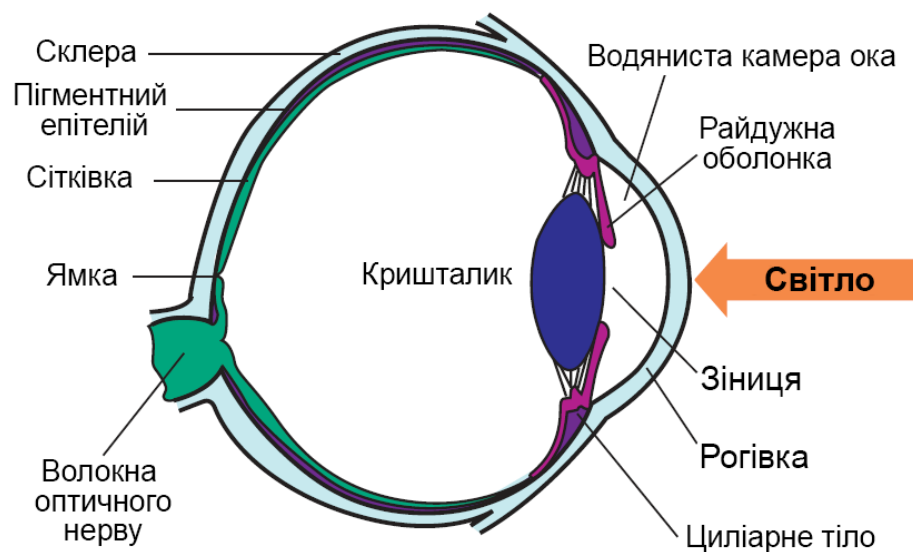
# РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОПИС ПРОЦЕСУ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ СПРИЙМАННЯ МИСТЕЦЬКИХ ТВОРІВ ТА СПЕЦИФІКИ ТЕРАПЕВТИЧНИХ НАПРЯМКІВ

## 1.1 Фізіологічні основи візуального сприймання

Візуальне сприйняття один з найскладніших процесів, які вивчають різні науки (когнітивістика, нейропсихологія, фізіологія, фізика й ін.). Ми сприймаємо навколишній світ за допомогою нашого органу – ока. В той час, як аналізом та усвідомленням того, що ми бачимо займається наш мозок. Для того, щоб краще розуміти об'єкт дослідження ми маємо зупинитися на структурі та функціональних особливостях ока й мозкових процесів, які обумовлюють візуальне сприйняття.

Спершу, картинка утворюється на сітківці нашого ока. Для цього світло, що відбивається від навколишніх об'єктів, потрапляє в око через рогівку – прозору поверхню, що оточує око ззовні. Через те, що рогівка має вигнуту форму, вона заломлює світло й працює як лінза для нашого ока, направляючи світло в його середину. Детальніше будова ока зображена на рис.1.1. Далі, світло проходить крізь водянисту камеру ока та потрапляє на райдужну оболонку, яка контролює отвір, через яке проходить світло (Snowden et al., 2011). Так, наприклад, якщо на вулиці темно – в отвір має потрапити більше світла, ніж за сонячної погоди, м'язи райдужки розслабляються, тим самим збільшуючи розмір зіниці. Коли ж світла забагато – м'язи навпаки, скорочуються, зменшуючи отвір, крізь який потрапляє світло. Ми можемо спостерігати таку реакцію, коли хтось світить нам ліхтариком у око. Однак, зменшення та збільшення зіниці відбувається не тільки через реакцію на світло, але й детермінується внутрішньо, у тому числі й психологічними чинниками. Так, наприклад, до розширення зіниці приводить як сексуальне (Rieger et al., 2015), так й естетичне задоволення. Так, реакції збудження була зафіксовані при перегляді пейзажів (Simola et al., 2015), а в іншому дослідженні виявили

можливість прогнозувати суб'єктивні відчуття від музики (ті треки, які респонденти вважали напруженими й збуджуючими) за реакціями розширення зіниць (Gingras et al., 2015). Більш за це, розмір сітківки ока дає нам можливість збору об'єктивних даних, минаючи суб'єктивний бар'єр саморозуміння. Наприклад, в кримінології розмір сітківки можуть використовувати для доказу невинуватості (Lubow & Fein, 1996).



*Рис. 1.1 Будова ока*

Після зіниці світло потрапляє на кришталік. На відміну від рогівки, кришталік може регулюватися, що допомагає нам фокусуватися на об'єктах різної відстані (від менших предметів перед нашими очима до будинків, які видніються далеко за вікнами). Проходячи через кришталік світло фокусується на задній стінці ока – сітківці. Сітківка має чутливі до світла волокна, клітини-фоторецептори палички та колбочки. Колбочки забезпечують нам кольоровий зір, оскільки різні типи паличок чутливі до різної довжини променів (що створюють червоний, зелений та голубий кольори). Палички допомагають нам краще бачити при гіршому освітленні



(Snowden et al., 2011). Надалі, збуджені рецептори сітківки передають зображення у мозок за допомогою оптичного нерву (створюючи сліпу пляму на його місці).

Оптичний нерв з обох очей перетинається у місці, що називається оптичний хіазм, тим самим сприяючи латералізації оптичного шляху до півкуль мозку, протилежних для кожного з очей. Надалі, ядра бічного колінчастого тіла передають нервовий імпульс до потиличної зони кори, яка є основним місцем обробки зорової інформації у мозку. Області потиличної зони, що обробляють зорову інформацію маркуються літерою “V”, та структуровані ієрархічно, починаючи із базової зони V1. Інші шляхи ведуть до чотиригорбикового тіла в середньому мозку. Вони основним чином забезпечують нам слугування орієнтувального рефлексу «Що? Де?» та здатні зберігати наше сприймання зовнішнього світу навіть при пошкодженні основного зорового шляху до кори.

Коли ми кажемо про візуальне сприймання у термінах фіксацій, ми маємо на увазі вплив уваги, як чинника, що направляє наше сприймання. Саме на увагу направлені численні маркетингові дослідження, які виявляють яка картинка найбільше зацікавить споживача, де розмістити логотип бренду, щоб він був найбільш виразним та як найкраще зіграти на контрасті, щоб покупець одразу побачив найбільш важливу йому інформацію. Цими та іншими питаннями переймаються нейромаркетологи, що застосовують такі технології як айтрекер, ЕЕГ, пульсометр й ін. для віднайдення своїх відповідей. Так, саме вони знають який важливий вплив має увага на те, як формується сприймання. Візуальна увага за визначенням є вибіркоким процесом. Це полегшує обробку інформації на основі її візуальної значущості або властивим їй цілям, в той час як нерелевантні стимули відфільтровуються. Найшвидше реагує потилична область V1, передаючи збудження надалі по ієрархічній структурі. Процеси знизу-вгору розділені на різні шляхи, включаючи вентральний, що йде до зон V1-V4, в нижню скроневу кору та

вентрально-префронтальну. Дорсальний шлях пов'язаний із простором і рухом і включає в себе середні скроневі зони, задню тім'яну кору, дорсолатеральну префронтальну кору та зони V1-V3. Процеси, що йдуть згори-вниз, виконуються в основному за рахунок префронтальної та тім'яної кори (Lockhofen & Mulert, 2021).

### 1.1.1 Процес візуального сприймання

Хоча ми говоримо про візуальний аспект, ми маємо зауважити що сам процес сприйняття включає в себе багато різних компонентів. Наразі вислів «Ми бачимо те, що хочемо бачити» можна переформулювати шляхом моделі Байєсовського мозку. Це поняття приходить до нас із Байєсовської статистики, сутність якої полягає в наступному: вірогідність будь-якого випадку пояснюється через ступінь віри в те, що цей випадок станеться (Bolstad & Curran, 2017). Говорячи про процес сприймання, ми маємо на увазі роль висхідних та низхідних мозкових шляхів. Для того, щоб ми мали найвищі шанси виживання наше сприймання має бути найшвидшим (щоб помітити ворога та вчасно зреагувати) та найточнішим (щоб ця реакція була адекватною). Предикаторна (Байєсовська) модель мозку будується на ієрархічних взаємовідносинах шляхів знизу-вгору та згори-вниз, які постійно обмінюються між собою інформацією, зменшуючи тим самим можливість помилки (Clark, 2013). Так, у процесі сприймання, візуальна інформація щодо навколишнього світу, що надходить з ока, обробляється мозком й у той самий момент мозок створює моделі вірогідності (направлені на верифікацію об'єкта), які направляють візуальний пошук на перевірку цих моделей.

Коли ми досліджуємо навколишнє середовище, чи об'єкт з нього, наші очі роблять велику кількість рухів. Ці рухи потрібні нам для ретельного вивчення об'єкта, оскільки найбільша активність візуального сприймання сфокусована у ямці ока, через що задачею цих рухів є направлення ока на об'єкт дослідження (Purves & Williams, 2001). В результаті ми можемо змоделювати траєкторію погляду

конкретної людини, починаючи з області, яка зацікавила її найбільше. Такі рухи очима умовно поділяють на дві групи – фіксації та сакади. Фіксаціями називають затримку погляду на певному місці значний час (хоча точно визначеного часу, з якого одиниця погляду називається фіксацією немає, дослідники зазвичай використовують межу від 200 мс., тоді як для сакади ця цифра становить 30 мс. (Salthouse & Ellis, 1980; Snowden et al., 2011). Швидкі рухи очей, які з'єднують між собою фіксації називають сакадами. Приклад відображення фіксацій та сакад можемо побачити нижче (рис. 1.2). Сакадні рухи очей є стереотипними (рух ока слідує однаковому патерну, досягаючи високої швидкості рухи різко зупиняються, наближаючись до цілі) та «балістичними» (траєкторія рухів є запланованою завчасно та не може бути змінена). Так, кількість сакад може сягати близько 3-4 на секунду, при умові сканування простору.

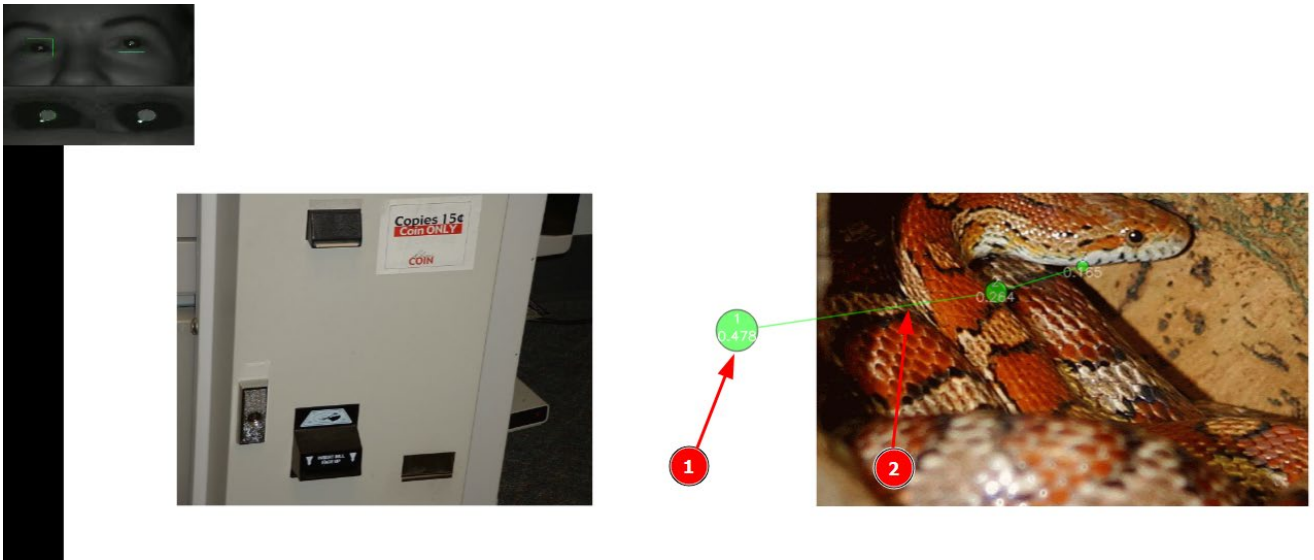


Рис. 1.2 Зоровий шлях (1 позначено фіксацію, 2 позначено сакаду)

Зазвичай, фіксації виникають на місцях, які викликають суб'єктивну зацікавленість індивіда, або ж отримують найбільше уваги від нього. Однак, виявлення фіксації не може бути інтерпретоване само по собі, оскільки фіксації виникають у відповідь на салієнтні (значущі для нас, тут – біологічно) об'єкти

(Kerzel & Schönhammer, 2013). Салієнтними стимулами також виступають контрастні місця, форми, що нагадують рептилій, тощо. Тож, неможливо достеменно визначити чому погляд людини зупинився в цій області, чи була вона для нього суб'єктивно цікавою, чи управління на себе взяли фізіологічні основи нашої уваги. Для покращення інтерпретації в таких випадках дослідник дивиться на «ширшу картинку» - реакцію інших респондентів на цей об'єкт, а також проводить після-експериментальні інтерв'ю, де розпитує про можливу мотивацію для погляду на певний об'єкт. Іншим важливим чинником при сприйманні є «праймінг» – феномен, при якому попередньо пред'явлені стимули впливають на послідувачі (наприклад, слово ключ після слів, пов'язаних із механічним спорядженням буде сприйматися у контексті інструменту, радше ніж дверного ключа). Щоб уникнути такого праймінгу при пред'явленні стимулів у нашому експерименті, де чітко простежуються 2 групи картин (абстрактні та репрезентативні), ми перемішали їх послідовність.

### **1.1.2 Вплив аперцепції та індивідуальних особливостей на візуальне сприймання**

У цьому підрозділі будуть розглянуті індивідуальні особливості, які є частиною норми (фізіологічного та психічного здоров'я), або не значно відхиляються від неї (депресії легкої тяжкості, ОКР не потребуючий медикаментозного лікування й ін.). Хоча вплив різних захворювань ока та наслідки травм мозку мають сильний вплив на сприймання, вони не є фокусом цієї роботи. Шляхи згори-вниз забарвлені досвідом, на якому, частково, будуються ці моделі вірогідності. Таким чином, на наше сприймання впливає аперцепція, яка здатна надавати йому ту, чи іншу форму. Те, якими ми є й як ми навчені впливає на те, як ми бачимо світ. Так, наприклад, за допомогою впливу на іконічну пам'ять дослідникам вдалося отримати різне емоційне забарвлення при сприйманні

нейтральних лиць (Siegel et al., 2018). Такий феномен називається афективний реалізм. Особистість також має вплив на сприйняття (Baranes et al., 2015; Risko et al., 2012). Це простежується у дослідженні вподобання пейзажів, у якому виявили, що більш екстравертовані особистості сильніше полюбляють зображення гірської та міської місцевості (Alizadeh et al., 2017). Також, студенти з більшим інтелектом менш полюбляли сільські місцевості, що показує вплив внутрішніх переконань не тільки на саме сприймання, але й на систему оцінки й вподобань. Беручи за основу модель Великої п'ятірки рис та патерни руху очей під час щоденних зайнять, вчені змогли вдало спрогнозувати 4 з 5 рис (а саме нейротизм, екстраверсію, сумлінність, доброзичливість) (Norpe et al., 2018). Аналізуючи інше дослідження, досліджувані з більшими показниками за фактором відкритості досвіду проводили більший за інших час фіксуєчись на елементах абстрактної анімації (Rauthmann et al., 2012).

### **1.1.3 Візуальне сприймання образотворчого мистецтва**

Майстри, які займалися живописом впродовж багатьох століть є також першими дослідниками сприймання. Вони вивчали як колір, форми та лінії впливають на людей, намагаючись таким чином віднайти «ідеальний рецепт» для їх творів. Деякі з таких митців навіть створювали окремі наукові праці, присвячені гармонії кольорів та їх значенні у картинах (“A Comprehensive Guide To Color Theory For Artists – Sidebar,” 2022). Крім кольору на сприймання також має вплив те, як стосовно простору розташований об’єкт у картині, та як побудована сама перспектива. Специфічність сприймання картин також полягає в тому, що різні сцени задіюють різні механізми сприймання. Так, дивлячись на лиця чи людей, ми в основному задіємо перцептивні шляхи обробки інформації. В той же час, коли ми говоримо про такий феномен як «краса всієї картини», то маємо на увазі залучення вже когнітивної складової, яка оцінює цей компонент (Schulz & Haun-Leichsenring, 2017).

Огляд картини починається із сканування сакадами всього полотна, після чого обирається точка, з якої йде шлях перегляду полотна (Antes, 1974). Надалі, ми (свідомо, або підсвідомо) обираємо важливі для нас місця, на яких фіксуємо свій погляд та розглядаємо щільніше (Mackworth & Morandi, 1967). Ці салієнтні місця можуть бути як важливими конкретній людині через її особистісний досвід, так й бути салієнтними для більшості людей, через їх баланс кольорів, контраст, симетрію та інші властивості (Massaro et al., 2012).

Дослідження українських колег з використанням айтрекеру при перегляді картин доводить основні принципи візуального сприймання. Так, люди, а особливо їх лица, є салієнтними об'єктами для нашої уваги. Саме на картини, на яких зображено людей, респонденти приділяли в цілому більше часу (Chala et al., 2021). Втім, гіпотеза дослідників про те, що картини, які отримали від респондентів найвищі оцінки, будуть тримати увагу найбільший час, не знайшла свого підтвердження. Також, досліджувані більший час дивилися на картини, на яких зображені живі істоти, ніж на абстрактний живопис. Дослідники також вказали на те, що респонденти здатні висловити більший спектр емоцій, які картини викликають в них, ніж спектр, який здатне зареєструвати обладнання. Можливо, ця теза обмежується специфікою та технологічної спроможністю обладнання, використаному в експерименті. Взаємозв'язку між патерном погляду та емоціями, які рапортували респонденти, виявлено не було. Можливо на це вплинула система емоцій, яку використовували дослідники, спираючись на теорію Екмана, що є частково застарілою (Gendron et al., 2015; Wolf, 2015).

Іншою важливою складовою, яка «чіпляє» око глядача є рух, динаміка. Система дзеркальних нейронів, більшість з яких розташовані в моторній корі великих півкуль, допомагає нам вчитися, копіюючи дії інших, а також співчувати, виявляючи емпатію. Дзеркальні нейрони активуються тоді, коли ми споглядаємо за

кимось (людиною, об'єктом), хто робить ціленаправлену дію (Kemmerer, 2021). Так, споглядаючи за картинами, на яких герої будуть зображені в активному русі\дії, ми будемо приділяти більше уваги на їх кінцівки, чи предмети, що задіяні в цій дії, більше уваги через це приділятиметься самому герою картини (Massaro et al., 2012). За результатами цього ж дослідження, динамічні картини отримують вищу оцінку від глядачів (глядачами виступали студенти, не знайомі з галуззю мистецтва). Динаміку природничим живописам в значній мірі надають кольори, оскільки чорно-білі картини, де природа зображена в динаміці оцінюється так само, як й статичні чорно-білі картини (із зображенням природи). Також, кількість фіксацій на зображеннях з людьми в динаміці значно перевищувала такі ж фіксацію на статичних зображеннях з людьми. При цьому виходить, що в статичних картинах із зображенням людей більше уваги приділяється лицю, в той час як на динамічних увага рівномірно розподілена по герою. Дослідники виявили, що зображення із людьми викликають меншу кількість фіксацій (проте більшої тривалості), ніж зображення природи. Також, саме завдання оцінювання не значно вплинуло на поведінку (перегляд картин) учасниками.

Нетреновані глядачі зазвичай оцінюють картину спираючись на точність передачі окремих деталей (через що більше часу проводять фокусуючись на них), у той час як експерти оцінюють композицію, переглядаючи на зв'язки окремих компонентів (C. F. Nodine et al., 1993). Також, нетреновані респонденти при перегляді надають перевагу людським рисам та окремим об'єктам на картинах, фахівці ж витрачають більше часу на сканування структурних компонентів картини, абстрактних її елементів (Vogt & Magnussen, 2007). При цьому, при перегляді репрезентативного мистецтва, фахівці з мистецтва приділяють більшу увагу елементам, які дозволяють отримати більше уявлень про саму картину (Bauer & Schwan, 2018).

У статті, на методологію якої значною мірою покладається наше дослідження, фінські науковці цікавилися чим відрізняється бачення мистецтва звичайної людини від фахівця по мистецтву (мистецтвознавця, історика мистецтва). Вони відібрали 20 людей для кожної з цих двох груп та влаштували 2 раунди показу, по 10 та 30 секунд на кожний. Час для другого раунду був обраний як такий, за який люди в середньому робили оціночні судження щодо мистецтва при умові вільного перегляду у галереї (С. Nodine et al., 2008), при тому що частіше за все люди проводять біля картин в середньому менше 30 секунд (J. K. Smith & Smith, 2001). При цьому, дослідження, проведене через 15 років, підтверджують попередні дані – у середньому люди проводять разом з мистецькими творами 28.6 секунд з медіаною у 21 секунду (L. F. Smith et al., 2017). Однак, змінилась форма проведення цього часу, оскільки під час нещодавнього експерименту біля кожної картини досліджувані робили селфі. Повертаємось до дослідження фінських колег, які у якості стимулів обрали 35 картин у 5 різних категоріях (по 7 у кожній) – від репрезентативних (таких, що відображають реальний світ найбільш точно) до абстрактних. При розбитті на категорії участь приймали експерти-мистецтвознавці (Pihko et al., 2011). Між переглядом картин респондентів також просили дати свою оцінку до щойно оглянутого мистецтва (щодо естетичної та емоційної складової). В результаті, рівень абстрактності картини по різному вплинув на оцінку респондентів. Так, у групі не-експертів, із зростанням рівня абстрактності знижувалася естетична та емоційна оцінка мистецтва. Експерти ж, навпаки, естетично трохи вище оцінювали більш абстрактні картини, а найбільш репрезентативні категорії отримали найменші бали за емоційною оцінкою. Однак, така різниця не є статистично значущою, отже можна говорити про те, що на судження експертів не впливав рівень абстрактності картини, що ще раз підтверджує їх експертність як фахівців. Також, салієнтність стимулів однаково впливала на всіх досліджуваних, фіксації були довшими на тих картинах, де були



зображені люди. Фіксації на людських фігурах були більш тривалими, особливо у не-експертної групи. Це є логічним, оскільки салієнтність впливає на сприйняття на рівні нейробіологічних реакцій, але засвоєнні знання можуть з часом інгібувати цю реакцію. Аналізуючи патерни перегляду, дослідники підтвердили Татлера (Tatler et al., 2005) про те, що перші фіксації та початкова траєкторія погляду направляється низькорівневими процесами, притаманними в більшій мірі всім людям однаково, до того як «підключиться» особистість й стратегії перегляду почнуть різнитися враховуючи індивідуальні особливості (мається на увазі попередній досвід, патерни мислення й ін.). Кількість та довжина фіксацій також залежали від рівня абстрактності картини. Так, найбільш репрезентативні картини мали менше фіксацій більшої довжини, в той час як на абстрактних картинах досліджувані фіксувалися у більшій кількості місць, час фіксацій відповідно був меншим.

#### **1.1.4 Дослідження візуального сприймання**

Дослідження візуального сприймання почалися задовго до технологічного прогресу, який надає нам можливість фіксувати рух очей та детальні показники, такі як розмір зіниці, кількість сакад, тощо. Найперші спроби дослідження використовували словесний рапорт респондента про те, що він бачить перед собою, себто суб'єктивну картину його сприйняття. Однак, такий спосіб отримання даних є дуже обмеженим та неточним. Однакові слова (наприклад ті, що репрезентують відтінки кольору) можуть бути використані по-різному, в залежності від культуральних та фізіологічних особливостей людей (Wade & Swanston, 2013). Також, в такий чин ми отримаємо «перероблену» картину, оскільки респондент, даючи нам словесний самозвіт, тим самим конструюючи свій наратив, додає багато суб'єктивних компонентів, що радше показує його особистісну структуру, ніж результат безпосереднього сприймання. Наступними стали психофізичні методи, які дозволяли опосередковано вимірювати різні показники зору та візуального

сприймання, як наприклад поріг сприймання, взаємозв'язок між інтенсивністю стимулу та порогом адаптації до нього. Інші варіанти дослідження сприймання, що зосереджуються на мозку, включають ПЕТ, МРТ та МEG сканування. Хоча такі інструменти здатні надати багато важливої інформації про процес сприймання на рівні мозку, їх використання обмежене вартістю, трудомісткістю та мобільністю. Іншим пристроєм для дослідження візуального сприймання є девайси для стеження за поглядом – айтрекери. Такі сучасні пристрої представляють собою інфрачервону камеру (або камеру, в близькому до інфрачервоному спектрі) яка здатна розуміти куди людина направляє свій погляд, скільки часу цей погляд триває, а також вимірювати розмір зіниць. Зазвичай такі треки аналізують вектор між центром зіниці та відбиванням інфрачервоного світла з рогівки ока (Hansen & Qiang Ji, 2010). Такі камери можуть бути статичними (під'єднуючись до монітору комп'ютера), чи використовуватися в «польових умовах» та монтуватися на окуляри. Чим більша частота дискретизація у айтрекера, тим більш детальну «історію погляду» ми можемо отримати. Використання айтрекера допомагає нам виявити фіксації – точки інтересу, або ж салієнтні стимули, які привернули увагу глядача. Ми також маємо інформацію про характер сакад, що у кількісному еквівалентні дає нам змогу зрозуміти «розгубленість» погляду та включити це в подальшу інтерпретацію.

## **1.2 Огляд психотерапевтичних напрямків**

Психотерапія, як наука та практика, має різні напрямки, які також називаються «терапевтичними школами». Початком утворення таких напрямків можна вважати кінець 19 сторіччя, коли через кризу в психологічній науці пройшов поділ на різні «школи», кожна з яких обстоювала свою доктрину (Marcinkovskaja & Jurevič, 2011). Одною з перших таких «шкіл» стала психоаналітична, яка від початку була персоналістичною, оскільки останнє слово та фундаментальні принципи були закладені її батьком, Зігмундом Фройдом. Хоча в майбутньому його праці були

розкритиковані його опозиціонерами та послідовниками, деякі принципи, які він заклав залишалися із психоаналітичним напрямком до сьогодні. Оскільки психоаналіз був одним із перших й найбільш відомих напрямків, а Фройд не терпів критики та інакших поглядів на психіку, ніж його особисті (Gay, 1985), багато наступних напрямків створювалися його колишніми послідовниками, тими, хто сам вчився психоаналізу, чи тими, хто хотів щось йому протиставити. Так, беручи за основу принципи сприйняття гештальтпсихології був створений напрямок гештальт-терапії. Розвиваючи ідеї гуманізму утворився гуманістичний напрямок, який пізніше підкріплений філософією породить свою екзистенційну гілку. На їх основах пізніше утвориться терапія, центрована на особистості (КЦТ). Також, в другій половині 20 сторіччя все більшу популярність набиратиме поведінковий напрямок, що з розвитком когнітивних наук перетвориться на когнітивну поведінкову терапію (КПТ). Він чітко протиставляється психоаналітичному напрямку, що домінував в світовій та Американській науці до 70х років 20 сторіччя, та засновується на суто наукових теоріях та дослідженнях, які доступні перевірці. Частково таку його популярність й розвиток можна пояснити реформуванням американської медичної системи, яка стала потребувати чітких положень, стандартів та протоколів лікування задля уніфікації надання допомоги та моніторингу рівня фахівців, а також прозорості страхових витрат (McWilliams, 2004). Психоаналіз та інші напрямки, які у своїй роботі користуються принципом підсвідомого та працюють із урахуванням динамічних відносин між різними внутрішніми частинами індивіда, об'єдналися під зонтичним терміном – психодинамічні терапії (Yalom, 1980).

Когнітивно-поведінкова терапія на сьогодні є найбільш популярним та найбільш вивченим напрямком психотерапії (“Cognitive Behavioral Therapy,” n.d.). Протистояння когнітивно-поведінкових та психодинамічних напрямків тривають

десятиріччями. Багато дослідників вважають КПТ більш ефективною при більшості нозологіях (вона, частіше за ПДТ, використовується у клініках та рекомендована для корекції розладів) (Hofmann, 2016). Однак, не всі дослідники поділяють цю думку, та аргументують, що їх ефективність рівна між собою (Driessen et al., 2015; Leichsenring et al., 2015; Steinert et al., 2017), а нерівна репрезентативність у дослідженнях спричинена меншою кількістю доступних коштів для дослідників ПДТ, лобіюванням цієї області.

Оскільки КП та ПД терапії мають різні фундаментальні принципи (перша з них фокусується на корегування мисленевих моделей, друга на підсвідомих процесах та терапевтичному стосунку), мають різну процедуру проведення терапії, а отже спеціалісти цих напрямків мають різну підготовку.

### **1.2.1 Огляд психодинамічного напрямку**

Говорячи тут про психодинамічний напрямок, більшість уваги ми будемо зосереджувати на психоаналізі, а саме психоаналітичній психотерапії, у тому як її розуміють такі автори як Ненсі Мак-Вільямс, Отто Кенберг, Хайнц Кохут, Марк Солмз та інші сучасні психоаналітичні психотерапевти. Хоча психотерапія є досить молодою наукою та постійно розвивається, певні принципи, які встановив Фройд, є досі актуальними на сьогодні. Основні поняття психоаналізу, які розділяють між собою аналітики різних напрямків, є поняття про несвідоме, перенос та контрперенос, поняття захисних механізмів. Також більшість аналітиків продовжують розглядати особистість через другу топіку Фрейда (Я, Над-я та Воно) та використовують (психосексуальну) теорію розвитку особистості, розроблену Фройдом для аналізу особистісних процесів.

Для пояснення психічного апарату людину Фройд вдався до різних моделей, одна з яких намагається пояснити рівні свідомості різних психічних процесів. В

одній з таких моделей він припускав, що у нашому житті присутні свідомі процеси, про яких ми маємо знання, несвідомі процеси, до яких ми не маємо жодного доступу, але які впливають на наше життя та передсвідомий пласт, де знаходяться процеси, що можуть бути усвідомлені за певних обставин, у тому числі за допомогою психоаналізу (Langs, 1990). Це можна уявити як структуру айсберга, де ми бачимо тільки «свідому верхівку», однак попри велику кількість оманливих статей в мережі, Фройд жодного разу не вдався до такого порівняння, оскільки бачив ці утворення динамічними (Green, 2019). Так, несвідоме людини включає витіснений матеріал, який не може бути прийнятий свідомістю (бажання, гни, жадання, страхи й ін.) (Freud, 1982). Несвідоме нелогічне, тому дає змогу існуванню протилежних ідей бік о бік, а його вміст є хаотичним та не підлягає жодним законам. Несвідоме підпорядковується первинному процесу та шукає свою розрядку, перетворюючись у прийнятний зміст за посередництвом вторинного процесу. Тобто, наше жадання, яке ми не можемо прийняти як частину себе, все ж таки бажає здійснитися та являє собою акумульовану енергію, що знаходить свій «вихід» у реальному світі перетворюючись у щось, що личить суспільству та свідомості індивіда. Ми не можемо пізнати зміст несвідомого, проте ми бачимо його деривати у нашій поведінці, усім відомий концепт «Фройдівських обмовок». Усвідомлення несвідомого може допомогти нам позбавитися від різноманітних психологічних проблем. Одним з таких шляхів він вважав сни: «Сни – це королівська дорога в несвідоме» (Freud & Roberston, 2008). Тим не менш, вважати що Фройд «відкрив» несвідоме було б настільки ж помилково, як вважати, що Колумб відкрив Америку (Major, 2017). Його праці про несвідоме базувалися на численних працях філософів-попередників, які обговорювали цей концепт задовго до нього (Whyte, 1978). Але, він й не мав бажання присвоювати собі цю працю, оскільки для нього було головним відкриття методу (психоаналізу), за допомогою якого можна було б досліджувати це несвідоме: «Поети і філософи до мене відкрили несвідоме; те, що

я відкрив, було науковим методом, за допомогою якого можна вивчати несвідоме» (Brown, 1985). Поняття про несвідоме не залишилося забутим у 20 сторіччі й знайшло своє обґрунтування у нейропсихологічній парадигмі серед сучасних вчених (Crapanz, 2018; Solms, 2017).

Інший концепт, що є другою топографічною моделлю Фрейда, вимальовує в середині особистості три утворення: «Я», «Воно» та «Над-Я». «Воно» є несвідомою частиною, в якій сфокусована рухома енергія, істинні бажання та жадання що є в людині. Цей вміст несвідомого жене особистість до дій. «Над-Я» є утворенням що виникає як інтерналізація батьківських установок та є джерелом моралі, що стримує «Воно» та сприяє слідуванням соціальних норм (Freud et al., 1974). «Я» стоїть посередині та балансує ці дві частини, гармонізуючи особистість та не дозволяючи будь-якій з них взяти контроль. Фрейд описує їх взаємозв'язок наступним чином: «Можна порівняти ставлення Я до Воно з відношенням між вершником і його конем. Кінь забезпечує рухову енергію, і вершник має прерогативу визначати мету і направляти рух свого потужного скакуна до неї. Але занадто часто у відносинах між Я і Воно ми знаходимо картину менш ідеальної ситуації, в якій вершник змушений направляти свою коня в тому напрямку, в якому вона сама хоче йти» (Freud & Strachey, 1965). Фрейд вірив, що нездатність «Я» збалансувати «Воно» та «Над-Я» створює тривогу для особистості. Для збереження балансу «Я» прибігає до захисних механізмів. Ці захисні механізми спотворюють реальність у такий чин, в який ми зможемо її приймати без спотворення свого «Я», або ж змін, які поставлять під питання її цілісність. Завдання цих механізмів – зменшити тривогу «Я». Так, якщо якийсь спогад є для нас занадто тяжким, він має бути «подавленим», іншими словами «видаленим» із свідомості для подальшого успішного функціонування (Freud, 1920). Такі подавлені спогади, що належним чином не інтегровані у свідомість, можуть переходити в симптоматику. Концепт гнів (трібів)

Фройда сьогодні можна пояснити за допомогою базових мотиваційних систем, які на сьогодні вивчає афективна нейропсихологія (Panksepp & Solms, 2012).

Феномен переносу (трансферу) Фройд описав працюючи з пацієнткою Бройера, яку він називав Анна О., вивчаючи істерію. Цей феномен виявляється в тому, що пацієнти (клієнти) розглядають терапевта під впливом попередніх уявлень про людей (терапевтів, чоловіків чи жінок, національностей й ін. притаманних терапевту ролей), формуючи ставлення на основі попереднього досвіду (Skues, 2006). Таким чином, психоаналітики вірять, що клієнти розглядають поточну ситуацію в світлі попередніх (часто, ранніх) взаємин і відтворюють ті взаємини у теперішніх. Іншими словами, людина конструює та доповнює образ терапевта своїми уявленнями, тим самим проектує на нього те, що має всередині себе, переносить ці уявлення на іншу людину. Пізніше Фройд помітив, що те саме стається з самим терапевтом по відношенню до клієнтів, що він назвав контрпереносом (“Countertransference,” 2012). Хоча сам Фройд вважав його перешкодою у роботі з пацієнтами, оскільки аналітик мав бути «чистою дошкою» для переносних реакцій клієнта, більш пізні аналітики почали використовувати аналіз контрперенесення для покращення своєї роботи та контакту між ними та клієнтами (Boschan, 2011).

Однак, вважати що сучасний психоаналіз суцільно сконцентрований на «розкопах несвідомого» (УКУ, 2022) було б дуже помилково, оскільки він також активно фокусується на ситуації «тут і тепер» (Thomä, 1989). Сьогодні аналітики так часто прибігають до понять несвідомого, перенесення та контрперенесення так часто, як й розглядають стосунковий аспект життя клієнта (Aron & Mitchell, 1999), керуються нейропсихологічним та матеріальним підходом до діагнозу мозкових розладів (Solms, 2018) та розглядають клієнта в рамках теорії прив’язаності (Schore, 2002). Велике значення для психоаналізу має метафора, через яку аналітики

пояснюють більшість своїх теорій та до якої звертаються для надання інтерпретацій для клієнта (Gibbs, 2008).

### **1.2.2 Огляд когнітивно-поведінкового напрямку**

Когнітивно-поведінкова терапія є в більшості проблемно-орієнтованим напрямком, який фокусується на мисленевому аспекті та зміні когнітивних викривлень задля покращення самопочуття (Beck & Beck, 2011). Вона може бути як короткостроковою, так й проводитися роками, в залежності від тяжкості наявних проблем. КПТ утворилася у поєднанні поведінкового та когнітивного напрямку й налічує у собі декілька «еволюцій», які називають «хвилями». В її основі лежить концепція, що на нашу поведінку впливають вироблені мисленеві установки (автоматичні думки), які викривляють сприйняття реального світу. Подолання цього викривлення, вироблення нових мисленевих патернів та корекція наявних уявлень є ціллю когнітивно-поведінкової терапії. Іншими словами, наші когніції впливають на наші емоції та нашу поведінку, але й те, як ми поведимося та що робимо впливає на наші думки та майбутні поведінкові патерни (Wright et al., 2017). Розповідаючи про КПТ зазвичай зазначають її ефективність та доказовість, оскільки саме ці принципи стояли в основі її побудови (“Cognitive Behavioral Therapy,” n.d.). На відміну від ПДТ, КПТ рекомендована при різних психічних розладах, включаючи тривожні розлади, депресію, розлади аутистичного спектру, харчові розлад, тощо. Також, КП терапевти більш схильні давати прямі поради, проводити психоедукаційну роботу та менш схильні до регресії їх клієнтів. Наприклад, особливість КПТ є навчання клієнта новим навичкам, які допоможуть йому в житті та в подоланні наявного розладу чи симптомів (Adler et al., 2015). Вона є найбільш популярним видом терапії. Більшість страхових компаній включають саме КПТ у свої страхові поліси, оскільки вона має всі умови для стандартизації надання допомоги та приблизні розрахунки тривалості лікування, без яких було б складно



створювати бюджетну основу страхового полісу. Для такої стандартизації в рамках КПТ існують протоколи на кожний розлад, з яким КПТ працює з доведеною ефективністю (“A Comprehensive Guide To Color Theory For Artists – Sidebar,” 2022). Таким чином, допомога, яку надаватимуть терапевти в різних місцях та навчені різними інституціями робитимуть це максимально уніфіковано.

Сучасна КПТ проходить «третю хвилю» свого розвитку, яка включає в себе майндфулнес терапію, терапію десенсибілізації й переробки рухами очей та терапію прийняття й зобов’язання (Hayes & Hofmann, 2017). Майндфулнес терапія спрямована збільшення усвідомлення себе в теперішньому моменті, що підвищує якість життя та зменшує тривожність (Creswell, 2017). Майндфулнес практики мають своє коріння в Буддійських традиціях й є певною формою медитацій. Також, доказана ефективність майндфулнес інтервенцій при фізичних симптомах, спричинених стресом (від хронічного болю до функціонування імунної системи). Також, є докази ефективності в зменшенні рецидиву депресії, симптомів резистентної до лікування депресії, тяги до психоактивних речовин при залежності, симптоми ПТСР (Creswell, 2017). Терапія прийняття й зобов’язання мотивує людей прийняти їх думки та почуття, радше ніж ігнорувати, чи боротися з тим. Ціль терапії у сприйнятті світу в більш реалістичному вигляді, що в свою чергу збільшить пластичність поведінки та узгоджуваність вчинків зі своїми цінностями (Hayes et al., 2006). Вона також включає методи когнітивної розрядки, які фокусуються на зміні функції наявних думок, але не зміни їх форми, частоти чи інтенсивності. В результаті змінюється те, як людина взаємодіє з думками та саме ставлення до тих думок.

### **1.2.3 Специфіка навчання та вимоги до майбутніх терапевтів**

Більшість програм з навчання психології та соціальної роботи в США мають великий аспект навчання технікам КПТ (Klerac et al., 2012). Загальні компетенції

когнітивно-поведінкових терапевтів включають в себе здатність до саморефлексії, займається самодопомогою для надання кращої допомоги іншим, використовувати аналіз поведінки та функціональний аналіз, вміння використовувати Сократівський діалог, надавати клієнтам належні внесесійні завдання (домашня робота), залучати пацієнта то реструктуризації думок, зміни переконань, тощо (Sudak, 2016). Як зазначають автори, всі компетенції, яких навчають на програмах КПТ включають знання фактів, знання як їх застосовувати, та використання механізму для оцінки втручань (Bennett-Levy, 2006). Навчання КПТ зосереджено більше на поясненні конкретного розладу, ніж на особистості клієнта: «Практикантам допомагають чітко зрозуміти специфічну когнітивну концептуалізацію кожного психологічного розладу, а потім точно пов'язати її з конкретною когнітивною концептуалізацією пацієнта і специфічними для розладу когнітивно-поведінковими стратегіями лікування» (Sudak, 2016). Так, в посібнику для навчання КПТ менш ніж 5% книги присвячено стосунковому аспекту взаємодії клієнта та терапевта, в більшості ж представлені специфічні методи для подолання конкретних проблем (Wright et al., 2017). Втім, така позиція є логічною для проблемно-орієнтованого підходу.

Психоаналіз є не тільки науковим предметом, але й у своєму роді мистецтвом, як зазначає Боулбі (Bowlby, 1981). Говорячи про навчання психоаналізу, Томас Огден пропонує учням читати поезію та художню літературу для «тренування вух» (Ogden, 2006), подібно до того, як митці навчаються роздивляючись картини великих майстрів. Огден вважає, що це допомагає не тільки краще будувати свої наративи, а також краще прислухатися до свого мовлення, до себе, покращуючи саморозуміння, що в свою чергу також необхідне для аналізу контрперенесення. Також, психоаналітична практика має під собою уявлення про стиль ведення терапії конкретною людиною, який вона має виробити в процесі навчання (Ogden, 2014). Грінсон зазначає, що вміння психоаналітика зав'язані на його «несвідомому розумі»

та на ступеню, до якого цей несвідомий розум доступний свідомості його еґо, щоб аналітик міг застосовувати розуміння себе у роботі з клієнтами (Greenson, 2018). Аналітику має бути властива висока тямущість, проникливість та високий культурний рівень, вважає він. Вміння аналітика виходять з психологічних процесів, які також формують особистість та характер терапевта. Терапевт також має вміти «повертати» клієнту вміст його несвідомого, який останній привносить на сесію у вигляді фрагментованих картин. Хоча психоаналіз має окреслені техніки, які має в свою чергу й мистецтво, його творча частина полягає в свободі аналітика та індивідуальному підході до кожного клієнта, а його (психоаналіза) практика не може бути зведеною до певних інструментальних кроків, як й великий живопис не був написаний «по-інструкції». Так, Рейт пише, що немає «одного правильного шляху», яким починається аналіз, а стиль аналітика більшою мірою залежить від його особистості та його культури (Reith et al., 2018). Це підкреслює відомий вираз, що інструментом психолога є його особистість.

Переходячи до компетенцій когнітивно-поведінкових та психодинамічних терапевтів, ми розглянемо саме ті компетенції, які вказані в навчальних програмах УКУ, а саме магістерських програм з клінічної психології з ухилом в психотерапію. Основними компетенціями ПД терапевтів вказані : «Розуміння природи та причин психічних розладів клієнтів, проведення фахової психологічної діагностики, вміння спланувати терапевтичний процес та бути гнучким у непередбачуваних випадках, вміння обирати та застосовувати метод психологічної терапії клієнта виходячи з його запиту, та індивідуальних особливостей» (*Компетенції випускників*, 2022). В програмі КП терапевтів першими компетенціями виступають «розуміння походження психічних розладів і психологічних проблем, діагностика й оцінка розладів психічного здоров'я та психологічних проблем, моніторинг та оцінка

ефективності психологічної допомоги» (*Магістерська Програма з Психології*, 2022).

#### **1.2.4 Менталізація – загальний міст для терапевтів?**

Менталізація це можливість розуміння ментального стану іншої людини (думки щодо емоцій, бажань та почуттів інших) для передбачення її поведінки, що є основою людської комунікації (Hausberg et al., 2012). З точки зору Фонагі та Бейтмена, менталізація є здатністю терапевта розуміти себе та інших з точки зору суб'єктивних станів і психічних процесів (Fonagy & Bateman, 2007). З менталізацією пов'язана здібність до репрезентації та регуляції афектів, які є вкрай важливими у роботі терапевта, як ми зазначали вище. У своїх попередніх працях вони також вказували на значну роль менталізації як чинника побудови соціальних груп та «вбудованої» здатності до менталізації, яку ми маємо як люди (Bateman & Fonagy, 2006). Терапевт, що має здатність до менталізації покликаний постійно створювати та реконструювати образ клієнта в своїй свідомості, для того щоб «відзеркалити» та повернути цей образ клієнту. Таким чином, «пацієнт повинен знайти себе в свідомості терапевта» (Bateman & Fonagy, 2006). При цьому вони стверджують, що для таких інтервенцій для терапевта цілком має значення саме «душевний стан пацієнта», а не його поведінка. Для цього дослідники рекомендують відслідковувати та усвідомлювати свій стан, щоб не вдатися до помилок, що схоже з тим, як працює аналіз контрперенесення. В такій концепції виглядає, що здатність до менталізації в більшій ступені важлива ПД терапевтам, радше ніж КП терапевтам. Втім, у своїй статті Бьоргвінссон доводить здатність КП терапії покращувати менталізацію клієнтів, за концептуалізації себе та своїх думок, збільшення агентності в своєму наративі (Bjrgvinsson & Hart, 2006). У іншому дослідженні менталізацію розглядають з точки зору рефлексивного функціонування, тобто вміння звертатися до людської поведінки скрізь призму

ментальних процесів (думок, почуттів, вірувань), що лежать в основі цієї поведінки. Таке рефлексивне функціонування присутнє в однаковій мірі терапевтам обох напрямків (КПТ та ПДТ) та є спільним фактором, на якому засновані ці дві моделі терапій (Goodman et al., 2016).

### 1.3 Теоретична модель дослідження

Когнітивно-поведінкова та психодинамічна психотерапії мають різні погляди на людську психіку та різні моделі побудови інтервенцій, виходячи із своїх ідеологій та принципів. Це в свою чергу впливає на особистість терапевта, оскільки сам терапевт конструє себе у процесі навчання, обираючи мисленеві моделі, через які він дивиться на світ. Крім цього, навчання враховує особливості цих двох напрямків. В той час, як навчання КПТ терапії націлене більшою мірою на когнітивний аспект психіки та вивченню особливостей при роботі з певними розладами, навчання ПД терапії потребує значного залучення терапевта в свій культуральний розвиток, який має допомогти йому у покращенні менталізації та розуміння як своїх майбутніх клієнтів, так й самого себе. Навички ПД терапевтів пов'язувати фрагменти історії клієнтів у значно більшу «картину» схоже із навичками мистецтвознавців синтезувати сенс картини виходячи із окремих її частин, про що ми писали вище.

Ми вважаємо, що ПД терапевти з більшою мірою менталізуватимуть абстрактні картини. Як ми писали вище, низхідні процеси (зверху-вниз) виражаються в досвіді, освіті, культурній освіті та можуть впливати на сприйняття, направляючи його. Через це дослідження ми хочемо дізнатися про внесок низхідних процесів як відображення особистостей терапевтів різних напрямків на сприйняття мистецтва. Так, гіпотетично, ПД терапевти матимуть більшу кількість фіксацій, їх увагу в меншій мірі будуть привертати салієнтні стимули, а їх охоплення картини буде ширшим.

## Висновки до першого розділу

Наше око це основний механізм через який відбуваються процеси візуального сприймання, що далі продовжують свій шлях у мозку, де обробляючись створюють зрозумілу нам картинку навколишнього оточення. Під час сприймання ми користуємося висхідними та низхідними процесами, які направляють наше сприймання та допомагають нам пришвидшити цей процес, уникаючи побічних втрат якості сприйнятого. Низхідні процеси включають наші особистісні нашарування (досвід, характер й ін.) та на певній стадії сприймання направляють його на ті елементи, які є нам суб'єктивно важливими. Таким чином, досліджуючи «поведінку» ока, ми можемо опосередковано досліджувати індивідуальні риси, особливості та якості, виявляти вплив аперцепції на процес сприймання. Це стало реальним із приходом технологій стеження за поглядом, таких як сучасні айтрекери (системи відстежування погляду). Подібні дослідження із участю знавців мистецтва та «перехожих» масово проводилися в кінці 20 – початку 21 сторіччя, з метою віднайдення особливостей «художнього ока» – різниці між тим, як професіонал та звичайна людина дивляться на картину. Результати таких досліджень підтверджуються їх наслідниками та чітко виявляють певну тенденцію.

ПД та КП терапія мають різні світоглядні моделі та по-різному концептуалізують психічний апарат. Звідси, в процесі навчання акценти розставлені на різні новоутворення майбутніх терапевтів. Ми припускаємо, що психодинамічно орієнтовані терапевти мають більший рівень менталізації, мають більший акцент на самоусвідомленні, та схильність до більш метафоричного, «художнього» мислення, ніж терапевти когнітивно-поведінокового напрямку. Ми вважаємо, що ПД терапевти здатні краще менталізувати абстрактне мистецтво, а КП терапевти, у свою чергу, можливо краще менталізують репрезентативне мистецтво. Перевіркою цього слугуватиме оцінка мистецтва різного рівня

абстрактності. Ми можемо так говорити через те, що саме навчання цьому напрямку має на меті краще саморозуміння, оскільки терапевт використовує себе як інструмент терапії, радше ніж методики та протоколи. Зокрема, таку різницю можна дослідити у сприйнятті мистецтва, оскільки емоційне залучення від мистецтва вимагає тих самих, або схожих якостей, що отримують психодинамічні терапевти під час навчання.

## РОЗДІЛ II. МАТЕРІАЛИ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1 Етапи та методи дослідження

Ми поділили дослідження на 7 етапів: теоретичне обґрунтування дослідження, планування дослідження, тестування процедури дослідження, набір респондентів, проведення дослідження, аналіз результатів дослідження, інтерпретація цих результатів. У дослідженні були використані 4 методики (опитувальники), інші дані були зібрані за допомогою пристрою відстеження погляду. Опитувальники дали змогу ідентифікувати стиль ведення психотерапії (у терапевтів) та виміряти естетичні інтереси вибірки, що в свою чергу підкріплює та доповнює дані, зібрані айтрекером.

#### 2.1.1 Опитувальник менталізації

Методика вимірювання здатності до менталізації (MZQ) була використана з метою визначення здатності випробовуваних до розуміння стану іншої людини, можливості уявити собі її переживання та відчуття їх на собі. Переживання мистецтва як окремого досвіду та краще його розуміння передбачає під собою проникнення в суть задуму автора, митця, намагання налаштуватися на ті настрої, які автор зображає у своїй картині, або іншому художньому творі. Це більшим чином пов'язано із портретним живописом, коли митець передає глядачу певну емоцію та описує через лице героя картини певний сюжет. Часто інтерпретація картини починається зі зчитування лица, яке не просто доповнює сюжет твору, але конструює його та вказує нам на те, що відбувається. Однак, деякі, навіть найбільш абстрактні картини також здатні викликати у нас цілий спектр емоційних проявів. Опитувальник має 15 тверджень, які створюють собою 4 шкали: відмова від саморефлексії, емоційне усвідомлення, режим психічної еквівалентності та шкалу регуляції афекту. Питання оцінюються за шкалою Лікерта від 1 до 5 (де 1 бал =



абсолютно не згоден, а 5 балів = абсолютно згоден), методика не передбачає обернених тверджень та має розкид від 15 до 75 балів. Таким чином методика вимірює здатність випробовуваних ідентифікуватися із психічним станом інших та розрізняти свої та чужі почуття, схильність до уникання рефлексії (думок, пов'язаних із власними психічними станами, аналізу причин вчинків, як своїх, так й інших людей), схильність до поглибленого переживання чужих емоцій (тотожно своїм) та оцінює здатність до регулювання своїх та інших емоцій. Результат підраховується як сума балів за всіма шкалами, здатність до менталізації обернено пропорційна до кількості отриманих значень у конкретного досліджуваного. Оригінальна версія опитувальника була розроблена Гаусбергом та колегами у 2012 році, однак мала різні коефіцієнти надійності у різних вибірках, через що дослідники рекомендували детальніше дослідити фактори у більших гетерогенних вибірках (Hausberg et al., 2012). Дослідження по адаптації опитувальника на українську мову провели Турецька Х.І. та Кунікевич Б.І. у 2020 році. Внутрішня узгодженість опитувальника знаходиться на задовільному рівні (Cronbach's  $\alpha = 0.75$ ). Дослідження факторної структури опитувальника здійснювалося методом аналізу головних компонент з обертанням варімакс, розподіл питань по факторам не до кінця відповідав оригінальному опитувальнику (Turetska & Kunikevych, 2020). Ретестова надійність методики є задовільною ( $r = 0.75$ ), та наближеною до оригінального дослідження (де  $r = 0.76$ ). В процесі адаптації була також досліджена конструктна валідність опитувальника.

### 2.1.2 Порівняльна шкала психотерапевтичного процесу

Методика «Шкала порівняльних психотерапевтичних процесів» (CPPS) була використана у дослідженні задля розрізнення стилів ведення психотерапії відповідними фахівцями. В основі методики закладений дихотомічний поділ стиля ведення психотерапевтичного процесу: психодинамічно-інтерперсональний та

когнітивно-поведінковий, відповідно до цих стилів розділені твердження, з якими пропонується погодитись (або не погодитись) досліджуваним. Методика має 20 тверджень, 10 відповідних кожному стилю. Досліджуваним пропонується оцінити, наскільки кожне твердження стосується їх як психотерапевтів (чи як уявлення про їх майбутню діяльність, якщо вони лише навчаються відповідній професії чи мають малий досвід практики за фахом). Відповідь на твердження даються за шкалою Лікерта та мають розкид у 7 балів (де 0 = зовсім не притаманно мені, а 6 = надзвичайно притаманно). Відповідно до двох, вищеописаних, стилів існують дві шкали опитувальника. Підрахунок здійснюється шляхом знайдення середнього за кожною шкалою, всі твердження опитувальника прямі. Отримані показники за шкалами свідчать про схильність терапевта використовувати у терапії техніки того, чи іншого напрямку, схильність вести сеанси та стосунки з клієнтом певним, відповідним, чином. Згідно досліджень оригінальної версії опитувальника, методика має задовільні психометричні властивості, вона надійна ( $r \geq 0.75$ ) та внутрішньо узгоджена, була здійснена перевірка критеріальної валідності (Hilsenroth et al., 2005). Результати італійської версії CPPS вказують також на те, що шкала є надійним інструментом, який забезпечує надійну оцінку методів терапевта, щодо стилю ведення терапії (Gentile et al., 2020). Був здійснений переклад методики українською мовою, проте жодних психометричних показників не було надано до проведення дослідження.

### 2.1.3 Анкета естетичного досвіду

Анкета естетичного досвіду (AEQ) була використана для реєстрації досвіду переживань випробуваних під час перегляду мистецтва. Перегляд мистецтва (у нашому дослідженні – картин) передбачає витрачання деякого часу на «занурення» у живопис та його переглядання, радше ніж звичайний, мимовільний огляд. Випробуваних просять згадати, коли вони в останній раз довільно переглядали

мистецтво (виключаючи наше дослідження) та оцінити різні твердження опитувальника, щодо емоційного, культурального, перцептивного, когнітивного, проксимального аспекту та з точки зору досвіду, який вони отримали після перегляду цього мистецтва. Опитувальник складається із 22 тверджень, кожне з яких оцінюється за шкалою Лікерта від 1 до 7 балів (де 1 = зовсім не погоджуюсь, а 7 = повністю погоджуюсь). Вищеописані аспекти також виступають як самостійні шкали опитувальника (Wanzer et al., 2020). Хоча автори оригінального дослідження не вказали спосіб підрахунку балів, виходячи із доступних матеріалів, які автори дослідження виклали у базу OSF (Dana Wanzer, n.d.), по кожній шкалі здійснюється підрахунок середніх значень, також середні значення підраховуються за всіма твердженнями опитувальника. Опитувальник демонструє значний рівень конвергентної валідності (із такими конструктами як відкритість досвіду, зацікавленість та дослідження). Внутрішня узгодженість питань опитувальника варіюється між шкалами та знаходить в діапазоні між задовільною (Cronbach's  $\alpha \geq 0.66$ ) та високою (Cronbach's  $\alpha = 0.9$ ). Для дослідження був здійснений переклад українською мовою, однак жодних показників щодо надійності та валідності україномовного перекладу методики немає.

#### 2.1.4 Віденський опитувальник інтересів до мистецтва та знань мистецтва

Віденський опитувальник інтересу до мистецтва та знань мистецтва (VAIAK) був використаний з метою співставлення відповідей випробуваних із опитувальником естетичного досвіду, а також для визначення ставлення випробуваних до мистецтва загалом. Опитувальник має 15 пунктів, 11 тверджень, які досліджуваним пропонується оцінити по шкалі Лікерта від 1 до 7 (де 1 = зовсім не погоджуюсь, а 7 = повністю погоджуюсь) та 4 питання, на які досліджувані мають відповісти по шкалі Лікерта від 1 до 7 щодо частоти виконання певної активності (де 1 = рідше ніж раз на рік, а 7 = раз на тиждень чи частіше). Твердження

та питання створюють собою одну шкалу. Процедура підрахування балів не була описана, однак, згідно оригінальною статті, дослідники підсумовують бали за шкалою (Specker et al., 2020). Оскільки методика є новою (створена у 2020 році), дослідники притримуються новітніх тенденцій та використовують омегу у якості показника внутрішньої узгодженості питань. Відтак, однофакторна структура опитувальника показала гарні результати ( $\omega = 0.95$ ). Опитувальник був перекладений українською мовою, однак жодних даних щодо його психометричних показників наразі немає.

Відтак, деякі опитувальники (AEQ, VAIAC) направлені на естетичну сферу досліджуваних та допомагають нам визначити їх зацікавленість мистецтвом й місце, яке воно займає у їх житті. Ми вважаємо, що це також впливає на те, як досліджувані вивчають картину з точки зору руху очей та шляхів побудови перцептивної доріжки. На це також впливає те, наскільки досліджувані здатні афективно заглиблюватися у сутність мистецтва, наскільки вони здатні ідентифікуватися з емоціями, яке пропонує їм певний твір мистецтва (здатність виміряти це нам надає опитувальник менталізації MZQ). Для того, щоб найбільш точно розподілити терапевтів щодо стилю та «духу» терапії, який вони використовують (чи бажають використовувати) у роботі, ми використали шкалу CPPS.

#### 2.1.5 Дослідження за допомогою пристрою стеження за поглядом

У якості приладу стеження за поглядом буде використаний стаціонарний айтрекер – Gazepoint “GP3 Eye Tracker”, який підтримує статичну частоту в 60 Hz. Зображення транслювалися з ноутбуку на системі Windows на зовнішній екран через порт HDMI. Розмір екрана становить 27 дюймів, роздільна здатність – 1920x1080 пікселів. Відстань від людини до монітора незначно різнилася через потреби у налаштуванні айтрекера. Якість зображень (роздільна здатність)

різниця, як й співвідношення їх сторін (що логічно щодо творів мистецтва). Найменша роздільна здатність картини при цьому становила 1557x1685 пікселів.

Для експерименту ми відібрали 10 картин, розділивши їх на 5 рівнів (від найбільш репрезентативного мистецтва до найбільш абстрактного) по 2 картини різних митців на кожен рівень. Твори мистецтва та поділ на ці рівні були запропоновані колегами, які вивчали сприймання мистецтва у фахівців та пересічних людей (Pihko et al., 2011), список творів та їх розподіл можна побачити на рис 2.1 Задля уникнення будь-якого праймінгу картини були перемішені та представлені випробуваним у випадковій послідовності. Між картинами демонструвався сірий екран із зображенням хрестика по середині. Його функції полягали в центруванні зору після кожного переглянутого твору (щоб дослідження нового твору завжди починалося з одної точки), нейтралізації ефекту інтерференції попереднього твору. За час його показу учасникам ставилися питання щодо попередньо переглянутого твору. Саме такий час показу був обраний з погляду на схоже дослідження колег (Pihko et al., 2011).

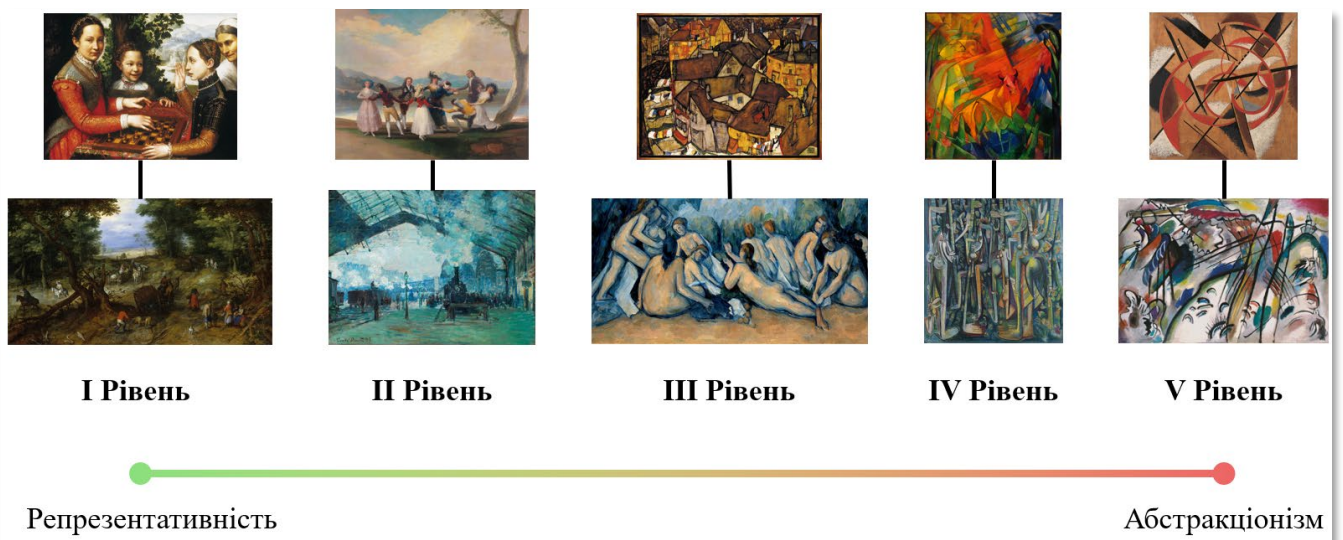


Рис 2.1 Процедура проведення експерименту з елементом спостереження погляду

### 2.1.6 Модифікація процедури дослідження зі стеженням за поглядом

У зв'язку з війною РФ проти України, яка почалася наприкінці лютого 2022 року, у період збору даних, ми були вимушені змінити метод збору даних спостереження погляду. Ми звернулися до онлайн-рішення від компанії Beehiveor, яке представляє собою інструмент для відстеження погляду та побудови теплових мап за допомогою веб-камери комп'ютера або ноутбука. Користувачам пропонувалося пройти дослідження онлайн разом із експериментатором, який супроводжував процес проходження завдань. Для комфорту користувачів процес був здійснений таким чином, що їм не потребувалося встановлювати жодного програмного забезпечення, а лише відвідати сайт та надати йому доступ до веб-камери пристрою. Веб-камера використовувалася виключно для відстеження руху очей, записи з веб-камери користувачів не здійснювалися. Це рішення не є повноцінним заміником приладу для відстеження погляду, оскільки роздільна здатність вимірювання включає помилку близьку до 100 пікселів, а частота заміру зазвичай становить 30 кадрів за секунду на більшості вебкамер ноутбуків та може бути не статичною. Також, у такий чин неможна проконтролювати однаковість пред'явлених стимулів, оскільки монітори та екрани ноутбуків учасників мають різне розширення, роздільну здатність, кольорове охоплення та яскравість, що може впливати на сприйняття та викривлення кольорів самих картин. Однак, це найкращий існуючий варіант для збору такого роду даних у момент проведення дослідження. В такий чин можна вважати це дослідження пілотним, оскільки за сприятливих умов планується проведення дослідження із більшою кількістю учасників та збереженням первинного плану дослідження.

Була визначена оптимальна процедура та послідовність показу візуальних стимулів, враховуючи обмежені можливості онлайн інструменту для відстеження погляду. Як описувалося вище, картини мають різне відношення сторін, через це

було вирішено пустий простір заповнити нейтральним сірим кольором (#949494). Таким чином розширення кожного зображення було підігнане під 1920x1080 пікселів, що відповідає роздільній здатності більшості ноутбуків та моніторів досліджуваних. Візуально побачити хід експерименту можна на зображенні нижче (рис. 2.2).

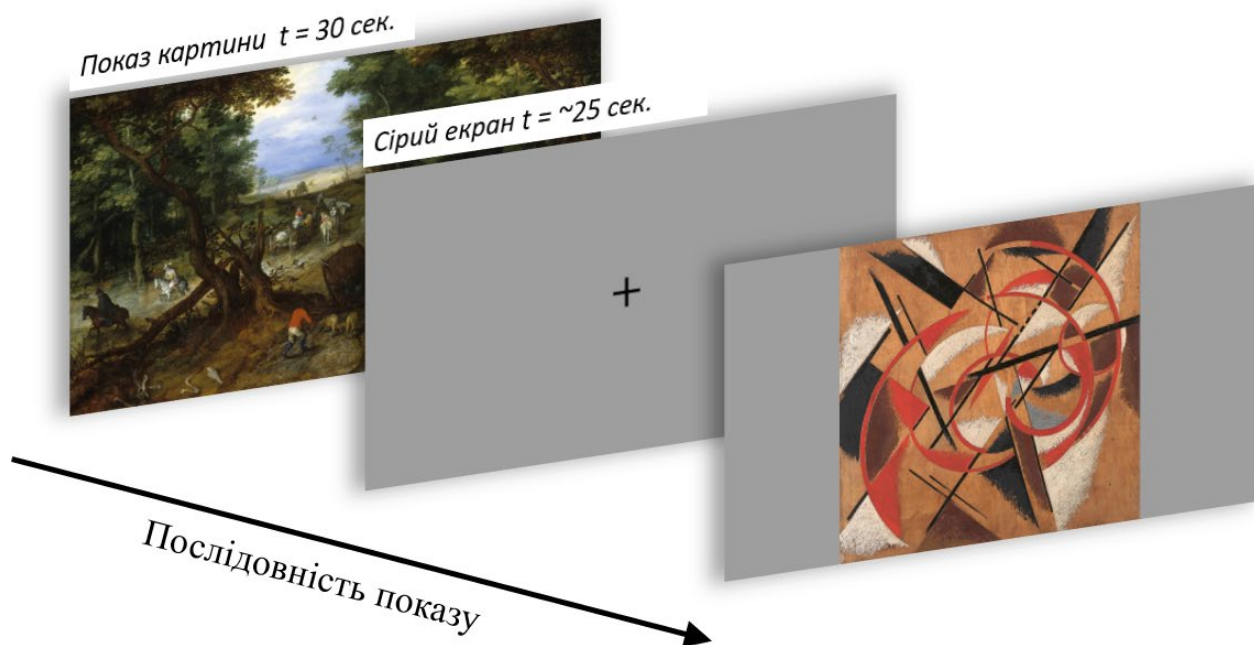


Рис. 2.2 Процедура проведення експерименту з елементом спостереження погляду

## 2.2 Опис вибірки

У дослідженні прийняли участь 23 людини. Один з цих респондентів не зміг прийняти у всіх етапах дослідження, ще троє не пройшли вимоги айтрекінгового дослідження через технічні труднощі. Середній вік вибірки 28 років ( $M=28.8$ ,  $MED=27$ ,  $SD=6.02$ ), наймолодшому респонденту 22 року, найстаршому 42. Більшість досліджуваних є жінками (90%), що в цілому відповідає сходженню двох факторів: більшої кількості жінок у психотерапії та більшої готовності жінок приймати участь в опитуваннях. Групи досліджуваних були поділені майже рівно: 8 досліджуваних мали КП спеціалізацію (40% вибірки), 12 респондентів

психодинамічного напрямку становили інші 60%. Два респондента вказали, що належать до клієнт-центрованого напрямку, однак нами вони були перекодовані в ПД терапевтів, оскільки дослідження фокусується на тих аспектах ідентичності терапевта, за якими КЦ та ПД терапевти є дуже близькими. Таке рішення також було прийняте для оптимізації проведення статистичного аналізу. Майже всі респонденти на момент проведення дослідження мали досвід практики консультування чи психотерапії, тільки 4 респондента (які становили 20%) вказали, що вони лише навчаються. Середній досвід практики становив 18 місяців ( $M=28.1$ ,  $MED=18$ ,  $SD=46.02$ ). Такий розкид показників можна пояснити тим, що деякі досліджувані мали досвід в один чи декілька місяців, в той час як один респондент вказав, що має досвід в 215 місяців (майже 18 років).

### 2.3 Аналіз даних

Аналіз даних дослідження відбувався на комп'ютері із операційною системою Windows 10 із застосуванням такого програмного забезпечення, як Microsoft Excel, Jamovi, SPSS та R. Програми були використані для підготовки та кодування даних, статистичному аналізу даних, побудові графічного матеріалу для ілюстрації результатів дослідження.

Для аналізу даних використовувалися непараметричні статистичні критерії, оскільки розмір вибірки (особливо із поділом на 2 групи) не дає змогу використовувати параметричні критерії. Так, для порівняння показників двох груп ми використали критерій Манна-Уїтні. Для перевірки гіпотези про наявність взаємозв'язку ми використали коефіцієнт Спірмена, точково-бісеріальну кореляцію Пірсона там. Оскільки у дослідженні ми використовуємо методики, які самі ж адаптовували, ми подали значення альфи Кронбаха (оскільки показник Омеги МакДональда є чутливим до кількості вибірки).



## Висновки до другого розділу

Наше дослідження складається з 7 етапів, включає в себе 4 методики (опитувальники) та інструментальну частину (збір даних за допомогою технології айтрекінгу). Через війну дослідження відбувалося в онлайн форматі. Для інструментальної частини дослідження респонденти були запрошені у 20-ти хвилинну онлайн-зустріч, під час якої були проінструктовані та проінформовані про саме дослідження. Дані методик були зібрані за допомогою сервісу Google Forms. Всі респонденти дали свою згоду на участь в дослідженні.

Методики дослідження були направлені на виявлення рівня здібності до менталізації, рівня естетично досвіду та обізнаності, виявлення психотерапевтичної орієнтації. Айтрекінгове дослідження включало побудову теплових мап для аналізу особливостей погляду на картини. Процедура інструментального дослідження була розроблена з погляду на дотичні дослідження колег.

У дослідженні прийняли участь 23 людини, для аналізу були відібрані дані 20 респондентів, 19 з яких повністю заповнили всі методики. Більшість досліджуваних є жінками, практикують та, в середньому, мають досвід більше 2 років. Кількість досліджуваних у групах (ПД та КП) розподілена майже рівномірно.

Аналіз результатів дослідження проводився на комп'ютері із використанням різноманітного програмного забезпечення та статистичних пакетів. З огляду на отримані дані та вибірку, ми обрали відповідні непараметричні критерії для аналізу результатів.

## РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ТА ДИСКУСІЯ

### 3.1 Результати дослідження

Для початку проаналізуємо результати всієї вибірки терапевтів за різними опитувальниками та подивимося на основні тенденції. За опитувальником здатності до менталізації (MZQ) середній показник є значно нижчим, ніж у дослідженні по його українській адаптації (Turetska & Kunikeyvych, 2020), хоча стандартне відхилення загальної шкали з точністю до сотої частини. Показники інших шкал вказані у таблиці 3.1. Показник альфи кронбаха для загальної шкали є вищим, ніж у вищезгаданому дослідженні та становить 0.78, що є задовільним значенням.

Таблиця 3.1.

#### Описова статистика за методикою MZQ

	Відмова від саморефлексії	Емоційне усвідомлення	Психічна еквівалентність	Регуляція афекту	Загальна шкала
$\alpha$ Кронбаха	0.679	0.657	0.521	0.595	0.782
Середньо- статистичне	7.95	9.79	9.42	6.53	33.7
Помилка середнього	0.763	0.699	0.509	0.559	1.86
Медіана	7	10	10	6	34
Стандартне відхилення	3.32	3.05	2.22	2.44	8.11
Мінімальні значення	4	4	4	3	16
Максимальні значення	17	14	13	11	47
Коефіцієнт асиметрії	1.28	-0.33	-0.531	0.674	-0.448
Помилка коеф. асиметр.	0.524	0.524	0.524	0.524	0.524
Коефіцієнт ексцесу	1.71	-0.725	0.455	-0.0788	-0.161
Помилка коеф. ексцесу	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01

Через велике стандартне відхилення, коефіцієнт варіації та велику помилку ексцесу вважаємо доцільним обрати медіану за міру центральної тенденції для представлення результатів шкал даної методики (окрім загальної шкали). Отримані дані слід сприймати крізь призму кількісної та атрафікаційної особливостей вибірки, а також того, що дослідження відбувалося під час війни. Більш низькі бали на вибірці терапевтів свідчать про їх більшу можливість до саморефлексії, менше уникання думок, кращу диференціацію власних почуттів та своїх психічних станів (у зв'язку із зовнішньою реальністю). Однак, КП та ПД терапевти не відрізняються за жодним аспектом менталізації (Mann Whitney  $p > 0.05$ ).

За опитувальником CPPS ми маємо дві шкали: психодинамічну-інтерперсональну (PI) та когнітивно-поведінкову (CB), відповідно до використання терапевтами технік та прийомів за різними стилями психотерапії. Через велике стандартне відхилення використаємо медіану як міру центральної тенденції. Відповідно до специфіки цієї методики та нашого дослідження, аналіз її результатів є доцільним тільки у порівнянні результатів кожної зі шкал між терапевтами різних напрямків (а точніше їх самоідентифікації). Результат проілюстровано на рис. 3.1.

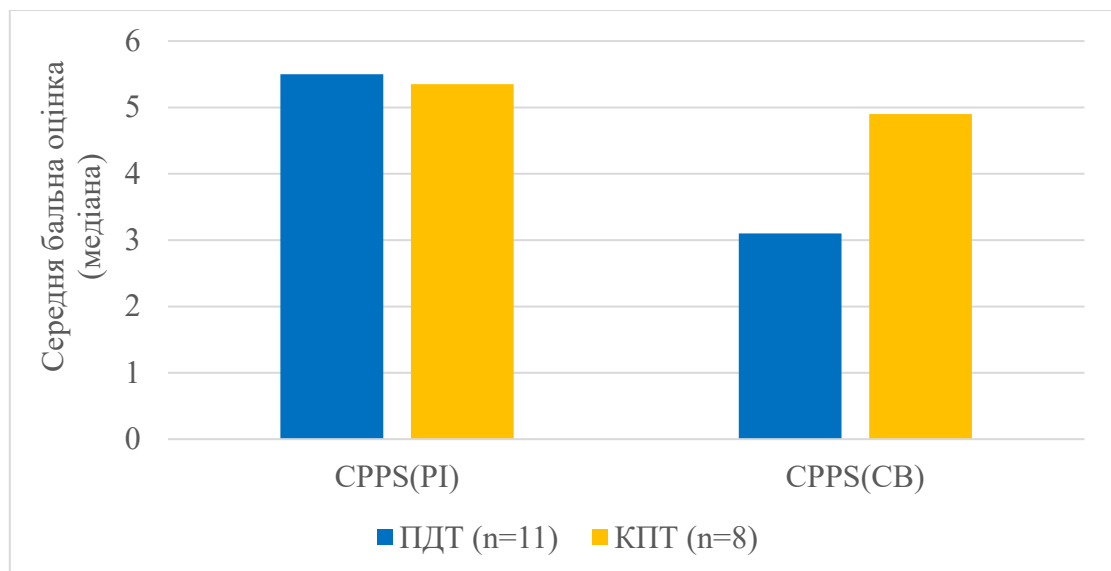


Рис. 3.1 Стовпчикова діаграма за результатами за методикою CPPS

Цікавим є те, що за шкалою психодинамічного-інтерперсонального підходу обидві групи терапевтів мають майже ідентичні значення. Можливо, ухил йде в саме інтерперсональний аспект, який виявляється значимим на спільному рівні у терапевтів цих напрямків. Для терапевтів КП напрямку побудова стосунку в терапії становить таке ж важливе значення, як й для ПД терапевтів. Я припускаю, що відмінності є в тому, яким чином терапевти різних напрямків реалізують цей стосунок, в якісному аспекті, що цей опитувальник не здатен виміряти. Це також свідчить про певний стандарт важливості інтерперсонального аспекту для терапевтів різних напрямків, що є добрим знаком, оскільки, як ми згадували вище, стосунок між терапевтом і клієнтом є одним з найбільш впливових чинників для результату терапії. Це також може бути пов'язано з тим, що КПТ в останні часи набуває все більшу кількість технік та методик, які пов'язані саме з інтерперсональними взаємодіями.

При тому, ми бачимо значиму відмінність у шкалі методики, яка пов'язана із схильністю до використання КП підходу між терапевтами різних напрямків, різниця є статистично-значущою ( $U=10.5$ ,  $p=0.006$ , effect size (rank-biserial correlation)=0.76). Так, медіана в групі КПТ становить 4.9 (SD=0.8), в той час як в групі ПДТ медіана 3.1 (SD=1). Такий результат є очікуваним, оскільки ПД терапевти в значно меншій мірі використовують у своїй роботі методики, вироблені у КП напрямку. Показники альфи Кронбаха для ПД шкали становлять 0.7, для КП шкали 0.884, що є задовільними показниками.

За опитувальником інтересів до мистецтва та знань мистецтва (VAIAK) ми маємо для аналізу основну шкалу опитувальника, а також дві шкали (інтерес до мистецтва, ставлення до мистецтва), які були виділені Віденськими колегами у результаті факторного аналізу (Specker et al., 2020). Для порівняння використаємо

дані з їх дослідження, у якому вони порівнювали інтерес до мистецтва між «перехожими» та фахівцями з мистецтва, результати представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

### Описова статистика за методикою VAIАК

	Інтерес до мистецтва	Ставлення до мистецтва	Загальна шкала
$\alpha$ Кронбаха	0.907	0.725	0.892*
Середньо-статистичне	3.34	11.5	54.2
Помилка середнього	42	1.04	3.3
Медіана	14.5	10	57
Стандартне відхилення	20	4.54	14.4
Мінімальні значення	72	5	29
Максимальні значення	0.234	19	78
Коефіцієнт асиметрії	0.524	0.396	-0.0863
Помилка коеф. асиметр.	-0.768	0.524	0.524
Коефіцієнт ексцесу	1.01	-1.15	-0.819
Помилка коеф. ексцесу	42.7	1.01	1.01

\* при умові, що пункти 1,6 та 8 мають обернений зв'язок із загальною шкалою

Кількості нашої вибірки недостатньо для факторного аналізу, однак, при аналізі надійності (альфа кронбаха), виявилось, що пункти, які утворюють шкалу ставлення до мистецтва, обернено пов'язані із загальною шкалою. Це, певним чином, підтверджує гіпотезу теорію віденських колег про двофакторну структуру опитувальника. Показник альфи Кронбаха для загальної шкали становить 0.892, що є дуже наближеним до ідеального значення. Показники за окремими шкалами також мають задовільні результати, хоча за шкалою інтересу до мистецтва він є значно більшим. В середньому, терапевти більш наближені до мистецтвознавців, ніж до «перехожих» людей. Такий висновок я роблю із порівняння їх загального балу ( $M=54.2$ ,  $SD=14.4$ ) із відповідними балами фахівців ( $M=63.24$ ,  $SD=8.71$ ) та «перехожих» ( $M=37.91$ ,  $SD=12.89$ ) (Specker et al., 2020), хоча присутній значний розкид показників. ПД терапевти, в цілому, мають більший загальний показник ( $M=56.6$ ,  $MED=59$ ), ніж КП терапевти ( $M=51$ ,  $MED=47.5$ ). Втім, статистично

значущої різниці між КП та ПД терапевтами за цим показником немає. Це можна пояснити тим, що критерій Манна-Уїтні не порівнює середні (медіани), натомість, порівнює розподіл ранків між двома групами. Можливо, на це також впливає те, що 2 терапевти ПД напрямку, які мають малий бал за ВАІАК мають також низький досвід в терапії. Однак, результати партиальної точково-бісеріальної кореляції, із врахуванням змінної досвіду, спростували цю гіпотезу ( $p > 0.05$ ). Тенденцію (із досвідом ПДТ більше цікавляться мистецтвом, а КПТ навпаки, менше), яку ми можемо споглядати на рис. 3.2. не вдалося статистично підтвердити на нашій вибірці.

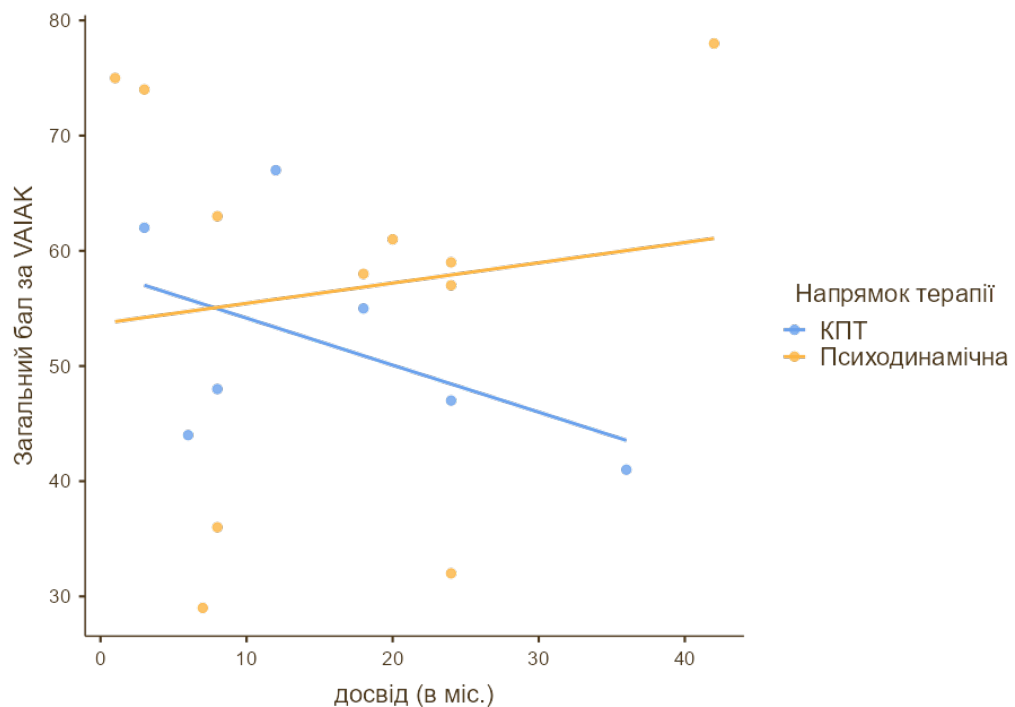


Рис. 3.2 Графік розкиду за результатами за методикою ВАІАК (для наочності був прибраний показник досвіду у 215 м., він не впливає на тенденцію, що відображена на графіку)

Методика переживання досвіду, пов'язаного із мистецтвом (АЕО) має 6 специфічних та одну загальну шкалу. Окремо виділяється емоційний, культуральний, перцептивний аспект та гносеологічний (розуміння) при переживанні цього досвіду. Окремі шкали також присвячені динамічним аспектам

переживання досвіду та мають назви «поток». Показники за шкалами зібрані у таблиці 3.3. Показники альфи Кронбаха є задовільними для всіх шкал, хоча деякі шкали (пов'язані із «поток») є значно слабшими, а культуральний аспект, навпаки, сприймається дуже близько усіма респондентами.

Таблиця 3.3.

### Описова статистика за методикою АЕО

	Емоційний аспект	Культур. аспект	Перцепт. аспект	Розуміння	Потік - досвід	Потік - умови	Загальний бал
$\alpha$ Кронбаха	0.822	0.944	0.823	0.712	0.649	0.610	0.912
Середньо-статистичне	4.97	4.63	5.35	5.21	3.75	4.54	4.76
Помилка середнього	0.256	0.384	0.303	0.224	0.228	0.234	0.203
Медіана	5	5	5.67	5.5	3.67	4.25	4.82
Стандартне відхилення	1.12	1.67	1.32	0.976	0.993	1.02	0.885
Мінімальні значення	2.25	1.5	2.67	2	2	3.25	2.86
Максимальні значення	6.75	6.75	7	6.25	5.67	6.75	6.23
Коефіцієнт асиметрії	-0.685	-0.436	-0.868	-2.06	0.195	0.744	-0.651
Помилка коеф. асиметр.	0.524	0.524	0.524	0.524	0.524	0.524	0.524
Коефіцієнт ексцесу	0.689	-1.13	-0.311	5.93	-0.462	-0.517	0.64
Помилка коеф. ексцесу	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01	1.01

Всі показники, отримані нами на вибірці терапевтів, є нижчими, ніж у дослідженні по створенню відповідного опитувальника (Wanzer et al., 2020). За результатами статистичного аналізу, терапевти КП та ПД напрямків не мають різниці за жодним з цих показників (Mann Whitney  $p > 0.05$ ). Отже, терапевти у рівній

мірі переживають досвід, пов'язаний із мистецтвом та однаково його розуміють. Відповідна гіпотеза, висунута нами на початку дослідження, не підтверджується. Можливо, різниця носить більш якісний, ніж кількісний характер.

Інструментальна частина дослідження включає опитування щодо знайомості із окремими творами мистецтва, суб'єктивної оцінки краси та емоційного сприйняття (чи викликає твір позитивні\негативні почуття). Ми отримали тільки 6 ствердних відповідей щодо впізнавонасті мистецтва (3 з яких були на картину Клода Моне), що свідчить про те, що картини були невідомі респондентам, а відтак їх зв'язки з авторами та попередній досвід, пов'язаний з ними, не будуть впливати на результати дослідження. Розподіл оцінок представлений на рис 3.3.



Рис. 3.3 Оцінки мистецтва респондентами (оцінки усереднені за двома картинами, для візуального прикладу представлена одна картина на кожену категорію)



В цілому, більш репрезентативні картини отримували вищі бали від респондентів (за естетичний компонент). Схожу тенденцію має й емоційна оцінка мистецтва, за виключенням першої пари зображень. Хоча ПД терапевти трохи вище оцінювали мистецтво загалом, естетичні й емоційні оцінки КП та ПД терапевтів не мають жодної статистично значущої різниці (Mann Whitney  $p > 0.05$ ) та не пов'язані між собою (Pearson's Chi Sq.  $p > 0.05$ ). Всі емоційні оцінки різних категорій сфокусовані біля 3х балів, що можна інтерпретувати як «нейтральність». Отже, або ж КП та ПД терапевти з однаковим емоційним відгуком переживають перегляд мистецтва, або ж умови експерименту не сприяли виникненню емоційно-забарвленого ставлення до творів мистецтва.

Надалі, усереднені оцінки (естетичні та емоційні) кожного рівня абстрактності були протестовані на зв'язок із менталізацією. Тільки один аспект менталізації виявився пов'язаним із оцінками респондентів. Так, регуляція афекту має прямий зв'язок середньої сили із емоційними оцінками найбільш абстрактних творів (Spearman's  $r = 0.456$ ,  $p = 0.049$ ). Чим гіршою є здатність до модуляції (регулювання) власних емоцій та чим більшою вбачається загроза від власних почуттів, тим більшу позитивно оцінюється абстрактний живопис. Цікавим є те, що регуляція афекту, в свою чергу, має обернений зв'язок середньої сили із схильністю використовувати у своїй практиці КП стиль ведення терапії (Spearman's  $r = -0.514$ ,  $p = 0.024$ ). Тобто, чим краще терапевти здатен контролювати свої емоції та не боятися їх, тим більше він буде схилитися до КП стилю у своїй роботі. Психодинамічно-інтерперсональний підхід, втім, пов'язаний із культуральним аспектом естетичного досвіду (Spearman's  $r = -0.474$ ,  $p = 0.04$ ). Таким чином підтверджується наша гіпотеза щодо того, що ПД підхід пов'язаний із більшим культурним бекграундом (хоча, на рівні терапевтичної самоідентифікації з ПД напрямком такого зв'язку знайдено не було).

Інструментальне дослідження із використанням технології айтрекінгу проводилося онлайн на програмного забезпеченні компанії Beehiveor, яке було вбудовано у відповідний сайт. Камерами слугували вбудовані в ноутбуки учасників веб-камери. Отже, якість передачі даних різнилася та результати не можна назвати статистично достовірними, а їх інтерпретація можлива тільки у якісному еквіваленті (опис теплових мап). Респонденти із обох груп (КП та ПД терапевти) зосереджувалися у приблизно однакових точках картин. Однак, аналіз перегляду деяких картин дає змогу стверджувати, що «око» ПД терапевтів є більш «художнім», ніж у КП терапевтів. Як описано у теоретичній частині роботи, митці мають більшу кількість фіксацій, звертають більше уваги на менш салієнтні об'єкти картини й у цілому переглядають більшу площу. Така різниця помітна на картині 2го рівня абстрактності (назва картини – Blind Man's Bluff, творець – de Goya). Із її тепловою мапою ми можемо ознайомитися на рис.3.4. Так, салієнтною зоною цієї картини є люди, а саме лиця людей та їх взаємодія (динаміка). Ми бачимо, що КП терапевти звернули більшість своєї уваги саме в цю область, в той час як ПД терапевти, хоч й були зосереджені на взаємодії, вивчали також естетику картини.

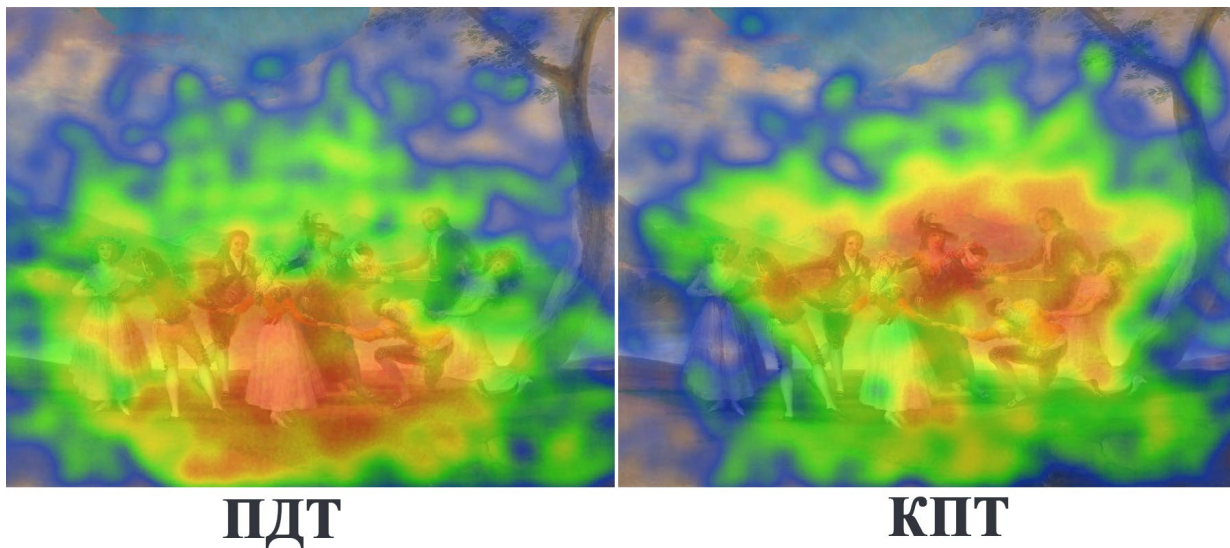


Рис. 3.4 Теплова мапа за результатами перегляду картини «Blind Man's Bluff» ПД та КП терапевтами ( $t=30s.$ )

Їх погляд був сфокусований на платті та ногах, на тому, як художник промалював ці деталі. Відмітимо також те, що «гаряча» область картини є більшою саме у групі ПД терапевтів. Іншим прикладом слугує те, як КП та ПД терапевти переглядали картину Клода Моне «La Gare St Lazare» (рис. 3.5). Погляд КП терапевтів був спрямований на найбільш салієнтне місце картини – потяг та натовп, що його оточує. КП терапевти ніби оком «перемалювали» його. ПД терапевти роздивлялися з більшою цікавістю інші аспекти зображення, які давали більше розкриття контексту. Ця тенденція простежується на ще декількох картинах.

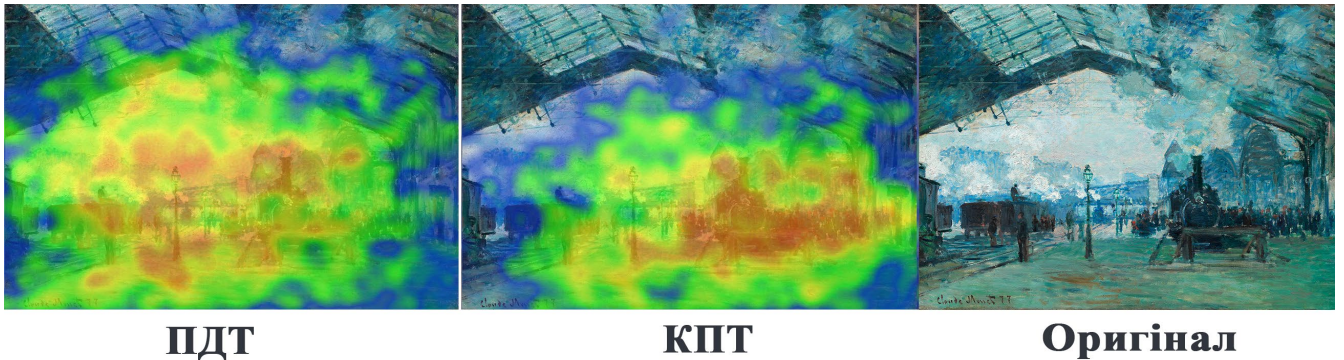


Рис. 3.5 Теплова мапа за результатами перегляду картини «La Gare St Lazare» ПД та КП терапевтами ( $t=30s.$ )

Ми також продемонструємо інший підхід до аналізу та звернемо увагу не тільки на теплові мапи самих картин, але й на теплові мапи проміжних «сірих» екранів, під час яких людину питали за естетичну та емоційну оцінку. Як ми писали у теоретичній частині роботи, рухи очей виникають не тільки при прямому перегляді візуального стимулу, але й при його уяві (напр., під час сну). Отже, ми вважаємо, що зоровий патерн на проміжному екрані може містити інформацію про те, які зони картини людина пригадує, коли оцінює її естетичну та емоційну складову (диференціювати між ними ми не маємо технічної змоги). Так, на прикладі тої ж картини «Blind Man's Bluff», ми спостерігаємо значно більше охоплення візуального поля ПД терапевтами, ніж КП терапевтами (рис 3.6). Щоправда, така тенденція присутня далеко не після всіх картин.

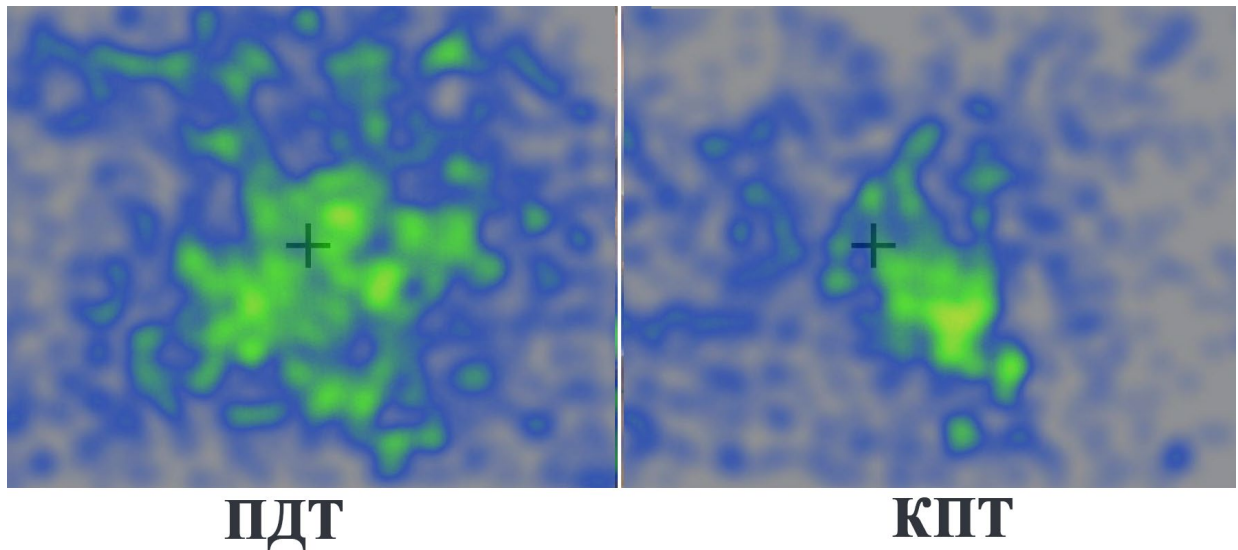


Рис. 3.6 Теплова мапа проміжного екрану після перегляду картини «Blind Man's Bluff» ПД та КП терапевтами ( $t=30s.$ )

Додатково, ми демонстрували картину Поли Рего «Донька поліцая» та просили респондентів переоповісти її суть у кількох словах чи реченнях. За якісного аналізу ми виявили, що ПД терапевти частіше вживають метафори та використовують прикметники при описі сцени картини. Кількісне співвідношення відображено на рис. 3.7.

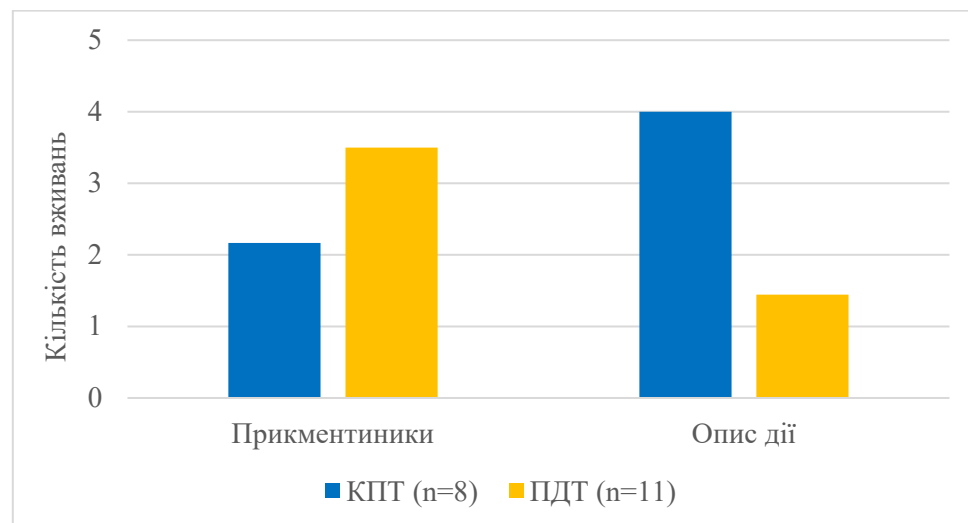


Рис. 3.7 Стовпчикова діаграма частоти вживання прикметників та опису дій при переоповіданні змісту картини

Приклад відповіді ПД терапевту: *«Кремезна, сильна жінка, увагу привертає кіт, наче він взяв на себе жіночу роль. Він тендітний, фемінний, а жінка мускулінна»*. КП терапевти, навпроти, сфокусовані на дії, що відбувається в картині: *«Жінка, яка чистить свій чобіт ввечері повернувшись з роботи і збирається до завтрашнього дня»*. Також, терапевти обох груп прокоментували особу дівчини на зображенні, додавши про не властиву жінці репрезентацію, яка є скоріше чоловічою.

### 3.2 Дискусія результатів

Продемонстровані нами результати співпадають із висновками колег, які досліджували мистецтво. Так, більшість поглядів дійсно сфокусована у салієнтних ділянках та спрямована на людські фігури, особливо ті, які в русі. Різницю у сприйманні мистецтва більшою мірою продемонструвало саме айтрекінгове дослідження. Однак, слід пам'ятати, що похибка даної імплементації айтрекінга сягає 100 пікселів, що є значним мінусом при точності відображення результатів. Також, частота оновлення залежить від властивостей веб-камери та коливається між 25 та 30 герцами, а отже ми маємо можливість «знімати» результати від 25 до 30 раз в секунду. До цього також слід додати різницю у зовнішньому оточенні респондентів, яку ми не здатні регулювати. Ми також були не могли контролювати різні аспекти передачі зображення (різницю у кольорі екрану, роздільній здатності й ін.). Однак, наявні результати можна підтвердити чи спростувати шляхом проведення дослідження із спеціальним приладом для відстеження зору.

Методологічна частина дослідження також може бути покращена. Так, питання «Які емоції ви переживаєте при перегляді картини, де 1 – дуже негативні, а 5 – дуже позитивні» є недоречним, що показали нам результати опитування (у більшості ставлення виявилось індиферентним, тобто «3»). Так, краще питати про інтенсивність емоцій, які викликає картина. Також, деякі питання опитувальників

були не зрозумілі окремим респондентам. Так, один респондент влучно підмітив, що перше питання у методиці VAIАК *«Мистецтво, перш за все, має бути красивим, щоб сподобатися мені»* не є до кінця чітким, оскільки краса є суб'єктивним поняттям. Доцільніше було б перефразувати питання, чи замінити красу на репрезентативність.

Також, слід більше сфокусуватися на особистісних рисах терапевтів та додати у дослідження методику, яка могла б висвітити цей аспект (напр., «Велика п'ятірка»), оскільки саме особистісні риси опосередковують процес сприймання. Також, навчання КП чи ПД терапіям направлене на посилення певних рис. Важливо було б з'ясувати, яким чином таке навчання може впливати на ці риси, та як саме риси впливають на сприймання, якщо такий вплив є.

### **Висновки до третього розділу**

Ми проаналізували отримані дані від 20 респондентів, 19 з яких пройшли всі етапи дослідження, про це слід пам'ятати при інтерпретації результатів дослідження. Всі методики та їх шкали показали задовільну надійність за показником альфи Кронбаха, а у деяких випадках вищу за ту, що вказана в оригінальних дослідженнях, чи у дослідженнях по адаптації.

При порівнянні із нормативними даними, терапевти показали більшу здатність до менталізації та менший інтерес до мистецтва. За результатами аналізу опитувальників на здатність до менталізації, анкети естетичного досвіду та інтересу до мистецтва, статистично значущих відмінностей між КП та ПД терапевтами не виявлено. Гіпотезу про більш високі показники менталізації у ПД терапевтів не підтверджено. ПД терапевти значущо менше звертаються до КП стилю у своїй

роботі, але КП терапевти звертаються до інтерперсональних аспектів так же часто, як й ПД терапевти.

Інтерес до мистецтва, а також естетична та емоційна оцінки не є пов'язані із напрямком, у якому працюють терапевти. Естетичні та емоційні оцінки терапевтів не різняться між собою. Більш вищі естетичні оцінки отримують більш репрезентативні картини. Емоційні оцінки зберігаються на рівні 3х балів, що свідчить про нейтральне ставлення до стимульного матеріалу. Втім, культуральний аспект естетичного досвіду пов'язаний із більшими балами за шкалою психодинамічно-інтерперсонального стилю.

За результатами аналізу теплових мап ПД терапевти виявили більшу схожість з митцями, ніж КП терапевти, оскільки їх мапи (а також місця найбільш сконцентрованого погляду) охоплювали більшу зону картин, увага більшою мірою була направлена на менш салієнтні місця зображень. При аналізі проміжних екранів ми виявили більшу кількість місць, в яких була сфокусована увага терапевтів, при оцінці щойно переглянутого твору мистецтва.

Аналізуючи словесні відповіді при спробі переоповісти зміст картини, ПД терапевти продемонстрували використання більшої кількості прикметників та описових слів у своїй мові, ніж КП терапевти. Останні, в свою чергу, більшою мірою були сфокусовані на діях персонажів картини.

## ВИСНОВКИ

Ми провели аналіз наявної літератури, включаючи актуальні наукові статті. Візуальне сприймання є комплексним процесом, який можна вивчати на багатьох рівнях (когнітивний, нейропсихологічний, філософський, тощо). Не тільки те, що ми бачимо впливає на нашу особистість, але й особистість впливає на те, як та що саме ми бачимо. Такий зв'язок пояснюється Байєсовською теорією мозкових процесів, взаємозв'язком низхідних та висхідних сигналів, із їх постійним коригуванням. Таким чином, наш досвід у вигляді нашого навчання, роботи та стилю життя здатен впливати на особливості нашого сприймання. Досліджувати ці особливості можна за допомогою відслідковування рухів очей, що здійснюється камерою спеціального приладу, чи ноутбуку.

На основі схожого за дизайном дослідження ми підібрали стимульний матеріал та утворили модель експерименту. Перед проведенням самого дослідження ми перевірили працездатність всього програмного забезпечення.

Ми допускали, що психодинамічні терапевти можуть мати більший хист у художніх напрямках та більше розуміються й люблять мистецтво, оскільки частина їх навчання сконцентрована саме на цьому, або ж на дотичних процесах. Ми дослідили групу ПД та КП терапевтів щоб дізнатися, чи впливає особливості навчання та стилю виконання їх напрямків на їх сприймання творів мистецтва.

За отриманими результатами ми можемо стверджувати, що терапевти КП та ПД мають однакову схильність до менталізації, а їх знання та любов до мистецтва не залежить від обраного напрямку, а скоріше за все пояснюється особистісними вподобаннями. ПД та КП однаково оцінюють мистецтво з естетичного та емоційного аспекту. КП та ПД терапевти з однаковою частотою використовують психодинамічно-інтерперсональний стиль у своїй роботі, а схильність до його



використання пов'язана із культуральним аспектом естетичного досвіду. Ці гіпотези дослідження не підтверджуються.

За результатами інструментального дослідження із використанням айтрекінгової технології ми виявили більшу схожість патерну та особливості погляду ПД терапевтів із фахівцями по мистецтву. На відміну від КП терапевтів, ПД терапевти «охоплювали» зором більшу площу полотна, розглядаючи деталі мистецтва, менше приділяли увагу салієнтним стимулам та більше тим місцям, які б могли прояснити для них суть зображення. Гіпотеза про схожість «ока ПД терапевта» на «око митця» підтвердилася.

При аналізі словесного відображення сутності картини було помічено, що ПД терапевти частіше використовують прикметники та біль метафорично описують сенс того, що знаходиться на картині. Відповіді КП терапевтів більшою мірою стосувалися активних дій, що відбувалися на картині.

На результати може впливати моя зацікавлена позиція (як представника ПД напрямку), а також кількість респондентів, метод айтрекінгового дослідження та подій, під час яких відбувалося дослідження (війна). Ми маємо на меті продовження цього дослідження, доповнивши його методиками на дослідження особистісних рис та з використанням більш точної техніки для стеження за поглядом.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. *Компетенції випускників*. (2022, Травень 13). <http://pdt.ucu.edu.ua/>
2. *Магістерська програма з психології*. (2022, Травень 13).  
<https://cbt.ucu.edu.ua/#competencies>
3. УКУ. (2022, Травень 11). Клінічна психологія (когнітивно-поведінкова терапія) [Сайт університета]. *Клінічна психологія (когнітивно-поведінкова терапія)*.  
<https://vstup.ucu.edu.ua/magistratura/klinichna-psyhologiya-kognityvno-povedinkova-terapiya/>
4. A Comprehensive Guide To Color Theory For Artists – Sidebar. (2022, Квітень 30). *Draw Paint Academy*. <https://drawpaintacademy.com/a-comprehensive-guide-to-color-theory-for-artists-v2/>
5. *A Provider’s Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy*. (б. д.). 164.
6. Adler, A. D., Strunk, D. R., & Fazio, R. H. (2015). What Changes in Cognitive Therapy for Depression? An Examination of Cognitive Therapy Skills and Maladaptive Beliefs. *Behavior Therapy*, 46(1), 96–109. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.09.001>
  - a. Alizadeh, S., Sadeghi, M., & Abdullah, A. (2017). Assessing The Impact of Personality Characteristics on Students’ Visual Perception for Landscapes. *EMARA: Indonesian Journal of Architecture*, 3(1), 23–32. <https://doi.org/10.29080/emara.v3i1.95>
7. Antes, J. R. (1974). The time course of picture viewing. *Journal of Experimental Psychology*, 103(1), 62–70. <https://doi.org/10.1037/h0036799>
8. Aron, L., & Mitchell, S. A. (Ред.). (1999). *Relational Psychoanalysis, Volume 14: The Emergence of a Tradition* (1st edition). Routledge.
9. Baranes, A., Oudeyer, P.-Y., & Gottlieb, J. (2015). Eye movements reveal epistemic curiosity in human observers. *Vision Research*, 117, 81–90. <https://doi.org/10.1016/j.visres.2015.10.009>

10. Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/med/9780198570905.001.0001>
11. Bauer, D., & Schwan, S. (2018). Expertise influences meaning-making with Renaissance portraits: Evidence from gaze and thinking-aloud. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 12(2), 193–204. <https://doi.org/10.1037/aca0000085>
12. Beck, J. S., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive Behavior Therapy, Second Edition: Basics and Beyond* (2 edition). The Guilford Press.
13. Bennett-Levy, J. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57–78.  
<https://doi.org/10.1017/S1352465805002420>
14. Bjrgvinsson, T., & Hart, J. (2006). Cognitive Behavioral Therapy Promotes Mentalizing. B J. G. Allen & P. Fonagy (Ред.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment* (с. 157–170). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch7>
15. Bolstad, W. M., & Curran, J. M. (2017). *Introduction to Bayesian statistics* (Third edition). Wiley.
16. Boschan, P. J. (2011). Transference and Countertransference in Sándor Ferenczi’s Clinical Diary. *The American Journal of Psychoanalysis*, 71(4), 309–320.  
<https://doi.org/10.1057/ajp.2011.36>
17. Bowlby, J. (1981). Psychoanalysis as art and science. *Higher Education Quarterly*, 35(4), 465–482. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2273.1981.tb01317.x>
18. Brown, N. O. (1985). *Life against death: The psychoanalytical meaning of history* (2nd ed). Wesleyan University Press ; Distributed by Harper & Row.

19. Chala, N., Pichyk, K., & Voropai, O. (2021). Neuromarketing Research on Individual Responses to Artwork: Implications for Galleries. *Scientific Papers NaUKMA. Economics*, 6(1), 122–129. <https://doi.org/10.18523/2519-4739.2021.6.1.122-129>
20. Clark, A. (2013). Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science. *Behavioral and Brain Sciences*, 36(3), 181–204.  
<https://doi.org/10.1017/S0140525X12000477>
21. Cognitive behavioral therapy. (б. д.). B *Institute for Quality and Efficiency in Health Care*.
22. Countertransference. (2012). B C. Figley, *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781452218595.n54>
23. Craparo, G. (2018). *Unrepressed Unconscious, Implicit Memory, and Clinical Work*.  
<https://www.taylorfrancis.com/books/e/9780429484629>
24. Creswell, J. D. (2017). Mindfulness Interventions. *Annual Review of Psychology*, 68(1), 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
25. Dana Wanzer, K. P. F. (б. д.). *Aesthetic Experience Questionnaire*. <https://osf.io/483mn/>
26. Driessen, E., Van, H. L., Peen, J., Don, F. J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Cuijpers, P., Twisk, J. W., & Dekker, J. J. (2015). Therapist-rated outcomes in a randomized clinical trial comparing cognitive behavioral therapy and psychodynamic therapy for major depression. *Journal of Affective Disorders*, 170, 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.08.023>
27. Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83–101. <https://doi.org/10.1080/09638230601182045>
28. Freud, S. (1920). *A general introduction to psychoanalysis*. Horace Liveright.  
<https://doi.org/10.1037/10667-000>
29. Freud, S. (1982). *Studienausgabe. 3: Psychologie des Unbewußten* (Ungek. Ausg). Fischer Taschenbuch-Verl.

30. Freud, S., & Roberston, R. (2008). *The interpretation of dreams* (1rst published in an Oxford world's classics paperback 1999). Oxford university press.
31. Freud, S., & Strachey, J. (1965). *The complete introductory lectures on psychoanalysis*. Norton.
32. Freud, S., Strachey, J., & Institute of Psycho-Analysis. (1974). *The ego and the id*. Hogarth Press.
33. Gabbard, G. O., Litowitz, B. E., & Williams, P. (2012). *Textbook of psychoanalysis*. American Psychiatric Pub.
34. Gay, P. (1985). *Freud for historians*. Oxford university press.
35. Gendron, M., Roberson, D., & Barrett, L. F. (2015). Cultural Variation in Emotion Perception Is Real: A Response to Sauter, Eisner, Ekman, and Scott (2015). *Psychological Science*, 26(3), 357–359. <https://doi.org/10.1177/0956797614566659>
36. Gentile, D., Colli, A., & Lingiardi, V. (2020). An Italian validation of the Comparative Psychotherapy Process Scale: Reliability and validity. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(5), 779–789. <https://doi.org/10.1002/cpp.2462>
37. Gibbs, R. W. Jr. (Ред.). (2008). *The Cambridge Handbook of Metaphor and Thought*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511816802>
38. Gingras, B., Marin, M. M., Puig-Waldmüller, E., & Fitch, W. T. (2015). The Eye is Listening: Music-Induced Arousal and Individual Differences Predict Pupillary Responses. *Frontiers in Human Neuroscience*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00619>
39. Goodman, G., Midgley, N., & Schneider, C. (2016). Expert clinicians' prototypes of an ideal child treatment in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy: Is mentalization seen as a common process factor? *Psychotherapy Research*, 26(5), 590–601. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049672>

40. Green, C. D. (2019). Where did Freud's iceberg metaphor of mind come from? *History of Psychology*, 22(4), 369–372. [https://doi.org/10.1037/hop0000135\\_b](https://doi.org/10.1037/hop0000135_b)
41. Greenson, R. R. (2018). *The Technique and Practice of Psychoanalysis* (1ий вид.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429483417>
42. Hansen, D. W. & Qiang Ji. (2010). In the Eye of the Beholder: A Survey of Models for Eyes and Gaze. *IEEE Transactions on Pattern Analysis and Machine Intelligence*, 32(3), 478–500. <https://doi.org/10.1109/TPAMI.2009.30>
43. Hausberg, M. C., Schulz, H., Piegler, T., Happach, C. G., Klöpper, M., Brütt, A. L., Sammet, I., & Andreas, S. (2012). Is a self-rated instrument appropriate to assess mentalization in patients with mental disorders? Development and first validation of the Mentalization Questionnaire (MZQ). *Psychotherapy Research*, 22(6), 699–709. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.709325>
44. Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
45. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
46. Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., & Blais, M. A. (2005). Measuring Psychodynamic-Interpersonal and Cognitive-Behavioral Techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 340–356. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.340>

47. Hofmann, S. G. (2016). Psychodynamic therapy: A poorly defined concept with questionable evidence. *Evidence Based Mental Health, 19*(2), 63–63. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102211>
48. Hoppe, S., Loetscher, T., Morey, S. A., & Bulling, A. (2018a). Eye Movements During Everyday Behavior Predict Personality Traits. *Frontiers in Human Neuroscience, 12*. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2018.00105>
49. Hoppe, S., Loetscher, T., Morey, S. A., & Bulling, A. (2018b). Eye Movements During Everyday Behavior Predict Personality Traits. *Frontiers in Human Neuroscience, 12*, 105. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00105>
50. Kemmerer, D. (2021). What modulates the Mirror Neuron System during action observation? *Progress in Neurobiology, 205*, 102128. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2021.102128>
51. Kerzel, D., & Schönhammer, J. (2013). Salient stimuli capture attention and action. *Attention, Perception, & Psychophysics, 75*(8), 1633–1643. <https://doi.org/10.3758/s13414-013-0512-3>
52. Klepac, R., Ronan, G., Andrasik, F., Arnold, K., Belar, C., Berry, S., Christoff, K., Craighead, L., Dougher, M., Dowd, E., Herbert, J., McFarr, L., Rizvi, S., Sauer, E., & Strauman, T. (2012). Guidelines for Cognitive Behavioral Training Within Doctoral Psychology Programs in the United States: Report of the Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behavior therapy, 43*, 687–697. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.05.002>
53. Langs, R. (1990). *Classics in psychoanalytic technique*. Aronson. <http://www.vlebooks.com/vleweb/product/openreader?id=none&isbn=9781461627807>
54. Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine:

- A systematic review using updated criteria. *The Lancet Psychiatry*, 2(7), 648–660.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00155-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00155-8)
55. Lockhofen, D. E. L., & Mulert, C. (2021). Neurochemistry of Visual Attention. *Frontiers in Neuroscience*, 15, 643597. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.643597>
56. Lubow, R. E., & Fein, O. (1996). Pupillary size in response to a visual guilty knowledge test: New technique for the detection of deception. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 2(2), 164–177. <https://doi.org/10.1037/1076-898X.2.2.164>
57. Mackworth, N. H., & Morandi, A. J. (1967). The gaze selects informative details within pictures. *Perception & Psychophysics*, 2(11), 547–552. <https://doi.org/10.3758/BF03210264>
58. Major, R. H. (Ред.). (2017). *The Voyages of the Venetian Brothers, Nicolò and Antonio Zeno, to the Northern Seas in the XIVth Century: Comprising the latest known Accounts of the Lost Colony of Greenland; and of the Northmen in America before Columbus* (1ий вид.). Hakluyt Society. <https://doi.org/10.4324/9781315551517>
59. Marcinkovskaja, T. D., & Jurevič, A. V. (2011). *Istorija psihologii: Učebnik dlja vuzov* (2ий-e izd., ispr. i dop., učebnoe izd вид.). Triksa [u.a.].
60. Massaro, D., Savazzi, F., Di Dio, C., Freedberg, D., Gallese, V., Gilli, G., & Marchetti, A. (2012). When Art Moves the Eyes: A Behavioral and Eye-Tracking Study. *PLoS ONE*, 7(5), e37285. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037285>
61. McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
62. Nodine, C. F., Locher, P. J., & Krupinski, E. A. (1993). The Role of Formal Art Training on Perception and Aesthetic Judgment of Art Compositions. *Leonardo*, 26(3), 219.  
<https://doi.org/10.2307/1575815>



63. Nodine, C., Mello-Thoms, C., Krupinski, E., & Locher, P. (2008). Visual interest in pictorial art during an aesthetic experience. *Spatial Vision*, *21*(1–2), 55–77.  
<https://doi.org/10.1163/156856807782753868>
64. Ogden, T. H. (2006). On teaching psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, *87*(4), 1069–1085. <https://doi.org/10.1516/D6D1-TGVX-A4F0-JECB>
65. Ogden, T. H. (2014). *Rediscovering Psychoanalysis* (0 вид.). Routledge.  
<https://doi.org/10.4324/9781315787428>
66. Panksepp, J., & Solms, M. (2012). What is neuropsychology? Clinically relevant studies of the minded brain. *Trends in Cognitive Sciences*, *16*(1), 6–8.  
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2011.11.005>
67. Pihko, E., Virtanen, A., Saarinen, V.-M., Pannasch, S., Hirvenkari, L., Tossavainen, T., Haapala, A., & Hari, R. (2011). Experiencing Art: The Influence of Expertise and Painting Abstraction Level. *Frontiers in Human Neuroscience*, *5*.  
<https://doi.org/10.3389/fnhum.2011.00094>
68. Purves, D., & Williams, S. M. (Ред.). (2001). *Neuroscience* (2nd ed). Sinauer Associates.
69. Rauthmann, J. F., Seubert, C. T., Sachse, P., & Furtner, M. R. (2012). Eyes as windows to the soul: Gazing behavior is related to personality. *Journal of Research in Personality*, *46*(2), 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.12.010>
70. Reith, B., Møller, M., Boots, J., Crick, P., Gibeault, A., Jaffè, R., Lagerlöf, S., & Vermote, R. (2018). *Beginning Analysis: On the Processes of Initiating Psychoanalysis* (1ий вид.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781351262361>
71. Rieger, G., Cash, B. M., Merrill, S. M., Jones-Rounds, J., Dharmavaram, S. M., & Savin-Williams, R. C. (2015). Sexual arousal: The correspondence of eyes and genitals. *Biological Psychology*, *104*, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.11.009>

72. Risko, E. F., Anderson, N. C., Lanthier, S., & Kingstone, A. (2012). Curious eyes: Individual differences in personality predict eye movement behavior in scene-viewing. *Cognition*, *122*(1), 86–90. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2011.08.014>
73. Salthouse, T. A., & Ellis, C. L. (1980). Determinants of Eye-Fixation Duration. *The American Journal of Psychology*, *93*(2), 207. <https://doi.org/10.2307/1422228>
74. Schore, A. N. (2002). Advances in Neuropsychoanalysis, Attachment Theory, and Trauma Research: Implications for Self Psychology. *Psychoanalytic Inquiry*, *22*(3), 433–484. <https://doi.org/10.1080/07351692209348996>
75. Schulz, K., & Hayn-Leichsenring, G. U. (2017). Face Attractiveness versus Artistic Beauty in Art Portraits: A Behavioral Study. *Frontiers in Psychology*, *8*, 2254. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02254>
76. Siegel, E. H., Wormwood, J. B., Quigley, K. S., & Barrett, L. F. (2018). Seeing What You Feel: Affect Drives Visual Perception of Structurally Neutral Faces. *Psychological Science*, *29*(4), 496–503. <https://doi.org/10.1177/0956797617741718>
77. Silvia, P. J. (2006). Artistic Training and Interest in Visual Art: Applying the Appraisal Model of Aesthetic Emotions. *Empirical Studies of the Arts*, *24*(2), 139–161. <https://doi.org/10.2190/DX8K-6WEA-6WPA-FM84>
78. Simola, J., Le Fevre, K., Torniaainen, J., & Baccino, T. (2015). Affective processing in natural scene viewing: Valence and arousal interactions in eye-fixation-related potentials. *NeuroImage*, *106*, 21–33. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.11.030>
79. Skues, R. A. (2006). *Sigmund Freud and the history of Anna O. reopening a closed case*. Palgrave Macmillan.
80. Smith, J. K., & Smith, L. F. (2001). Spending Time on Art. *Empirical Studies of the Arts*, *19*(2), 229–236. <https://doi.org/10.2190/5MQM-59JH-X21R-JN5J>

81. Smith, L. F., Smith, J. K., & Tinio, P. P. L. (2017). Time spent viewing art and reading labels. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 11*(1), 77–85.  
<https://doi.org/10.1037/aca0000049>
82. Snowden, R. J., Thompson, P., & Troscianko, T. (2011). *Basic vision: An introduction to visual perception* (Rev. ed). Oxford University Press.
83. Solms, M. (2017). What is “the unconscious,” and where is it located in the brain? A neuropsychanalytic perspective: What is “the unconscious?”. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1406*(1), 90–97. <https://doi.org/10.1111/nyas.13437>
84. Solms, M. (2018). *The Feeling Brain: Selected Papers on Neuropsychanalysis*. Routledge.
85. Specker, E., Forster, M., Brinkmann, H., Boddy, J., Pelowski, M., Rosenberg, R., & Leder, H. (2020). The Vienna Art Interest and Art Knowledge Questionnaire (VAIAK): A unified and validated measure of art interest and art knowledge. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 14*(2), 172–185. <https://doi.org/10.1037/aca0000205>
86. Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *American Journal of Psychiatry, 174*(10), 943–953.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010057>
87. Sudak, D. M. (Ред.). (2016). *Teaching and supervising cognitive behavioral therapy*. John Wiley & Sons.
88. Tatler, B. W., Baddeley, R. J., & Gilchrist, I. D. (2005). Visual correlates of fixation selection: Effects of scale and time. *Vision Research, 45*(5), 643–659.  
<https://doi.org/10.1016/j.visres.2004.09.017>
89. Thomä, H. (1989). *Grundlagen*.

90. Turetska, H. I., & Kunikeych, B. I. (2020). UKRAINIAN LANGUAGE ADAPTATION OF THE MENTALIZATION QUESTIONNAIRE IN NON-CLINICAL SAMPLES. *Habitus*, 17, 131. <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2020.17.23>
91. Vogt, S., & Magnussen, S. (2007). Expertise in Pictorial Perception: Eye-Movement Patterns and Visual Memory in Artists and Laymen. *Perception*, 36(1), 91–100. <https://doi.org/10.1068/p5262>
92. Wade, N. J., & Swanston, M. (2013). *Visual perception: An introduction* (3rd ed). Psychology Press.
93. Wanzer, D. L., Finley, K. P., Zarian, S., & Cortez, N. (2020). Experiencing flow while viewing art: Development of the Aesthetic Experience Questionnaire. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 14(1), 113–124. <https://doi.org/10.1037/aca0000203>
94. *What is Cognitive Behavioral Therapy?* (б. д.). <https://www.apa.org>. Вилучено 11, Травень 2022, із <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
95. Whyte, L. L. (1978). *The unconscious before Freud* (New ed.). J. Friedman ; St. Martin's Press.
96. Wolf, K. (2015). Measuring facial expression of emotion. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(4), 457–462. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.4/kwolf>
97. Wright, J. H., Brown, G. K., Thase, M. E., & Basco, M. R. (2017). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide* (Second edition). American Psychiatric Association Publishing.
98. Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Результати статистичного аналізу

		Statistic	p
Ab_1_grad	Mann-Whitney U	25.0	0.081
Ab_2_grad	Mann-Whitney U	36.0	0.374
Ab_3_grad	Mann-Whitney U	28.0	0.131
Ab_4_grad	Mann-Whitney U	32.5	0.246
Ab_5_grad	Mann-Whitney U	38.0	0.462
Ab_1_emot	Mann-Whitney U	23.0	0.058
Ab_2_emot	Mann-Whitney U	34.0	0.296
Ab_3_emot	Mann-Whitney U	40.5	0.588
Ab_4_emot	Mann-Whitney U	36.0	0.373
Ab_5_emot	Mann-Whitney U	39.5	0.536
AEQ_Emotional	Mann-Whitney U	40.5	0.804
AEQ_Cultural	Mann-Whitney U	42.0	0.901
AEQ_Perceptual	Mann-Whitney U	43.0	0.967
AEQ_Understanding	Mann-Whitney U	43.5	1.000
AEQ_Flow_Experience	Mann-Whitney U	39.5	0.740
AEQ_Flow_Conditions	Mann-Whitney U	26.0	0.146
AEQ_Full	Mann-Whitney U	40.0	0.772
VAIAK_art_int	Mann-Whitney U	31.5	0.321
VAIAK_attitude	Mann-Whitney U	29.0	0.228
VAIAK_full	Mann-Whitney U	33.0	0.386
MZQ_refusing	Mann-Whitney U	33.5	0.403
MZQ_emot	Mann-Whitney U	37.5	0.618
MZQ_psychic	Mann-Whitney U	33.0	0.380
MZQ_regul	Mann-Whitney U	35.0	0.477
MZQ_full	Mann-Whitney U	39.5	0.741

## Correlation Matrix

		therapy_cor	Ab_1_grad	Ab_2_grad	Ab_3_grad	Ab_4_grad	Ab_5_grad	Ab_1_e
therapy_cor	Pearson's r	—						
	p-value	—						
Ab_1_grad	Pearson's r	0.257	—					
	p-value	0.274	—					
Ab_2_grad	Pearson's r	0.072	0.513 *	—				
	p-value	0.763	0.021	—				
Ab_3_grad	Pearson's r	0.277	0.697 ***	0.625 **	—			
	p-value	0.237	< .001	0.003	—			
Ab_4_grad	Pearson's r	0.376	0.185	-0.210	0.400	—		
	p-value	0.102	0.436	0.375	0.081	—		
Ab_5_grad	Pearson's r	0.072	0.444 *	0.727 ***	0.854 ***	-0.004	—	
	p-value	0.762	0.050	< .001	< .001	0.988	—	
Ab_1_emot	Pearson's r	-0.351	0.372	0.258	0.184	-0.601 **	0.427	—
	p-value	0.129	0.106	0.273	0.438	0.005	0.061	—

## Correlation Matrix

		therapy_cor	Ab_1_grad	Ab_2_grad	Ab_3_grad	Ab_4_grad	Ab_5_grad	Ab_1_e
Ab_2_emot	Pearson's r	0.159	0.153	0.687 ***	0.342	0.205	0.287	- 0.387
	p-value	0.503	0.519	< .001	0.140	0.386	0.220	0.092
Ab_3_emot	Pearson's r	0.178	-0.047	-0.422	0.121	0.869 ***	-0.242	- 0.689 ***
	p-value	0.454	0.845	0.064	0.612	< .001	0.303	< .001
Ab_4_emot	Pearson's r	0.155	0.704 ***	-0.003	0.493 *	0.618 **	0.075	- 0.028
	p-value	0.514	< .001	0.991	0.027	0.004	0.752	0.908
Ab_5_emot	Pearson's r	0.264	-0.296	-0.660 **	-0.423	0.591 **	-0.684 ***	- 0.681 ***
	p-value	0.260	0.206	0.002	0.063	0.006	< .001	< .001

Note. \* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

## Partial Correlation

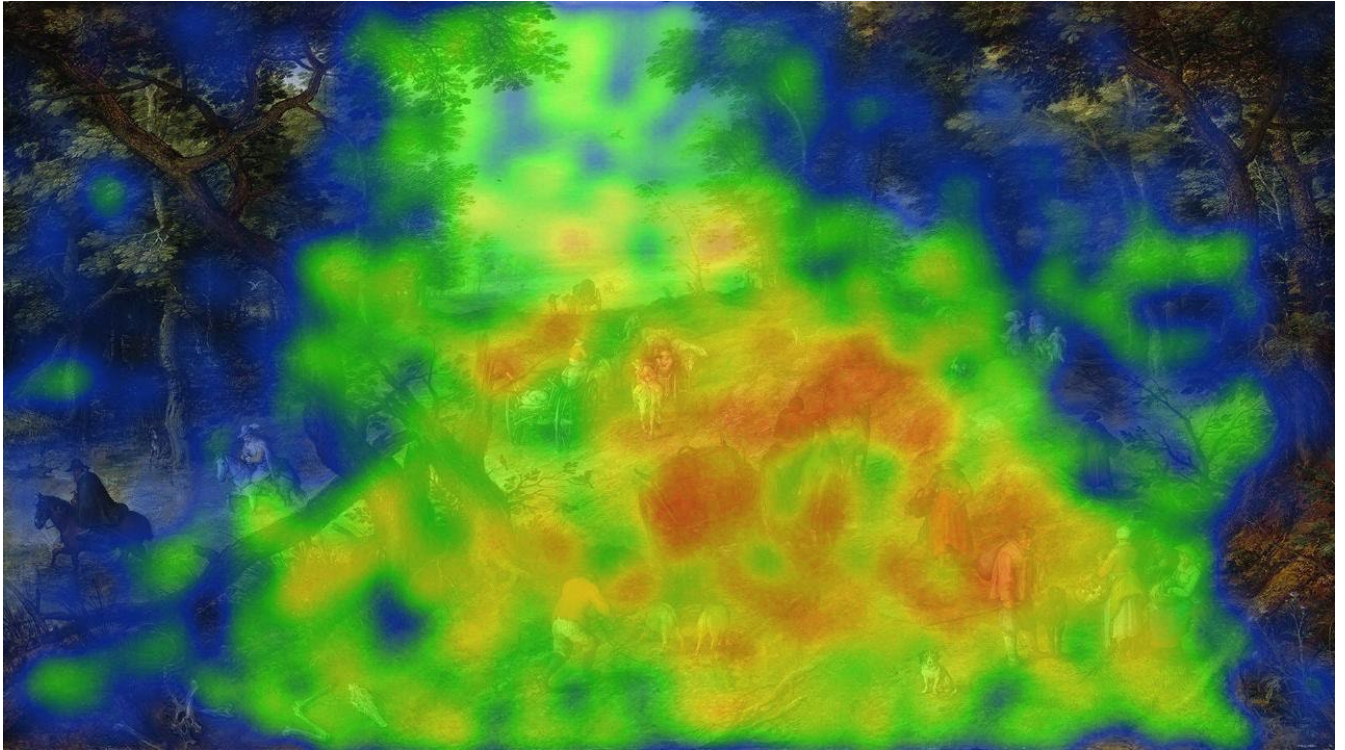
		therapy_cor	VAIAK_full
therapy_cor	Pearson's r	—	—
	p-value	—	—
VAIAK_full	Pearson's r	0.159	—
	p-value	0.528	—

Note. controlling for 'exp'

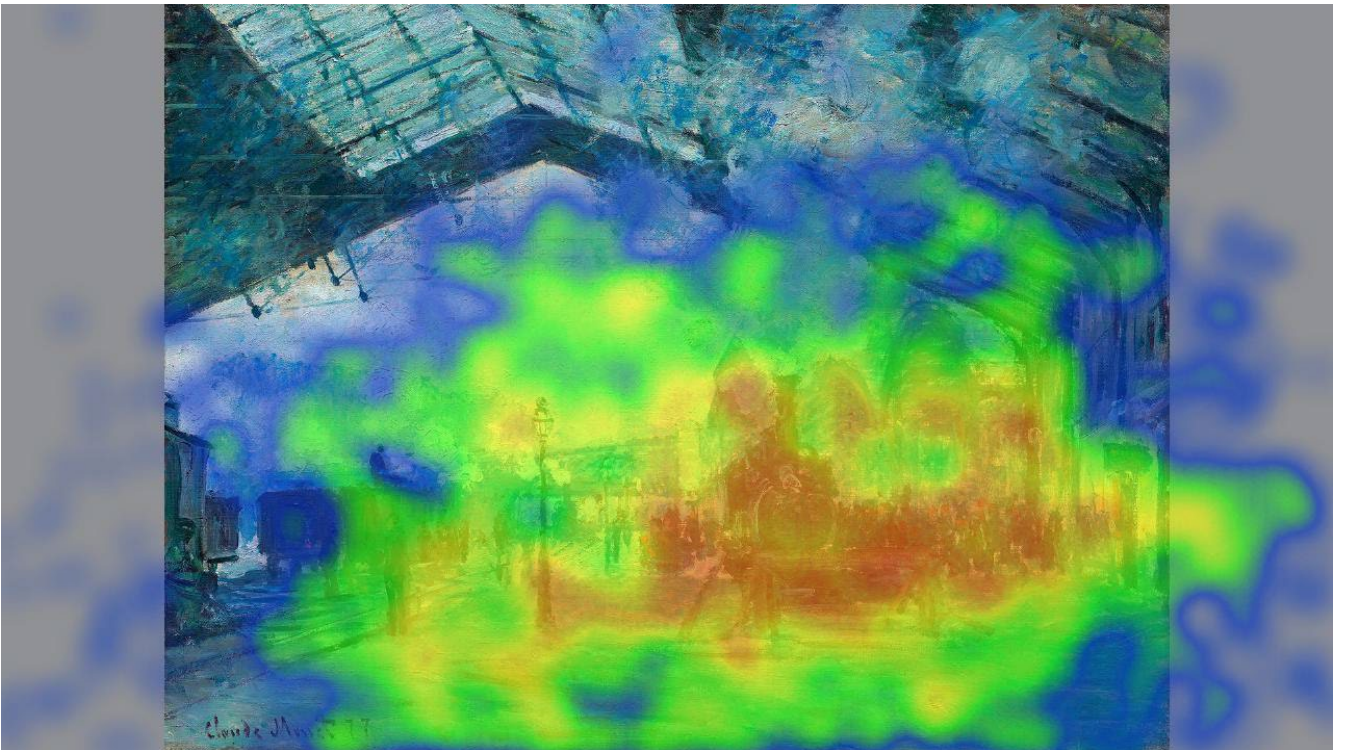
Додаток Б

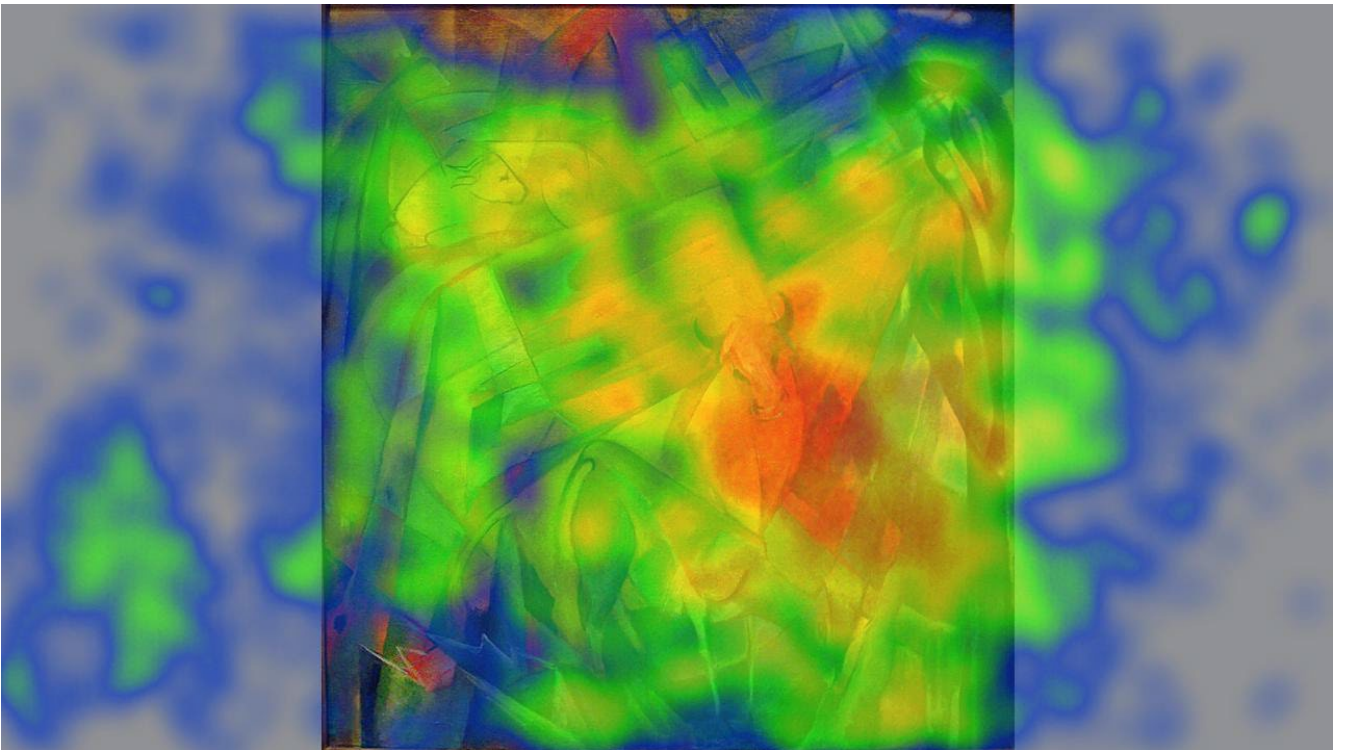
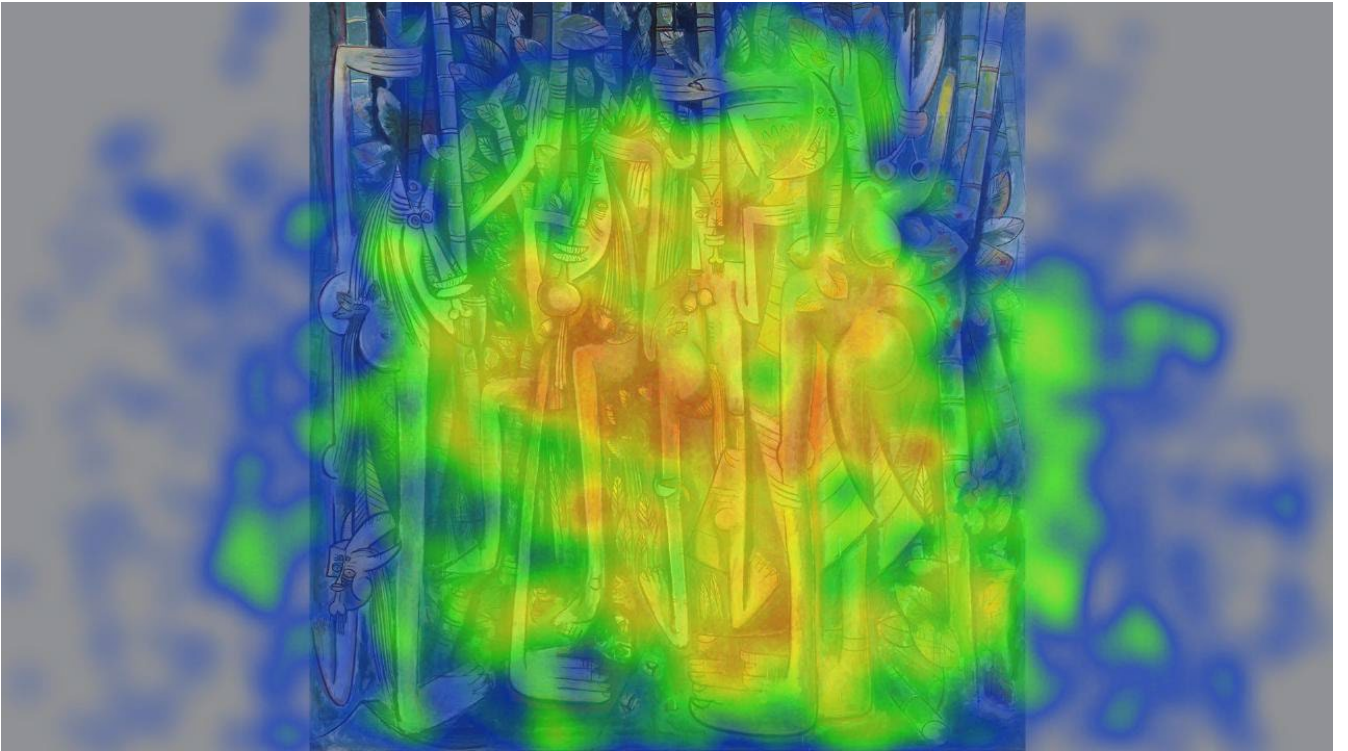
Результати айтрекінгового дослідження

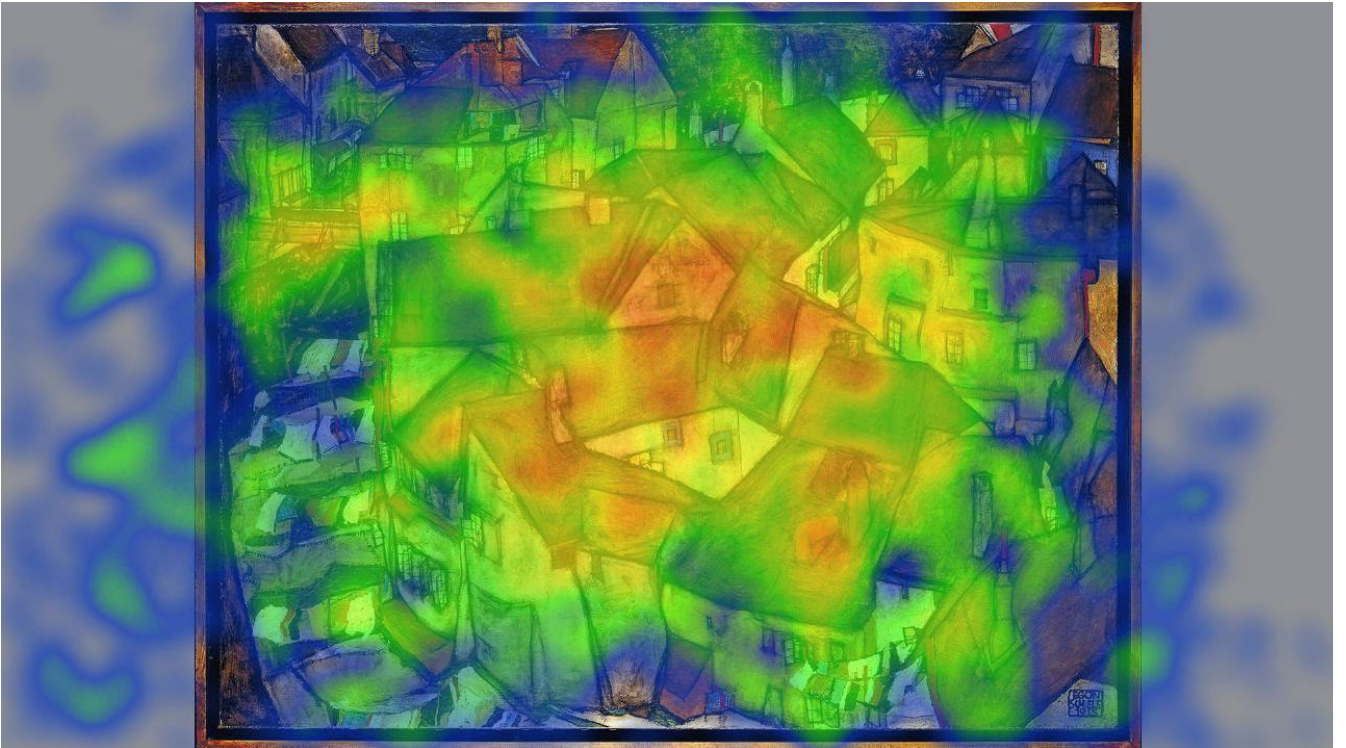
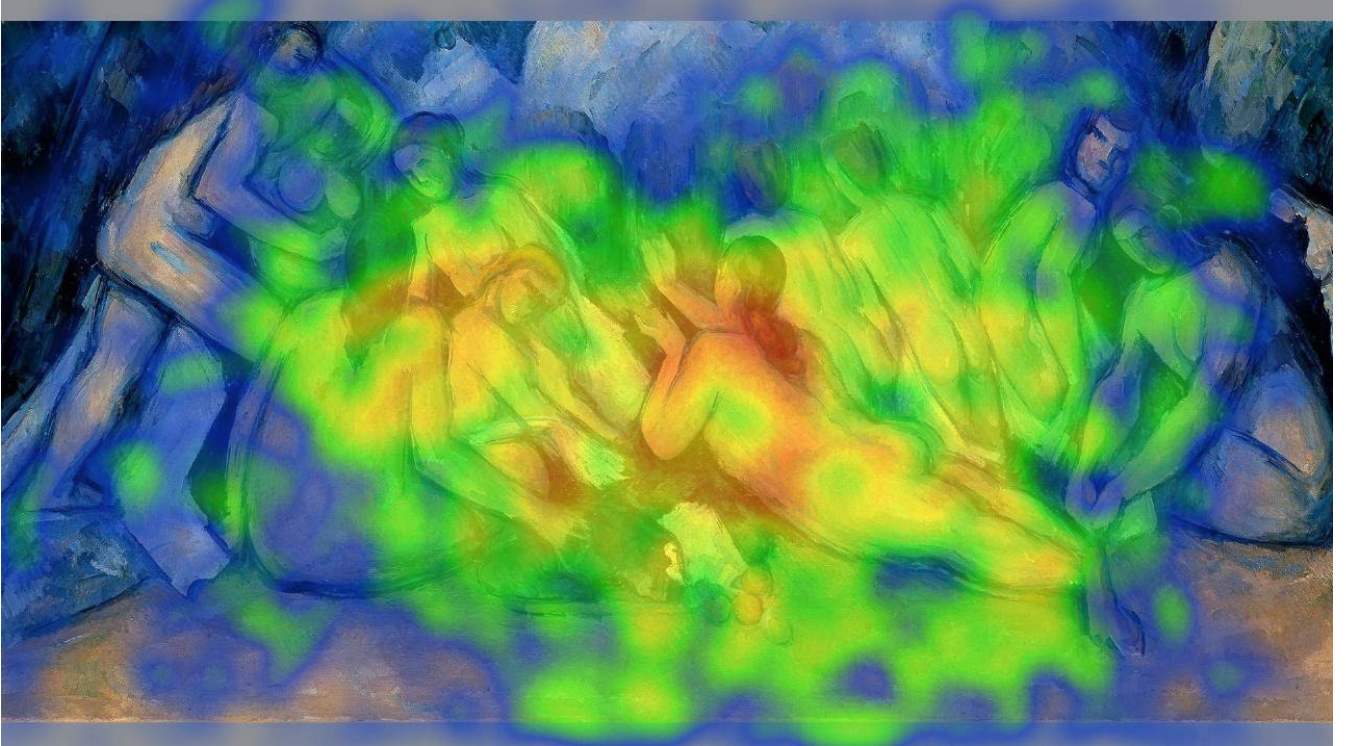
Група КІТ

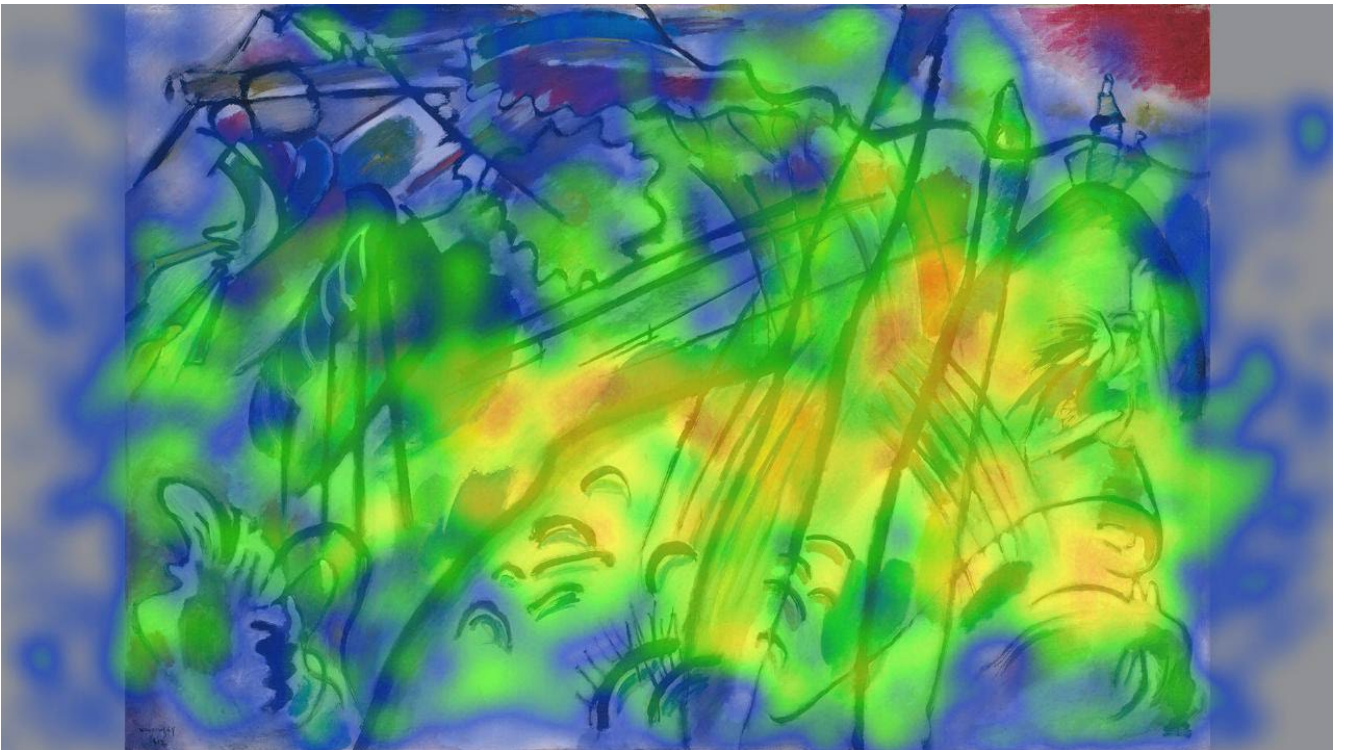
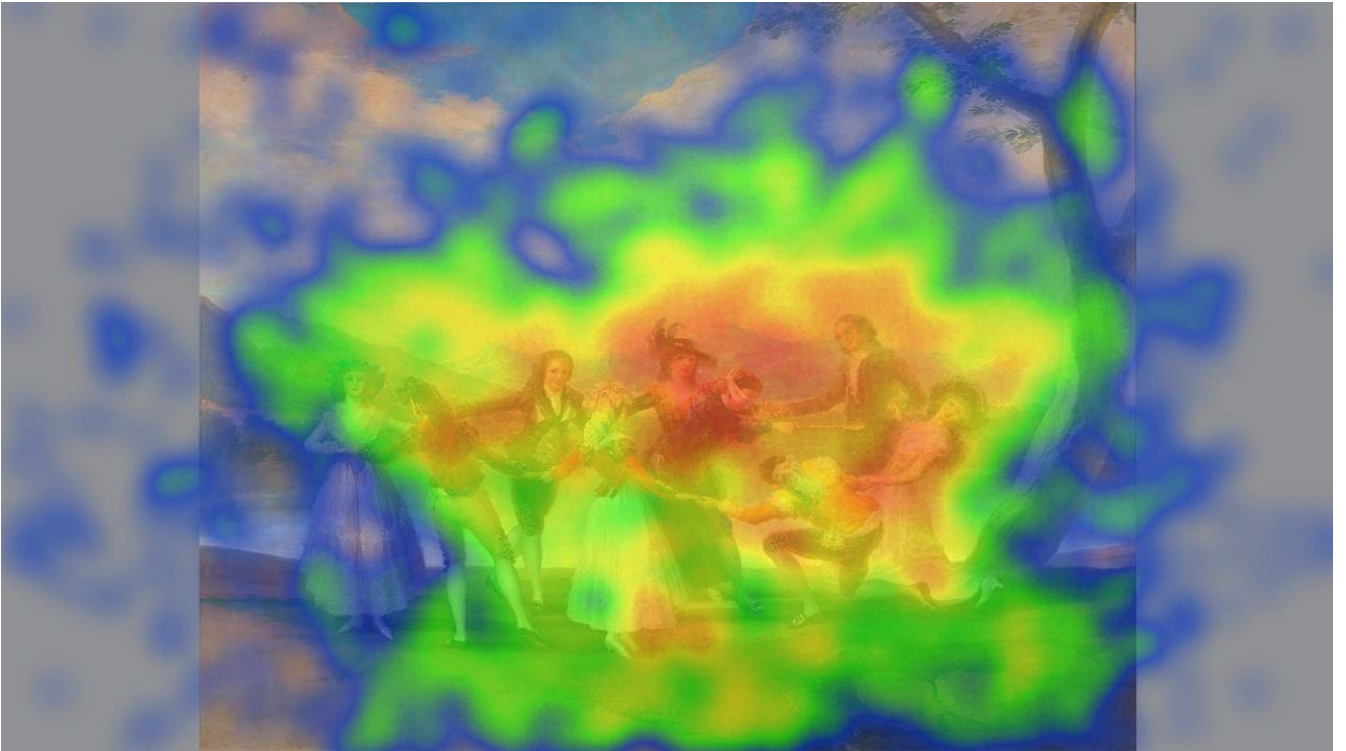














Група ПДТ

