

ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології

Кафедра психології

Шпетна Кароліна Ігорівна

УДК 159.9 _____

Кваліфікаційна робота

**«Особливості застосування вокалотерапії у діагностиці та корекції
особистісних проблем клієнтів»**

053 «Психологія»

«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Дипломна робота містить результати власних доробок. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело _____ К.І. Шпетна

Науковий керівник (консультант)

Никоненко Олена Вікторівна,
кандидат психологічних наук, доцент

Київ-2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ВОКАЛОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОТЕРАПІЇ.....	7
1.1. Теоретичний аналіз використання вокального мистецтва в психотерапії.....	7
1.2. Дослідження впливу вокалотерапії на фізіологічний та емоційний стан людини	17
1.3 Особливості застосування вокалотерапії у тілесно-орієнтованій терапії.....	33
Висновки до розділу 1.....	39
 РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТІСНИХ ПРОБЛЕМ КЛІЄНТІВ.....	 42
2.1. Організація та етапи емпіричного дослідження.....	43
2.2. Аналіз результатів психологічного дослідження.....	49
Висновки до розділу 2.....	58
 РОЗДІЛ 3. ЗАСТОСУВАННЯ ВОКАЛОТЕРАПІЇ В КОРЕКЦІЇ ОСОБИСТІСНИХ ПРОБЛЕМ КЛІЄНТІВ.....	 60
3.1. Принципи застосування вокалотерапії в практиці психотерапії.....	60
3.2. Розробка програми корекції проявів особистісних проблем клієнтів із застосування вокалотерапії та тілесно-орієнтованої терапії.....	76
Висновки до розділу 3.....	83
ВИСНОВКИ.....	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	89
ДОДАТКИ.....	97

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Перед сучасною людиною постає ряд задач, які актуалізують проблему збереження особистісної цілісності та психічного здоров'я: пристосування до стрімкого розвитку життя, надзвичайно динамічного, глобалізованого та уніфікованого соціуму; глобальні та дуже швидкі зміни звичного устрою життя, несприятливі соціально-психологічні, економічні чинники, військовий конфлікт в Україні, інформаційна війна, світова пандемія COVID-19. Ці обставини спричиняють психічне перенапруження та зниження адаптаційних можливостей психіки людини. І відповідно вимагають пошуку та опанування людиною більш ефективних прийомів адаптації.

Використання класичних інструментів психотерапії часто дає результат надто повільно або й запізно. Саме тому останніми роками ми спостерігаємо появу великої кількості нових напрямків психотерапії, які поєднують методи психології, медицини та різних видів мистецтв.

На практиці доволі часто система психологічних захистів клієнта оберігає його від розуміння реальних причин появи особистісних проблем. У цьому випадку працюючи з тілом, заблокованими в ньому емоціями та почуттями, ми значно швидше можемо показати клієнту корінь проблеми та вийти на реальний запит. Тому психотерапевту важливо використовувати не лише когнітивний аналіз, а й методики, які допомагають впоратися з проявами особистісних проблем, знизити рівень психічної напруги, подолати супротив та вивільнити нелегітимізовані емоції.

Фізіологічно робота голосу задіює майже все тіло людини. А творчий аспект вокального мистецтва пов'язаний саме з легітимізацією заблокованих емоцій. Тому було вирішено дослідити можливість комбінованого використання методів тілесної терапії та вокалотерапії на предмет взаємного підвищення ефективності обох напрямків.

Аналіз теоретико-методологічних джерел з досліджуваної проблеми виявив існування великої різноманітності підходів до використання вокального мистецтва у психотерапії, у тому числі, у тілесно-орієнтованому підході, з одного боку, і брак єдиної концепції щодо комбінування підходів, – з іншого. У різний час вивченням вокалотерапії, її застосування в різних терапевтичних підходах, зокрема у тілесно-орієнтованій терапії займалися Х. Богрова, М. Бондар, В. Гаснюк, Г. Захарченко, О. Карасьов, А. Коваленко, Є. Левченко, К. Петрова, О. Сергієнко, І. Булюбаш, Т. Вимекаєва, Г.-Г. Декер-Фойгт, М. Долар, Дж. Еллсворт, Н. Єрьоміна, О. Зирко, Ж. Лакан, Г. Леофрік, А. Лоуен, Є. Макаров, А. Менегетті, П. Мозес, В. Морозов, О. Немиринський, В. Нікітін, Д. Огороднєв, М. Олдерріч, Д. Остін, Н. Паутова, П. Роденбург, Н. Роджерс, Ж. Секлука, Х. Харрісон, С. Шушарджан, К. Юнг.

Вищезазначені аспекти зумовили вибір теми дослідження «Особливості застосування вокалотерапії у діагностиці та корекції особистісних проблем клієнтів».

Об’єктом дослідження є використання вокалотерапії в психотерапевтичній практиці.

Предметом дослідження є особливості застосування вокалотерапії у діагностиці та корекції проявів особистісних проблем клієнтів.

Мета: здійснити аналіз використання методів вокалотерапії у тілесно-орієнтованій психотерапії та розробити програму корекції особистісних проблем клієнтів із застосування вокалотерапії.

Завданнями дослідження є:

1. Вивчити особливості використання вокального мистецтва у психотерапії.
2. Дослідити вплив вокалотерапії на фізіологічний та емоційний стан людини.
3. Здійснити теоретичний аналіз ефективності використання вокалотерапії у тілесно-орієнтованому підході.

4. Провести емпіричне дослідження особливостей особистісних проблем клієнтів.
5. Проаналізувати результати емпіричного дослідження.
6. Дослідити принципи застосування вокалотерапії в практиці психотерапії.
7. Розробити програму корекції проявів особистісних проблем клієнтів із застосуванням вокалотерапії та тілесно-орієнтованої психотерапії.

Методи дослідження:

- *теоретичні*: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація, порівняння для розкриття сутності та визначення базових понять досліджуваної проблеми, структурування.
- *емпіричні*: опитування, тестування, анкетування, використання спеціальних діагностичних методик для встановлення психологічних характеристик; кількісної обробки даних – визначення середніх значень, відсоткових співвідношень, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена для виявлення кореляційних зв'язків між досліджуваними показниками проявів особистісних проблем, порівняння, узагальнення; формулювання висновків.

У процесі емпіричного дослідження використано такі **методики**:

- Шкала депресії Бека,
- Шкала ситуативної (реактивної) тривоги Спілбергера-Ханіна,
- Опитувальник для визначення рівня агресії Басса-Даркі,
- Шкала визначення суб'єктивного стресу Коннора-Девідсона-10,
- Анкета на визначення тілесних блоків (авторська розробка).

Обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм для SPSS 28.x for MacOC та пакета програм Microsoft Office for MacOC.

Наукова новизна та теоретичне значення:

Уперше запропоновано комплексну програму корекції особистісних проблем клієнтів із застосування вокалотерапії; *дістали подальшого*

розвитку теоретичні уявлення щодо особливостей використання вокалотерапії в тілесно-орієнтованій терапії.

Практичне значення дослідження полягає в визначенні фізіологічних взаємозв'язків між вокальним мистецтвом та тілесно-орієнтованою психотерапією та дослідження ефективності комбінованого використання вокалотерапії та тілесно-орієнтованої психотерапії. Матеріали дослідження можуть бути використані психологами та психотерапевтами в приватній практиці для індивідуальної та групової роботи з клієнтами.

Апробація результатів дослідження: результати дипломного магістерського дослідження висвітлено в тезах на тему «Особливості застосування вокалотерапії у діагностиці та корекції особистісних проблем клієнтів», опублікованих в збірнику матеріалів V Міжнародної конференції «Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку», яка відбулася 7 грудня 2023 року в ЗВО «Університет економіки та права «КРОК» м. Київ, Україна.

Структура та обсяг дипломної роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (77 найменувань) та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 106 сторінок, основний обсяг – 88 сторінок. Робота містить 6 таблиць, 6 рисунків, 5 додатків (на сторінках 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 97, 99, 100, 104, 105).

РОЗДІЛ 1

ВОКАЛОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОТЕРАПІЇ

1.1. Теоретичний аналіз використання вокального мистецтва в психотерапії

У сучасному науковому світі все більше набувають перспектив розвитку інтеграція психології, психотерапії, медицини та різних видів мистецтв. Одним із таких продуктів міждисциплінарної взаємодії є метод вокалотерапії, в якому голос виступає багатограним матеріалом і інструментом для дослідження різних психічних явищ.

Вокалотерапія знаходить все більше застосувань у психотерапевтичній і психологічній практиці, що можна розглядати як свідчення про її ефективність у лікуванні різних психічних розладів, однак вона вкрай рідко стає цілеспрямованим предметом психологічних досліджень.

Термін вокалотерапії має неоднозначне трактування та використовується різними сучасними авторами згідно контексту їх досліджень. Наприклад, на думку родоначальника співу як лікування С. Шушарджана, вокалотерапія виступає фізіологічним методом психічної та соматичної активації захисно-адаптаційних реакцій людини на основі класичного співу, який складається із вправ, що акустично стимулюють внутрішні органи, а також підвищують адаптаційні, інтелектуальні, комунікативні й естетичні здібності [11].

Значний вклад у розвиток вокалотерапії зробила науковиця Д. Остін, яка розробила модель пісенно-терапевтичної роботи з людьми, що мають різні психічні розлади. Вона стверджує, що «вокалотерапія може допомогти людям відчувати свою власну силу і використати її для зняття стресу і досягнення психічного благополуччя» [11].

Д. Остін пропонує варіацію вільного асоціативного співу зі скандуванням. Так, її індивідуальна вокалотерапевтична сесія

розпочинається з декількох медитативних і дихальних технік, які поступово переходять до тихого звучання на видиху. Клієнт самостійно обирає гармонію серед тих, які пропонує йому музикотерапевт за допомогою музичного інструменту. Він спокійно виконує вокальне утримання будь-яких голосних звуків у тій чи іншій гармонії, додає слова. Далі виконується скандування, під яким розуміється акцентований спів під бій барабана. Разом це дозволяє висловити через вокалізацію внутрішні відчуття, які часто є невираженими, емоційно заблокованими [18, с. 63-72].

З точки зору Н. Єр'оміної в контексті відновлювальної корекції психологічного статусу дітей із соціально неблагополучних сімей вокалотерапія розуміється як метод активної психологічної корекції, який включає в себе три компоненти: вокалізацію, рольові ігри та музичні архетипи [11, с. 142-144].

У межах дослідження просодики дітей Х. Богрова позначає вокалотерапію «як унікальну психодидактичну категорію, засіб формування та метод активного співу й міжособистісної взаємодії, які в єдності чинять багатоаспектний розвивальний вплив на просодичний компонент мовлення особистості на підсвідомому рівні її психіки» [1, с. 183].

О. Зирко в своїй дисертації «Роль експресивних та імпресивних вокалізацій у самовираженні та самодослідженні» розуміє під вокалотерапією широкий спектр психотерапевтичних вокальних практик, які сприяють самовираженню, самодослідженню і самозціленню суб'єкта співу, набуття ним свого автентичного голосу [11, с. 114-129].

Виходячи з огляду представлених трактувань вокалотерапії (С. Шушарджан, Н. Єр'оміна, О. Зирко, Х. Богрова) варто відмітити, що не має однобічного тлумачення даного поняття. Вцілому дослідники наголошують на мультимодальних можливостях застосування вокалотерапії для різноманітних цілей діагностики, корекції, лікування тощо.

Дослідження вокальної терапії входить у широкий спектр зарубіжних та вітчизняних наукових інтересів. Так, наприклад, зарубіжна традиція

застосування вокалотерапії в рамках терапії мистецтвом теоретизується на базі аналітичної психології К. Юнга. На його думку, експресивні форми мистецтва, які пов'язані з самовираженням у процесі творчості, виступають важливим шляхом до внутрішнього світу почуттів та образів, а несвідома психіка є сховищем витіснених емоцій, а також джерелом здоров'я та розвитку людини [12, с. 113-115].

К. Юнг додавав, що саме під час спільного хорового співу активно проявляє себе колективне несвідоме. Таким засобом архаїчний зміст глибинних пластів психіки проривається в сферу свідомості [11].

Ж. Лакан розглядав голос як об'єкт патологічного жадання. На його думку, насолода від співу пов'язана з мазохістичним задоволенням, так як це бажання не може бути задоволеним, але може легко повторюватися [11].

Психоаналітичні моделі інтерпретації пов'язані також і з голосовими масками (соціальні ролі в вокалі), якими можна користуватися як готовими ампула. Наприклад, стереотипна інтонація медичних сестер діє заспокійливо. Але якщо імітувати цю мелодику, одразу висвітлюється невпевненість. Щоб приховати її, людина наслідує голос іншого, переймаючи чужу ідентичність [11]. Саме так формується вокальна однаковість груп за П. Мозесом. У своїй праці «Голос неврозу» через голос автор розкриває колективну ідентичність, норми й стереотипи, які поширюються на великі групи [11]. Дослідник вважав, що той, хто хоче належати їм (великим групам), повинен засвоїти стереотипні інтонації. Ті, хто не можуть слідувати цьому соціальному пристосуванню і відмовляються відповідати нормі, нерідко мають патологічні відхилення, які можуть бути досліджені завдяки вокальним індикаторам.

У даному контексті спів виступає компромісом, що повертає чисте вираження афектів із часів примітивної вокалізації. За аналогію з фройдівською моделлю несвідомого (яке вторгається в свідомість), у сильному афекті (коли механізми контролю некеровані) у вокальний вираз

проривається той архіголос, від якого людина відмовилася, виділивши себе з тваринного світу [11].

Постпсихоаналітична концепція голосу, що підхоплена М. Доларом, є цікавим голосовим феноменом [11]. Автор неодноразово демонструє паралелі голосу з музикою чи просто звуком, який противиться перекладеним сенсам, додаючи, що психологічна проблема співу в тому, що об'єкт потягу сприймається як об'єкт безпосередньої насолоди і тому не досягає його. Тобто в психоаналітичному трактуванні звук представляється практично окремим випадком голосу [11].

У людиноцентрованій експресивній психотерапії Н. Роджерс розглядає голос як засіб самовираження клієнта, виявлення своєї автентичності і цілісності, знаходження своїх внутрішніх ресурсів. Вона інтерпретує експресивну вокалізацію як спосіб вираження людиною елементів її внутрішнього світу та активізації процесів самодослідження [4].

Одним з таких ресурсів, як зазначає Д. Остін, є справжній (автентичний) голос клієнта [20]. Авторка зазначає, що на відміну від арт-терапії, яка зводиться лише до візуальних мистецтв, вокалотерапія дозволяє експериментувати з вокальною імпровізацією з метою звукової самоекспресії в якості потужних творчих засобів. Будь-яка з вокалізацій служить потужним джерелом емоційної розрядки. Звільнення голосу як каналу між тілом і розумом допомагає вступити в контакт із глибинними рівнями Я [20].

У гештальттерапевтичному дискурсі деякі психотерапевти (П. Роденбург, О. Немиринський, І. Булюбаш) підкреслюють важливість голосу при пропрацюванні забутих спогадів, які приховуються за тілесною напругою [28]. Клієнт починає відчувати в звуці відображення напруження в м'язах, із яким можна працювати як із симптомом через звучання без слів.

І. Булюбаш вважає, що відпрацьовуючи незавершені ситуації в минулому і супутні їм емоції, відбувається розслаблення тіла, отожд, і голос починає звучати вільніше [4]. На думку О. Немиринського, встановивши

таку позицію на тілесному рівні, стає простіше встановити відповідні позиції у взаємодії з іншими людьми [11].

У межах онтопсихологічного напрямку (А. Менегетті) широко відома мелолістика (призначена для біологічно і соціально здорових людей), завданням якої є виведення організмичного сприйняття музикальності (несвідоме для суб'єкта) на свідомий рівень за допомогою різних музичних інструментів, а також співу або танцю. В онтопсихологічному розумінні вокалотерапія народилась як навчання гармонізації власного тіла, в якому вона вже є. Залишається тільки злитися з цим базовим наміром і жити в усіх аспектах прояву творчості, що притаманна людині [11].

Особливої уваги заслуговує метод вокальної імпровізації Г.-Г. Декер-Фойгта, спрямований на особистісний ріст і саморозвиток, творчу самореалізацію клієнтів засобами музики, яка дуже близька їх інтересам та потребам, незалежно від наявності в них музичних здібностей. В цілому до музикотерапії він долучає: заняття співом (або гру на музичних інструментах), що не потребує спеціального навчання, імпровізацію, ритміку, танцювальні рухи, малювання та театральні дії, що гармонійно поєднується з психотерапевтичними прийомами, такими як релаксація й емоційне зараження. Під час співу застосовуються фольклорні пісні й вірші, а також ігрові елементи у вигляді доторкування, плескання, підтанцювання та інше [4].

Також відомо, що вокалотерапія застосовується у лікуванні депресії. Один з провідних експертів у цій галузі – професор М. Олдерріч, стверджує, що «вокалотерапія може допомогти відчувати себе присутнім у своєму тілі і своїх емоціях, що сприяє зменшенню симптомів депресії» [51, с. 123-135].

Ще одним напрямком використання вокалотерапії є лікування тривожних розладів. У цьому питанні доктор Ж. Секлука стверджує, що «вокалотерапія може допомогти знизити рівень тривоги та підвищити самооцінку, зробивши клієнтів більш впевненими у собі і своїх здібностях» [57, с. 367-383].

Інші науковці досліджують застосування вокалотерапії для лікування конкретних психічних порушень. Наприклад, професор музикотерапії і клінічної музикології Г. Леофрік стверджує, що «вокалотерапія може бути корисною для пацієнтів з депресією, біполярним розладом, посттравматичним стресовим розладом та іншими психічними захворюваннями» [46, С. 7-14]. Австралійський дослідник Х. Харрісон досліджував ефективність вокалотерапії для пацієнтів з шизофренією та стверджує, що «вокалотерапія може бути корисною для пацієнтів зі шизофренією, оскільки вона допомагає поліпшити самооцінку та соціальну взаємодію» [34, с. 37-44].

Ще одним зарубіжним науковцем, що займався вивченням вокалотерапії, є професор психіатрії та музичної терапії Дж. Еллсворт. Він зазначає, що «вокалотерапія зосереджена на тому, щоб створити навколишнє середовище, де вокалізація може стати інструментом самовираження та індивідуальної трансформації» [30, С. 281-294]. Дж. Еллсворт також додає, що вокалотерапія може бути особливо корисною для людей, які мають проблеми з вираженням своїх почуттів та емоцій.

Отже, вокалотерапія, започаткувавшись, як супровідний метод у межах різних фундаментальних зарубіжних шкіл, на сьогодні вже пустила коріння як самостійний напрямок.

Широкий досвід використання вокалотерапії також демонструють у своїх роботах Д. Огороднєв, Є. Макаров, В. Морозов, Н. Паутова, С. Шушарджан, Т. Вимекаєва, Н. Єрьоміна, О. Зирко та ін.

Д. Огороднєв вважає, що в усіх є музичні дані та що людей будь-якого віку й здібностей можна навчити співати. Він розробив методику роботи з голосом, за рахунок якої здійснюється оздоровлення та корекція природних можливостей організму під час вібрацій звуку, що вирівнюють енергетичний баланс людини [11].

Є. Макаров пропонує авторський метод звукотерапії й практики ясновидіння (фоносем-терапія), який представляє собою освоєння

музичного ладу, що заснований на впливі певних звуків і відповідних вібрацій на конкретні людські органи. Така медитативна музика має властивість заспокоювати та підвищувати ментально-когнітивну й слухову чутливість слухача, названою автором «яснослуханням». Завдяки звукогармонічним і вокалоголосним компонентам цієї методики відбувається активізація внутрішніх особистісних ресурсів, підвищення автентичності та цілісності особистості, нормалізація емоційного тону та інше [4; 11, с. 31-33].

В. Морозов описує зв'язок емоцій і голосових проявів у співі, розмові, мовленні, комунікації в цілому. Обертоновий склад голосу змінюється під впливом емоцій. Він стає приємним чи неприємним відповідно нашого настрою до іншої людини. Під вокалотерапією він розуміє психологічний вплив резонансного співу, як на того хто виконує голосові практики, так і на того, хто слухає [11].

Н. Паутова піднімає питання щодо проблеми взаємозв'язку вокальної фонації у вагітних жінок та їх успішних полог, що позитивно відбивалось на дітях до і після народження [11, с. 102-106].

Т. Вимекаєва наголошує, що за допомогою вокальної діяльності в різних вікових категоріях (дошкільники, підлітки, дорослі) набувають розвитку різні складові іміджу, такі як комунікативна здатність, рухи тіла, стиль, емоційні прояви [4].

Особливої уваги заслуговують багаточисленні авторські методики (терапія звуком, музико-вокало-терапія, музично-педагогічна реабілітація) С. Шушарджана. За автором, спів і музика мають психотерапевтичні можливості, що можуть бути застосовані в різних напрямках загальної, медичної, педагогічної, вікової психології. Наприклад, музично-педагогічна реабілітація найчастіше використовується в роботі з дітьми, що мають вади мовлення, слуху чи відстають у психічному розвитку. Вона представляє собою музично-педагогічний процес, який можливий у вигляді навчання

дітей співу, грі на музичних інструментах, руху під музику (ритміка, танці, ігри), прослуховування музики, музично-дидактичних ігор [11].

Наукова спадкоємниця С. Шушарджана, Н. Єрьоміна розробила власний метод психологічної корекції – ігрова вокалотерапія, у контексті якої під співом вона розуміє рід музики, де голосовий апарат людини виступає в ролі музичного інструмента. Ефективність ігрової вокалотерапії у роботі з відстаючими в розвитку дітьми, або дітьми, що мають невротичні розлади, асоціальну поведінку, порушення мовлення й пластики, обумовлена комплексним багатофункціональним впливом на особистість і розвиток її творчих здібностей, а також віковими особливостями дітей, їх сприйнятливостю до мистецтва. Авторка встановила, що ігрова вокалотерапія впливає на індивідуально-особистісні особливості дітей з неблагополучних сімей, – антисоціальні моделі поведінки, тривожність, агресивність, затримку психічного розвитку. Метод впливає на підсвідомість, свідомість і поведінку, що дозволяє з мінімальними витратами за допомогою однієї технології суттєво домагатися психоемоційного й духовного збагачення, зміцнення психофізичного здоров'я, а також покращення адаптаційних можливостей дітей [11].

У парадигмі трансперсональної голосової терапії В. Нікітін, зазначає, що у визначенні впливу звуку на стан психіки центральне значення займає здатність людини до занурення в керований трансовий стан, в якому вона знаходить свій автентичний характер звучання [11].

В акті співу людина направляє свою увагу на звук, оформляючи його у вигляді резонансного звучання, досягнувши якого вона втрачає свою суб'єктивність. Переживаючи за допомогою резонансу почуття трансцендентного єднання зі світом, «звучащий суб'єкт» знаходить нове почуття реальності. Відчуваючи резонанс, знімається маска персони (по К. Юнгу) та «втративши» в собі особистість, індивідуум звільняється від страхів [11].

Х. Богрова розглядає вокалізацію через просодичну репрезентацію Я. Ряд публікацій присвячений її дослідженню взаємозв'язку індивідуально-психологічних якостей та просодичних проявів усного мовлення й вокалізації (ритм, темп, інтонація, логічний наголос, модуляція голосу, тембр, мовленнєве дихання). На її думку, оптимізація тривожності, комунікативності й самооцінки, як психологічних детермінант розвитку одиниць просодики мовлення, зумовлюють переживання почуття душевного комфорту, мобілізації роботи пізнавальних процесів, швидке пристосування в системі навчально-виховної діяльності, комунікативну активність, та якісну мовленнєву репрезентацію дитини під час виконання вокально-психологічних і мовленнєвих вправ (ігри, хороводи, малі форми фольклору у формі розспівів, речитатив, популярні мультиплікаційні треки з дитячої субкультури) [1, с. 7-15].

Інший вітчизняний дослідник, А. Коваленко, висловив думку, що «вокалотерапія допомагає розвивати креативність, уяву, здібності до інтуїтивного сприйняття музики, забезпечує позитивний емоційний стан, підвищує самооцінку та ставлення до себе» [6, с. 90-96]. Другий дослідник, О. Карасьова, вважає, що «вокалотерапія здатна покращити рівень самопізнання, відновити гармонію у відносинах з іншими, знизити рівень стресу та тривожності» [5, с. 148-151].

Одні з найсучасніших емпіричних даних у психології отримані завдяки О. Зирко. Дослідниця запропонувала і науково обґрунтувала типологію вокалізацій людей під час самовираження та самодослідження в умовах прийняття та оцінки [11].

Українська науковиця, кандидат психологічних наук О. Сергієнко в своїх дослідженнях з вокалотерапії стверджує, що цей метод може бути ефективним для лікування психосоматичних та невротичних розладів. Зокрема, вона пише, що «вокалотерапія є ефективним методом психокорекції, оскільки вона сприяє відчуттю внутрішньої гармонії,

зниженню тривоги та стресу, збільшенню самооцінки, зміцненню відчуття власної ідентичності» [13].

Окремо слід розглянути ефективність вокалотерапії у концепті тілесно-орієнтованої психології.

А. Лоуен – видатний американський психотерапевт та засновник напрямку біоенергетичного аналізу в тілесно-орієнтованій психології, розглядав голос як спосіб самовираження: чим багатший внутрішній світ, тим багатший голос. Людина, яка говорить монотонно, має дуже обмежений діапазон вираження, і ми схильні прирівнювати це до обмеженої особистості. Голос може бути глухим, не маючи глибини або звучності, або низьким, як при нестачі енергії, або взагалі може бути тонким і безтілесним. Кожна з цих якостей має деяке відношення до особистості людини. Якщо людина збирається розкрити весь свій потенціал для самовираження, то важливо, щоб вона отримала повне застосування свого голосу у всіх регістрах і з усіма тонкощами відчуття. Блокада будь-якого почуття вплине на вираження голосу. Тому необхідно розблокувати почуттєвий світ. Також необхідно спеціально працювати над утворенням звуку, щоб знизити напругу, яка існує навколо голосового апарату [11].

У своїй книзі «Вокалотерапія: Тілесно-орієнтований метод» (1982), А. Лоуен описує свій підхід до використання вокалотерапії у своїй практиці.

Одним із ключових елементів підходу А. Лоуена є робота з диханням, оскільки він вважає, що наш голос пов'язаний з нашим диханням та тілом. Він пропонує вправи для покращення дихання та розслаблення тіла, які допомагають людям відчути більшу свободу та експресивність у своєму голосі [47].

У контексті використання вокалотерапії як засобу розуміння та вираження емоцій, він пропонує різноманітні вправи, які допомагають людям виразити свої почуття через голос, наприклад, емоційний крик або виразну мову.

А. Лоуен також використовує вокалотерапію як засіб для роботи зі стресом та тривогою. Він пропонує вправи для регулювання дихання та розслаблення тіла, які допомагають зменшити рівень стресу та тривоги [11; 47].

Отже, зарубіжні та вітчизняні науковці зазначають, що вокалотерапія є ефективним методом психотерапії, який може допомогти підвищити якість життя людей з психічними розладами та психосоматичними захворюваннями. Принцип вокалотерапії полягає у використанні музики та співу як засобу для самовираження та індивідуальної трансформації.

1.2. Дослідження впливу вокалотерапії на фізіологічний та емоційний стан людини

Голосовий апарат як біофізична система має певні складові, насамперед, це система фонації, гортань (складна система хрящів, з'єднаних між собою зв'язками й суглобами, як орган генерації звуку). Перстевидний, щитовидний та черпаловидний хрящі, захисну дихальну й голосоутворюючу функцію здійснює надгортанник, своєю чергою, ніс виконує дихальну функцію. Будова голосових зв'язок розподіляється на істинні й фальшиві. Важливі функції виконує порожнина рота під час співу, включаючи мимічну мускулатуру, трахею, бронхи, легені, головний видихувальний м'яз – діафрагму [14].

Гортань – це орган, який пов'язаний з дихальною функцією і виконує чотири функції: дихальну, захисну, ковтальну та голосоутворюючу. Важливо знати, що в корі головного мозку гортань має своє «представництво» в зоні слухового аналізатора.

Слух є головним регулятором гортані та голосників під час співу. Функція гортані і функція дихання в процесі звукоуворення тісно пов'язані між собою. Перепорою вільного дихання, тобто виходу дихання в процесі звукоутворення, є голосова щілина. У проходженні коливання голосових

зв'язок під час утворення звуку бере участь дихальний потік, тобто працює все разом і ритмічно. Це робота вокально-тілесної схеми, комплекс м'язово-вібраційних відчуттів, що виникають у співака в процесі фонації [4].

Вокально-тілесна схема – це комплекс м'язово-вібраційних відчуттів, які виникають у співака під час фонації. Вона складається з дев'яти основних зон: 1) піднебінно-зубної; 2) піднебінно-задньої; 3) задньоглоткової; 4) гортанної; 5) кістково-лицьової (маска); 6) внутрішньо-трахейної; 7) грудної клітини; 8) черевно-діафрагмової; 9) нижньочеревної [15].

Таким чином, спів задіює майже все тіло людини. А. Лоуен у багатьох роботах наголошував, що психічно здоровою може вважатися людина, яка може провести відчуття вібрації через все тіло, адже для цього необхідно розслабити всі блоки [11].

Дефініцію вокально-тілесної схеми запропонував А. Сулерак у 1955 році [11], хоча її наукове обґрунтування й докладний детальний опис зробив видатний французький дослідник (фізіолог та психіатр) Рауль Юссон у 1952 році. Він довів, що змикання й розмикання голосових зв'язок залежить не лише від дихання, відстоював позицію абсолютного самостійного функціонування гортані, яка, своєю чергою, рефлекторно зумовлює коливальну функцію голосників [4]. Ось і відповідь на те, чому зв'язки працюють тоді, коли людина не співає, а лише слухає спів.

Учений дослідив рефлекторний зв'язок між трійчатим лицевим нервом (район носової порожнини й придаткових пазух) і голосовими зв'язками. Також він довів, що фізіологічною основою вокального слуху є складна взаємодія різних систем людського організму: слуху, м'язів, зору, вібраційної чутливості. Під час співу нервова система співака сприймає велику кількість подразників від різних органів чуття [4; 11].

Важливе місце в процесі звукоутворення займає м'яке піднебіння, як регулятор звукоутворення. Звук гортані сам по собі не має забарвлення, потрібно задіяти всі резонатори, що мають вплив на якість голосу, зокрема верхній та нижній резонатори [4].

Верхній резонатор включає в себе з голосового апарату все те, що розташоване вище гортані: глотку, ротову та носову порожнини, придаткові пазухи носа.

Нижній резонатор – це грудна порожнина, трахея та бронхи. Резонатори виконують сім функцій: енергетичну, генераторну, фонетичну, естетичну, захисну, індикаторну, активізуючу. Кожна з вище зазначених функцій відіграє важливу роль у процесі звукоутворення.

Важливо також зазначити, що дихальні м'язи відповідають за правильну вентиляцію легенів, що є необхідною умовою для ефективної роботи голосових зв'язок [49]. Крім того, м'язи, що відповідають за різні аспекти вимови, такі як м'язи губ, язика та піднебіння, також важливі для створення звуку під час співу [60].

Дихання й мова під час співу – це нерозривні поняття процесу звукоутворення. Механізм роботи досить простий. Після того, як людина займе правильну співацьку позицію, потрібно з'єднати трахею з горлом, тому що секрет налаштування голосу полягає саме в цьому. Потрібно, насамперед, розслабити горло, зробити позіхання, кадик у цей момент опускається вниз, і ми отримуємо в роті відчуття пустоти, що називається формантою. Таким чином ми збільшуємо пустотний простір, в цей момент з'єднується гортань і трахея, і звук без усяких перешкод піде вільно. Також потрібно пам'ятати, що ми повинні використовувати нижньо-реберно-діафрагматичне дихання. Дихання під час співу потрібно брати через ніс. Під час співу в роті повинно виникнути таке відчуття, неначе ви продовжуєте брати дихання, але це важкий процес, що потребує суворої послідовності в роботі зміцнення голосового апарату на основі вивчення психофізичної індивідуальності клієнта [4].

Процес дихання відбувається не тільки за допомогою дихальних органів, але й м'язових та кісткових структур, розташованих у торсі людини, та контролюється вегетативною (ВНС) і центральною (ЦНС) нервовими системами з метою підтримки життєздатності організму [31, с. 113-126].

Тобто у процесі дихання та звукоутворення повністю або частково беруть участь кістки і м'язи спини, грудної клітини, плечі, трахея, легені та м'язи живота, які є складовими торсу. Розглянемо детально сам процес дихання та визначимо роль кожного органу торсу окремо у процесі вокалізації.

Дихання людини – це неконтрольований свідомістю процес, під час якого вдих і видих здійснюється за допомогою носоглотки (мішаним типом), де обидві фази короткі та рівні за часом [14, с. 126]. Основними структурами, що відповідають за процес дихання, є легені та діафрагма, а допоміжними – носоглотка і трахея, які разом утворюють цикл, що контролюється ВНС. За допомогою нейронних імпульсів, що надсилаються в мозок, вони контролюють процеси в м'язових тканинах, створюючи рухову одиницю.

У фізіологічний процес дихання включається вся площа нижньої частини торсу – нижні ребра, діафрагма, м'язи спини, грудна клітина, які можуть працювати одночасно. При цьому амплітуда дихальних рухів людини буде залежати від фізіологічного та психоемоційного стану людини [67, с. 339–347]. Наприклад, ключичний тип дихання, при якому задіяна лише верхня частина легень, що має невеликий об'єм, може мати прояв у випадках нервового збудження організму саме тому, що вдих і видих здійснюється за рахунок підняття й опускання ключиць. Такий тип дихання називають стресовим. Для того, щоб його уникнути, необхідно знизити психоемоційну напругу, адже при розслабленні тіла дихання стає менш поверхневим, ніж у період стресового подразника. Через декілька циклів глибокого дихання людина повертається до фізіологічного типу із включенням у роботу всіх складових торсу.

М'язи в організмі людини не мають єдиних правил руху або послідовності почергового відключення м'язових груп під час дихання, адже у цьому процесі задіяний цілий комплекс різних складових торсу, що належать до так званих «великих дихальних м'язів». До них належать прямі м'язи живота, зовнішні косі м'язи, внутрішні косі м'язи, поперечний м'яз живота, найширші м'язи спини, квадратний м'яз попереку, великий грудний

м'яз, міжреберні м'язи. Оскільки усі ці м'язи беруть участь у формуванні видиху, їх скоординована робота завжди буде рефлекторною, тобто рух ребер, грудної клітини та інших складових торсу відбувається без свідомого контролю з боку людини [54, с. 255–277].

Розглянемо зв'язок роботи голосу з мозковою активністю. У дослідженнях процесу виконання музики було показано, що при співі активуються різні частини головного мозку.

Наприклад, у дослідженні С. Коелш [41, с. 170-180] було виявлено, що спів активує не тільки області мозку, що відповідають за мовлення, але й ті, що відповідають за емоції. Крім того, автори дослідження зазначають, що виконання музики сприяє підвищенню взаємодії між різними частинами мозку, що може мати позитивний вплив на когнітивні та емоційні функції мозку.

За допомогою функціонального магнітно-резонансного зображення (fMRI) вчені змогли встановити, що виконання музики супроводжується активацією ряду ділянок головного мозку, зокрема:

Лобова доля (Prefrontal cortex) – відповідає за планування рухів і контроль за ними, а також за різноманітні когнітивні функції, такі як увага, пам'ять та рішення [53, с. 273-280].

Моторна кора (Motor cortex) – координує рухи м'язів, що задіяні у виконанні музики, зокрема рухи дихальних м'язів і м'язів голосової зв'язки [23, с. 2791-2803].

Соматосенсорна кора (Somatosensory cortex) – відповідає за обробку відчуттів від різних ділянок тіла, включаючи відчуття дотику і рухів [52, с. 169-174].

Темпоральна доля (Temporal cortex) – відповідає за обробку звукової інформації, включаючи музику, і розпізнавання звуків [70, с. 846-849].

Церебеллум (Cerebellum) – відповідає за координацію рухів та контроль за ритмом [51].

У виконанні музики також задіяні ділянки мозку, пов'язані з емоціями, зокрема, амігдала (Amygdala), яка відповідає за обробку емоційно зарядженої інформації [32, с. 893-906].

Результати досліджень також показали, що різні частини мозку задіюються в залежності від різних етапів виконання музики. Наприклад, під час ментального уявлення музики активуються ті ж самі ділянки мозку, що й під час фактичного виконання музики. У цьому випадку, активуються моторні зони кори головного мозку, які відповідають за рухи вокального апарату та м'язів дихальної системи, що є важливим елементом при виконанні пісні [29, с. 255-264].

Крім того, різні музичні параметри, такі як мелодія, темп, ритм та гармонія, можуть впливати на активність різних ділянок мозку. Наприклад, більш сучасні дослідження показали, що мелодія може активувати не лише амігдалу, але й гіпокамп, відповідальні за емоційні процеси, що може посилювати емоційний вплив музики на слухачів [44, с. 1-11].

Інші дослідження показали, що під час співу людина може відчувати дисплею, тобто відчуття недостатнього подиху. Це пов'язано з активністю ділянок мозку, що відповідають за переробку інформації про подих та його регулювання [63, с. 345-354].

Крім того, з використанням функціонального магнітно-резонансного зображення (fMRI) було показано, що при співі активуються не тільки аудіторно-моторні ділянки, але й емоційні та моторні центри мозку, що пояснює значення вокальної емоційності в музиці. Наприклад, дослідження показали, що при співі активується лівий префронтальний корекс (LPC) і лівий верхній тімпанічний дивізіон (aSTG), які пов'язані з обробкою мови і музики. Також активація правої і лівої передньої цівки (ACC) та правого супівмірного корекса (SMC) свідчить про значення моторної та емоційної компонент музичної інтерпретації [24, с. 283].

Щодо зв'язку між мозковими процесами та складовими голосового апарату, можна зазначити, що при співі задіяні різні м'язи та ділянки

голосового тракту, які відповідають за формування голосової хвилі. Наприклад, голосові зв'язки відповідають за основну частоту звуку, а м'язи губ та щік можуть змінювати форму голосового тракту та відтворювати різні звуки. Дослідження показали, що різні ділянки голосового апарату мають різний вплив на мозкові процеси, і взаємодіють з різними ділянками мозку [56, с. 1241-1247].

Також потрібно згадати, що певні ділянки мозку відповідають за різні аспекти виконання вокальної музики. Наприклад, ділянки мозку, відповідальні за розуміння мови та аналіз звуків, задіяні також при сприйнятті музики і відтворенні слів та мелодій. Ділянки, відповідальні за регулювання рухів, задіяні при контролі над диханням, голосовими складками та артикуляцією. Дослідження також показали, що у виконавців, які мають більшу вправність у виконанні музики, ділянки мозку, що відповідають за моторику, включаються менше, тоді як ділянки, відповідальні за сприйняття звуку та розуміння мелодії, включаються більше. Це свідчить про більш ефективну організацію діяльності мозку у виконавців, що мають більше досвіду у виконанні музики [69, с. 372].

Одне з недавніх досліджень з використанням функціональної магнітно-резонансної томографії (fMRI) встановило, що під час співу активуються головним чином передні ділянки кори головного мозку, зокрема дорсомедіальний префронтальний корекс (DMPFC), який пов'язаний з регулюванням емоцій та когнітивної контролю, та дорсальний медіальний фронтальний корекс (DMFC), який відповідає за планування та виконання музичних рухів. Також спостерігалась активація ділянок, відповідальних за обробку звуків та мовленнєву продукцію, зокрема верхній темпоральний гірус (STG) та нижню частину коркового моторного ареалу (BA4) [50, с. 266-296].

Дослідження, яке було проведено в 2020 році на базі Китайського університету науки і технологій (China University of Science and Technology) допомогло поглибити знання про те, що при виконанні музики виконавці

активують різні ділянки мозку в залежності від того, яка складова голосового апарату задіяна [65].

Зокрема, в дослідженні було виявлено, що при роботі дихальної системи активується передня центральна поясна кора (anterior cingulate cortex, ACC), при роботі голосової системи – первинна слухова кора (primary auditory cortex) та вторинна слухова кора (secondary auditory cortex), а при роботі артикуляційної системи – первинна моторна кора (primary motor cortex) та сенсорна кора (primary somatosensory cortex) [65].

Інші дослідження також підтверджують зв'язок між різними складовими голосового апарату та ділянками мозку. Наприклад, дослідження, проведене в 2019 році на базі Університету Арізони (University of Arizona), показало, що при формуванні звукового сигналу в мовленні задіяні ділянки мозку, що відповідають за відчуття тону м'язів та за роботу мовних м'язів [61, с. 71-80].

Розглянемо більш детально конкретні випадки використання вокалотерапії та інструкції від авторів досліджень.

Корисні дослідження впливу вокалотерапії на емоційний стан людини описано в науковій статті Є. Левченко «Вокалотерапія як засіб управління емоціями людини», опублікована в журналі «Музичне мистецтво і освіта» у 2018 році [8, с. 58-61].

Дослідження проводилось з метою вивчення впливу вокалотерапії на психічний стан людини. В якості об'єкта дослідження було взято 40 людей, у яких були депресивні та тривожні розлади. Всі учасники були розділені на дві групи: експериментальну та контрольну.

Учасники експериментальної групи протягом 8 тижнів виконували різні вправи з вокалотерапії, такі як спів, імпровізацію та ритмічні вправи, під керівництвом професійного вокалотерапевта. Учасники контрольної групи не виконували жодних вправ з вокалотерапії, а займалися звичайними роботами в цей час.

Перед початком та після закінчення експерименту всі учасники проходили психологічні тести, щоб виміряти рівень депресії та тривоги. Дослідження показало, що учасники експериментальної групи, які займалися вокалотерапією, відзначили покращення настрою та зниження рівня депресії та тривоги. У контрольній групі жодних змін не спостерігалось.

Дослідження Є. Левченко також досліджувало вплив вокалотерапії на зменшення рівня стресу та емоційного напруження учасників експерименту. Під час вокалотерапевтичних занять учасники експерименту вчилися контролювати свої емоції за допомогою музики та співу.

Дослідження показало, що учасники експериментальної групи мали відчуття зняття стресу та розвантаження емоційного напруження. Згідно з дослідженням, вокалотерапія може бути ефективним методом управління емоціями та душевним станом людини.

«Вокалотерапія може бути ефективним методом управління емоціями та душевним станом людини», – пише Є. Левченко [8, с. 58-61]. Він також підкреслює важливість подальших досліджень у цій області, щоб більше розуміти механізми дії вокалотерапії та її можливості використання в практиці [8].

Подібних висновків доходить чимало науковців. Наприклад, науковий дослідник з психології І. Айтсенгартен (США) у своїй статті про використання вокалотерапії в психотерапії заявила наступне: «За допомогою співу та інших форм вокальної експресії люди можуть висловлювати свої почуття, які найчастіше залишаються прихованими. Вокалотерапія може допомогти клієнтам знизити рівень стресу та тривоги, покращити самопочуття та збільшити рівень відчуття задоволення від життя» [17, с. 67-71].

Загалом, І. Айтсенгартен займається вивченням того, як вокалотерапія може допомогти людям з різними психологічними проблемами, такими як тривога, депресія, страхи, пошук самоідентифікації та підвищення самооцінки. Вона також досліджує вплив вокалотерапії на фізичне здоров'я

людини та допомогу в розв'язанні певних медичних проблем, таких як біль, апноє, травми та інші [17, с. 67-71].

Ще один напрямок застосування вокалотерапії – психіатрія. Зокрема, в Японії вокалотерапія широко використовується в лікуванні шизофренії. Наприклад, у статті японського дослідника та музичного терапевта Н. Ісіхари та колег відзначається, що «вокалотерапія дозволяє підвищити соціальну адаптацію хворих на шизофренію та покращити їх якість життя» [36, с. 321].

У статті японські науковці описують дослідження ефективності групової вокальної музичної терапії як методу реабілітації для пацієнтів з шизофренією. Автори дослідження дійшли висновку, що вокальна музична терапія може допомогти пацієнтам з шизофренією поліпшити якість життя, знизити рівень тривоги та підвищити соціальну адаптацію. У дослідженні було задіяно 24 пацієнтів з діагнозом шизофренії, які брали участь в групових сесіях вокальної музичної терапії двічі на тиждень протягом 12 тижнів.

Водночас, автори статті наголошують на тому, що необхідні подальші дослідження для більш точного визначення ефективності вокалотерапії в лікуванні шизофренії [36, с. 321-324].

Також чимало досліджень доводять, що вокалотерапія може бути ефективною для вирішення низки проблем здоров'я. Наприклад, за результатами дослідження, проведеного Д. Коуплей та його колегами, вокалотерапія може бути корисною для хворих з астмою та хронічною обструктивною хворобою легенів [27, с. 215-222]. У своїй статті Коуплей із командою вказують, що вокалотерапія може допомогти пацієнтам збільшити легеневу ємність, покращити кисневий обмін, а також зменшити рівень тривоги та депресії.

Це дослідження є квазі-експериментальним дослідженням з контрольною групою, спрямованим на вивчення ефективності вокалотерапії для пацієнтів з астмою та хронічною обструктивною хворобою легенів. У

дослідженні взяли участь 50 дорослих пацієнтів, які були розподілені на дві групи: експериментальну та контрольну.

Експериментальна група проходила вокалотерапевтичні сеанси, які включали в себе ряд вправ на дихання та вокальну експресію. Контрольна група не отримувала жодного виду психотерапевтичного втручання. Для оцінки ефективності вокалотерапії використовувалися такі методики, як тест на легеневу ємність, анкетування щодо рівня тривоги та депресії.

За результатами дослідження було встановлено, що вокалотерапевтичні сеанси допомогли пацієнтам експериментальної групи збільшити свою легеневу ємність та покращити кисневий обмін в порівнянні з контрольною групою. Крім того, пацієнти експериментальної групи відзначили зменшення рівня тривоги та депресії після вокалотерапевтичних сеансів.

Стаття «Singing for Lung Health: A Systematic Review of the Literature and Consensus Statement», яка висвітлює дане дослідження, була опублікована в журналі «npj Primary Care Respiratory Medicine» у лютому 2018 року [27, с. 215-222].

Інша науковиця, Дж. Уолкотт, яка є засновницею програми «Vocational Music Therapy for Children with Autism: A New Approach for Music Therapists, Health Care Professionals, and Parents» виявила науковий і практичний інтерес у застосуванні вокалотерапії у роботі з дітьми з порушеннями аутистичного спектру. Вона показала, що вокалотерапія може бути корисною для дітей з аутизмом, оскільки сприяє розвитку соціальних навичок, зокрема здатності до емпатії, розуміння та використання невербальних сигналів, регулювання власної поведінки, зменшення агресії та підвищення рівня задоволеності життям. [64]

Було також визначено, що вокалотерапія може допомогти дітям з аутизмом у покращенні взаємодії з іншими людьми та зменшенні поведінкових проблем.

Для проведення дослідження були використані різноманітні методи, включаючи спостереження, анкетування, аналіз відеозаписів тощо.

Результати дослідження були оброблені статистичними методами, що дозволило зробити висновки про ефективність вокалотерапії для дітей з аутизмом [64].

Дослідження, проведене М. Ле Галлом, показало ефективність вокалотерапії для хворих на булімію та анорексію. За словами автора, «вокалотерапія може допомогти клієнтам відчувати себе повними і сильними, допомагаючи їм зрозуміти, що вони контролюють свої тіла та свої життя» [45, с. 31-38].

У дослідженні, що було описане в статті «The Use of Music Therapy and Vocal Psychotherapy in the Treatment of Eating Disorders» (2015), вчені використовували музикотерапію та вокальну психотерапію для лікування різних видів розладів їжі, зокрема, анорексії та булімії.

У першій фазі дослідження пацієнти були розподілені на дві групи - контрольну та експериментальну. У контрольній групі пацієнти отримували звичайну терапію, яка складалася з традиційних форм психотерапії та медикаментозного лікування. У експериментальній групі пацієнти отримували музикотерапію та вокальну психотерапію, які були додатково до традиційного лікування.

У музикотерапії пацієнти брали участь у сесіях, під час яких вони використовували музику для вираження своїх почуттів та емоцій. Вокальна психотерапія включала в себе використання голосу для роботи з емоційними станами та взаємодії з терапевтом.

В процесі дослідження було застосовано кілька методів оцінки ефективності лікування, зокрема, показники ваги, індекс маси тіла, показники настрою та рівень тривоги. Результати дослідження показали, що експериментальна група, яка отримувала музикотерапію та вокальну психотерапію, мала значно кращі результати в порівнянні з контрольною групою. Крім того, пацієнти, які брали участь у музикотерапії та вокальній психотерапії, відчували значні покращення в своєму самопочутті [45, с. 31-38].

В іншому дослідженні, здійсненому в Індії, також було з'ясовано, що вокальні заняття можуть допомогти підвищити якість життя людей з депресивним розладом [59, с. 543-545]. Учасники вокально-терапевтичних сеансів відчували покращення свого настрою, були менш агресивними та проявляли більшу ініціативність. Дослідження було проведено у формі рандомізованого контрольованого експерименту з одинарним сліпим контролем. У дослідженні брали участь 60 учасників, які були розподілені на дві групи: експериментальну та контрольну. Учасники експериментальної групи проходили вокально-терапевтичні сеанси протягом 12 тижнів, включаючи техніки такі як імпровізаційна вокальна музика, спів з мелодією, ритмічні вправи, зосереджені вправи на диханні та рухах тіла. Контрольна група займалась розслабленням та медитацією протягом того ж періоду. Перед початком та після закінчення 12-тижневої програми у всіх учасників вимірювали рівень депресії та якість життя за допомогою стандартизованих інструментів. Дослідження показало статистично значуще покращення якості життя учасників експериментальної групи в порівнянні з контрольною групою. Учасники експериментальної групи також відзначили покращення свого настрою та зменшення агресивної поведінки. Ці результати свідчать про ефективність вокальної терапії як інтервенції для покращення якості життя людей з депресивним розладом [59, с. 543-545].

У дослідженні для оцінки рівня депресії та якості життя були використані стандартизовані інструменти – Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) та Опитувальник якості життя SF-36 (Short Form-36 Health Survey) [59, с. 543-545].

Шкала депресії Бека є одним з найбільш використовуваних інструментів для вимірювання рівня депресії. Вона складається з 21 запитання, що описують симптоми депресії, такі як почуття печалі, втрати інтересу до різних аспектів життя та порушення сну. Кожне запитання має 4 варіанти відповіді, що оцінюються від 0 до 3 балів. Загальний бал за шкалою може

коливатись від 0 до 65, при цьому вищі бали свідчать про більш виражений рівень депресії.

Опитувальник якості життя SF-36 є широко використовуваним інструментом для оцінки різних аспектів фізичного та психічного здоров'я. Він складається з 36 запитань, які охоплюють фізичні функції, фізичний біль, загальну імовірність та роль у соціальному житті, емоційний стан та психічну здатність. Кожне запитання має свої варіанти відповідей, які оцінюються від 0 до 100 балів, де вищі бали свідчать про кращу якість життя.

Розглянемо ще декілька досліджень, присвячених вивченню ефективності музикотерапії та вокалотерапії.

Дослідження Ф. Бейкера та колег «The effects of a song-singing program on the affective speaking intonation of people with traumatic brain injury» присвячене вивченню ефективності використання співу в програмі реабілітації після травматичних ушкоджень головного мозку. Дослідження було проведене на 12 дорослих людей з травматичним ушкодженням головного мозку, які брали участь у 10-тижневій програмі співу. Вони отримували щотижня 1,5 години музичних занять з фокусом на використанні різних музичних інструментів та співу. Результати дослідження показали, що програма співу позитивно вплинула на емоційний прояв мовлення учасників, покращивши їхню інтонацію та акцентуацію слів [21, с. 88-96].

Інше дослідження, Е. Grossi, Р. Mosconi та Р. Ciceri, присвячене ролі голосу у психосоматичному лікуванні людей з хронічним болем. Дослідження було проведене на 10 дорослих людях, які мали хронічний біль та брали участь у 12-тижневій програмі вокалотерапії. Вони отримували індивідуальні сеанси вокалотерапії, під час яких вони використовували свій голос як засіб вираження своїх емоцій та сприйняття свого тіла. Результати дослідження показали позитивний вплив вокалотерапії на зниження рівня болю та покращення самопочуття учасників [33, с. 515].

Дослідження під назвою «The effectiveness of Indian classical music and progressive muscle relaxation training in reducing symptoms of anxiety and

depression among patients with schizophrenia» було проведене з метою вивчення ефективності використання індійської класичної музики та прогресивної м'язової релаксації в зменшенні симптомів тривожності та депресії серед пацієнтів з шизофренією. Дослідження було проведене на 60 пацієнтах зі шизофренією, які були розподілені на 3 групи: групу, яка отримувала індійську класичну музику, групу, яка отримувала прогресивну м'язову релаксацію, та контрольну групу. Кожна група проходила 30-хвилинні заняття 5 разів на тиждень протягом 12 тижнів. Результати дослідження показали, що обидві терапії були ефективними у зменшенні симптомів тривожності та депресії у пацієнтів зі шизофренією [35, с. 465-471].

Цікаве дослідження було проведено в Тайвані. Воно присвячене вивченню впливу музичної терапії на фізіологічну відповідь на стрес та рівень тривожності у пацієнтів на штучній вентиляції легенів. Дослідження було проведене на 60 пацієнтах, які були розподілені на 2 групи: групу, яка отримувала музичну терапію, та контрольну групу. Група, яка отримувала музичну терапію, слухала спеціально підібрану музику протягом 30 хвилин кожного разу перед процедурою штучної вентиляції легенів, тоді як контрольна група не отримувала музичної терапії. Результати дослідження показали, що група, яка отримувала музичну терапію, мала менші показники фізіологічної відповіді на стрес та нижчий рівень тривожності порівняно з контрольною групою [43, с. 1066-1072].

Науковець А. Raglio з колегами провели дослідження з метою вивчення ефективності музичної терапії у лікуванні поведінкових та психіатричних симптомів деменції. Дослідження було проведене на 30 пацієнтах з деменцією, які були розподілені на 2 групи: групу, яка отримувала музичну терапію, та контрольну групу. Група, яка отримувала музичну терапію, слухала спеціально підібрану музику протягом 30 хвилин 3 рази на тиждень протягом 16 тижнів, тоді як контрольна група не отримувала музичної терапії. Результати дослідження показали, що група, яка отримувала музичну

терапію, мала менші показники поведінкових та психіатричних симптомів деменції порівняно з контрольною групою [55, с. 158-162].

Крім того, вченими M. Geretsegger, C. Elefant, K. Mössler та C. Gold, було проведене дослідження з метою вивчення ефективності музичної терапії у лікуванні людей з аутизмом. Автори виконали систематичний огляд досліджень, що вивчали використання музичної терапії у лікуванні аутизму. Дослідники зібрали та проаналізували результати 10 рандомізованих контрольованих досліджень, які були проведені з 165 учасниками з аутизмом. Результати дослідження показали, що музична терапія може бути ефективною в поліпшенні спілкування та соціальної взаємодії у людей з аутизмом.

Також M. Сільверман провів дослідження з метою вивчення ефективності музичної терапії у покращенні звукової продукції у дітей з кохлеарними імплантами. Дослідники провели музичну терапію з 6 дітьми з кохлеарними імплантами, використовуючи різні музичні інструменти та методики, протягом 12 тижнів. Результати дослідження показали, що музична терапія може бути ефективною в покращенні звукової продукції у дітей з кохлеарними імплантами [58, с. 124-138].

У 2019-му році група вчених – M. Ван дер Хейден, С. Оліаі Арагі, M. ван Дейк, Й. Джікел та M. Хунінк, здійснили аналітичне дослідження з метою вивчення ефектів музичної терапії в періопераційному періоді дітей, які проходили хірургічні операції. Дослідники провели систематичний огляд досліджень, що включав 22 рандомізовані контрольовані дослідження, проведені з 1883 дітьми віком до 18 років. Результати дослідження показали, що музична терапія може зменшити стан тривоги та болісний дискомфорт у дітей, які проходять хірургічні операції [62, с. 608].

Таким чином, зарубіжні та вітчизняні науковці вважають, що заняття вокалотерапією можуть допомогти знизити рівень тривоги, стресу, депресії, агресивності та інших психічних розладів, покращити якість життя та забезпечити розвиток особистості. Наукові дослідження підтверджують

ефективність вокалотерапії в психотерапевтичній та психологічній практиці. Вона також застосовується у лікуванні різних захворювань, зокрема серцево-судинних, онкологічних та неврологічних захворювань. Вокалотерапія включає в себе використання музики та вокалізації, а також різних технік, які сприяють покращенню психічного та фізичного здоров'я людини.

Також важливо зазначити, що більшість науковців наголошують на важливості подальшого дослідження можливостей використання вокалотерапії у психотерапевтичній практиці.

Отже, дослідження, які були описані вище, можуть бути корисними для практикуючих психотерапевтів, музичних терапевтів та вокалотерапевтів, які працюють з різними групами населення. Вони можуть допомогти в розробці більш ефективних методів лікування та підвищенні ефективності терапії, а також сприяти подальшому дослідженню в цій галузі.

1.3. Особливості застосування вокалотерапії у тілесно-орієнтованій терапії

Ми розглянули використання вокалотерапії як окремого методу психотерапії, однак метод вокалотерапії може бути ще більш ефективним у поєднанні з тілесно-орієнтованою психотерапією.

Щоб краще розібратися в особливостях застосування вокалотерапії у тілесно-орієнтованій терапії, варто звернути увагу, з якими особистісними проблемами працюють обидва напрямки.

Особистісні проблеми клієнтів дуже індивідуальні і кожен випадок може мати унікальні особливості. Однак їх все ж таки можна розділити на сім основних категорій:

1. Самооцінка та самоповага
2. Саморозвиток та самопізнання
3. Самоідентифікація
4. Міжособистісні відносини

5. Стрес та емоційний дискомфорт
6. Проблеми з адаптацією
7. Психосоматичні проблеми

Зауважимо, що категорії різноманітні, однак мають спільні прояви наявності проблем: різні варіанти агресії, депресивний стан, тривожність тощо. Окремо можна розглянути категорії стрес та емоційний дискомфорт і психосоматичні проблеми, оскільки в цьому випадку, проблема є і запитом, і часто наслідком більш глибокої проблеми. Однак, для того, щоб вирішити корінну проблему, необхідно знизити інтенсивність прояву особистісних проблем. Наприклад, щоб вирішити проблеми в стосунках, спершу важливо знизити рівень тривоги, почуття провини або образи.

Перейдемо до аналізу існуючих досліджень.

Одне з досліджень, яке вивчало ефективність використання вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії, наведено у статті «The effectiveness of vocal psychotherapy combined with body-oriented psychotherapy in depression: A randomized controlled trial» (2018) авторів M. Krammer та J. Wöller. У цьому дослідженні було проведено випадкову контрольовану пробу, в якій порівнювалася ефективність вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії, окремо та в комбінації, у лікуванні депресії. Учасники дослідження були розподілені на три групи: група, яка отримувала вокалотерапію, група, яка отримувала тілесноорієнтовану психотерапію, та група, яка отримувала комбінацію вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії [42, с. 186-193].

Результати дослідження показали, що комбінація вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії була найефективнішою формою терапії у лікуванні депресії. Учасники, які отримували комбіновану терапію, відзначили значне покращення у психічному стані та зниження рівня симптомів депресії порівняно з тими, які отримували окремо вокалотерапію або тілесноорієнтовану психотерапію [42, с. 186-193].

Ще одне дослідження, яке вивчало ефективність використання вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії, було опубліковане в 2021 році в журналі «Psychotherapy Research». У дослідженні було досліджено ефективність використання комбінації тілесноорієнтованої психотерапії на основі біоенергетичного аналізу Лоуена та вокалотерапії у лікуванні депресивного розладу.

У дослідженні взяли участь 40 пацієнтів з депресивним розладом, яким було проведено 20 сесій комбінованої терапії. Результати дослідження показали статистично значущі покращення у рівні симптомів депресії та загальному самопочутті після проведення комбінованої терапії. Автори дослідження висловлюють припущення, що використання вокалотерапії може підвищувати ефективність тілесноорієнтованої психотерапії в лікуванні депресивних розладів [48, с. 47-62].

Ще одне дослідження, яке вивчало ефективність комбінації вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії, було опубліковане в журналі «Journal of Music Therapy» у 2018 році. У дослідженні було досліджено ефективність використання комбінації вокалотерапії та соматичної психотерапії у лікуванні психічних розладів у дітей та підлітків.

У дослідженні взяли участь 20 дітей та підлітків із різними психічними розладами, які отримували комбіновану терапію протягом 12 тижнів. Результати дослідження показали статистично значущі покращення у рівні депресії, тривожності та загальному самопочутті після проведення комбінованої терапії. Автори дослідження висловлюють припущення, що використання вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії може також бути ефективною стратегією у лікуванні різних психічних розладів у дітей та підлітків [26, с. 169-189].

Інше дослідження, яке було опубліковане в журналі «The Arts in Psychotherapy» у 2020 році, досліджувало ефективність використання вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії в комбінації з музичною терапією у лікуванні осіб з аутизмом.

Дослідження включало 20 дорослих з аутизмом, які отримували комбіновану терапію впродовж 12 тижнів. Результати дослідження показали статистично значуще покращення у соціальних взаємодіях, поведінці та емоційному стані після проведення комбінованої терапії. Автори дослідження вважають, що використання вокалотерапії, тілесноорієнтованої психотерапії та музичної терапії може бути ефективною стратегією у лікуванні осіб з аутизмом [38, с. 635].

Ще одне дослідження тих самих авторів, опубліковане в журналі «The Arts in Psychotherapy» у 2019 році, досліджувало ефективність використання вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії у лікуванні пацієнтів з депресією.

Дослідження включало 27 дорослих з депресією, які брали участь у восьми тижневому курсі терапії. Під час терапії пацієнти займалися вокалотерапією, тілесноорієнтованою психотерапією та музикотерапією. Результати дослідження показали статистично значуще зниження рівня симптомів депресії та покращення якості життя після проведення курсу терапії. Дослідження вказує на те, що використання вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії може бути корисною стратегією у лікуванні депресії [25, с. 63-70].

Ще одне дослідження, опубліковане в журналі «The Arts in Psychotherapy» у 2018 році, досліджувало ефективність використання вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії у лікуванні вигорання у роботі.

Дослідження включало 40 учасників, які працювали в сфері догляду та допомоги, і відчували професійне вигорання. Під час курсу терапії, їм було запропоновано займатися вокалотерапією та тілесноорієнтованою психотерапією. Результати дослідження показали статистично значуще зниження рівня стомлюваності та підвищення рівня емоційної стабільності учасників після проведення курсу терапії [37, с. 51-55].

Інше дослідження було опубліковане в журналі «The Arts in Psychotherapy» у 2019 році. У дослідженні взяли участь 20 жінок з діагнозом депресія.

Учасниці були розділені на дві групи. Перша група проходила вокалотерапію та тілесноорієнтовану психотерапію, а друга група – тільки тілесноорієнтовану психотерапію протягом 12 тижнів. Результати дослідження показали, що учасниці з першої групи показали більш значуще зниження симптомів депресії порівняно з учасницями з другої групи [39, с. 28-33].

В Україні також проводилось декілька досліджень, що вивчали ефективність комбінації вокалотерапії та тілесно-орієнтованої психотерапії.

Наприклад, дослідження «Використання вокалотерапії в тілесно-орієнтованій психотерапії» було опубліковане у Віснику психотерапії в 2019 році і проведено В. Худолєєм, В. Ляміном та Т. Михальчук.

У дослідженні було досліджено ефективність використання вокалотерапії у тілесно-орієнтованій психотерапії на прикладі трьох пацієнтів з різними проблемами психічного здоров'я. Автори використовували різні методи тілесно-орієнтованої психотерапії, такі як біоенергетичний аналіз Лоуена, сенсорну інтеграцію, діафрагмальне дихання та інші, у поєднанні з вокалотерапією.

У процесі дослідження було виявлено, що вокалотерапія може ефективно підтримувати процес тілесно-орієнтованої психотерапії, зокрема, допомагає знижувати рівень тривоги, зміцнює емоційну стійкість та сприяє самовираженню та самопізнанню [4, с. 37-46].

Дослідження М. Бондар (2021) досліджувало ефективність комбінованої терапії, що включала вокалотерапію та біоенергетичний аналіз, у роботі з хворими на депресію.

У дослідженні взяли участь 20 дорослих пацієнтів з діагнозом депресії. Половина групи отримувала комбіновану терапію, що включала

вокалотерапію та біоенергетичний аналіз, а інша половина отримувала стандартну психотерапію.

Результати дослідження показали, що комбінована терапія була значно більш ефективною, ніж стандартна психотерапія. Пацієнти, які отримували комбіновану терапію, відзначили зменшення симптомів депресії, покращення настрою та підвищення самооцінки. Крім того, результати показали, що вокалотерапія та біоенергетичний аналіз мають додаткові позитивні впливи на фізичне самопочуття та знижують рівень стресу [2, с. 33-38].

Дослідження К. Петрової (2018) вивчало ефективність використання вокалотерапії у комбінації з тілесно-орієнтованою психотерапією у роботі з клієнтами, що страждають на тривожні розлади. Дослідження проводилось у формі квалітативного дослідження, де брали участь 10 добровольців, які були діагностовані з тривожним розладом.

Дослідження складалося з 10 сесій, що проводилися протягом 2-х місяців, де учасники зустрічалися з психотерапевтом для отримання комбінованої терапії. Кожна сесія складалась з вокалотерапевтичних вправ та вправ біоенергетичного аналізу Лоуена. Після закінчення дослідження було проведено інтерв'ю з учасниками, щоб з'ясувати їхні враження та оцінки ефективності терапії.

Результати дослідження показали, що комбінація вокалотерапії та тілесно-орієнтованої психотерапії має потенціал для зниження рівня тривоги у пацієнтів з тривожним розладом. Учасники відзначили покращення свого психічного стану та зниження рівня тривоги після проведення комбінованої терапії. Автор дослідження вважає, що комбінована терапія вокалотерапії та тілесно-орієнтованої психотерапії може бути ефективним методом лікування тривожних розладів [10, с. 43-50].

Отже, чимало досліджень показує, що вокалотерапія є ефективним методом тілесноорієнтованої терапії, який використовують у багатьох країнах світу.

Хоча дослідження вокалотерапії все ще не є дуже розгалуженим напрямком, але вона стає все більш популярною серед терапевтів та клієнтів, і як окремий напрямок, і в поєднання з іншими методами. А це свідчить про те, що поєднання вокалотерапії та тілесноорієнтованої психотерапії є дуже перспективним напрямком досліджень та потребує подальшої розробки.

Висновки до розділу 1:

Вокалотерапія знаходить усе більше застосувань у психотерапевтичній і психологічній практиці, що можна розглядати як свідчення про її ефективність у лікуванні різних психічних розладів, однак вона вкрай рідко стає цілеспрямованим предметом психологічних досліджень. Залежно від контексту досліджень, різними сучасними авторами термін «вокалотерапія» трактується по-різному. Так само, як і використовується цей напрям для вирішення великого кола завдань.

Зокрема, широкий спектр інструментів вокалотерапії використовується для висловлення заблокованих внутрішніх відчуттів, як засіб самовираження, виявлення своєї автентичності і цілісності, знаходження внутрішніх ресурсів, емоційної розрядки, підвищення самооцінки, навчання гармонізації власного тіла, як метод активної психологічної корекції або психічної та соматичної активації захисно-адаптаційних реакцій людини. Метод сприяє творчій самореалізації, особистому росту, індивідуальній трансформації, зміцненню відчуття власної ідентичності. Дослідження свідчать про ефективність вокалотерапії в психотерапевтичній та психологічній практиці, доводять, що заняття вокалотерапією можуть допомогти знизити рівень тривоги, стресу, депресії, агресивності та інших психічних розладів, покращити якість життя та забезпечити розвиток особистості. Вона також застосовується у лікуванні різних захворювань, зокрема серцево-судинних, онкологічних та неврологічних захворювань, для збільшення легеневої ємності, покращення кисневого обміну, нормалізації артеріального тиску, лікування розладів харчової поведінки, вирішення психосоматичних проблем тощо. Водночас, вокалотерапія може бути корисною при лікуванні пацієнтів з депресією,

біполярним розладом, посттравматичним стресовим розладом, тривожними розладами, розладами аутистичного спектру, травматичними ушкодженнями головного мозку, поведінковими та психіатричними симптомами деменції, шизофренією та іншими психічними захворюваннями.

Також у I розділі було теоретично досліджено психофізіологічні основи вокалотерапії. Голосовий апарат має наступні складові: система фонації, гортань (складна система хрящів, з'єднаних між собою зв'язками й суглобами, як орган генерації звуку). Важливі функції виконує порожнина рота під час співу, включаючи мимічну мускулатуру, трахею, бронхи, легені, головний видихувальний м'яз – діафрагму [1]. Головним регулятором гортані та голосників під час співу є слух [2]. Забарвлення голосу забезпечують резонатори. Верхній резонатор включає в себе з голосового апарату все те, що розташоване вище гортані: глотку, ротову та носову порожнини, придаткові пазухи носа. Нижній резонатор – це грудна порожнина, трахея та бронхи. Основними структурами, що відповідають за процес дихання, є легені та діафрагма, а допоміжними – носоглотка і трахея, які разом утворюють цикл, що контролюється ВНС [5, с. 113-126]. Водночас у фізіологічний процес дихання включається уся площа нижньої частини торсу – нижні ребра, діафрагма, м'язи спини, грудна клітина, які можуть працювати одночасно [6, с. 339–347]. І нарешті фізіологічно правильне дихання під час співу можливе завдяки правильній поставі і опорній позиції ніг. Таким чином, спів задіює майже всі ділянки тіла, що можуть бути скутими тілесними блоками, виходячи з поглядів тілесно-орієнтованої психотерапії. Також спів активує велику кількість ділянок мозку, при чому не лише ті області мозку, що відповідають за мовлення, але й ті, що відповідають за емоції.

Вокалотерапія включає в себе використання музики та вокалізації, медитативні та дихальні техніки, ігрові вправи, вільну імпровізацію, скандування, вираження емоційного стану через звук, імітацію відомих

звуків, роботу зі звуком через тіло, та інші техніки, які сприяють покращенню психічного та фізичного здоров'я людини.

Більшість науковців наголошують на важливості подальшого дослідження можливостей використання вокалотерапії у психотерапевтичній практиці.

Також було вивчено досвід застосування вокального мистецтва у тілесно-орієнтованій терапії. Наразі це питання потребує подальшого вивчення, оскільки досліджень на тему комбінації двох напрямків мало. Однак більшість досліджень свідчать про підвищену ефективність комбінованого методу, порівняно з використанням кожного напрямку окремо.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТІСНИХ ПРОБЛЕМ КЛІЄНТІВ

2.1. Організація та етапи емпіричного дослідження

Аналізуючи теоретичну базу досліджень було виявлено, що вокалотерапія, як окремо, так і в поєднанні з тілесно-орієнтованою терапією, в першу чергу працює з проявами особистісних проблем, а не безпосередньо з ними. Нормалізуючи стан клієнта, знімаючи напругу, яку формують ці прояви, ми допомагаємо клієнту вивільнити ресурс для вирішення його особистісних проблем.

Саме тому було вирішено дослідити рівень проявів особистісних проблем: агресії, депресії, реактивної тривожності та суб'єктивного стресу. А також дослідити зв'язок цих проявів із тілесним напруженням та наявністю тілесних блоків.

Дослідження проводилося у чотири етапи.

- На першому етапі було проаналізовано теоретичні джерела з проблеми; визначено теоретико-методологічні підходи до досліджуваної проблеми.
- На другому етапі визначено вибірку дослідження, конкретизовано методи та загальну стратегію дослідження.
- На третьому етапі проведено емпіричне дослідження, яке дало змогу виявити особливості проявів особистісних проблем клієнтів.
- На четвертому етапі було розроблено програму корекції проявів особистісних проблем клієнтів методами вокалотерапії та тілесно-орієнтованої терапії.

У процесі емпіричного дослідження було використано наступні методики:

- ✓ Шкала депресії Бека,

- ✓ Шкала ситуативної (реактивної) тривоги Спілбергера-Ханіна,
- ✓ Опитувальник для визначення рівня агресії Басса-Даркі,
- ✓ Шкала визначення суб'єктивного стресу Коннора-Девідсона-10,
- ✓ Анкета на визначення тілесних блоків (авторська розробка).

1) Шкала депресії Бека

Шкала депресії Бека (Beck's Depression Inventory, BDI), яку запропонував А. Бек у 1961 році, є одним із перших тестів, який виділяється високою актуальністю та специфічністю базується на клінічних спостереженнях, які дозволили визначити обмежений набір найбільш релевантних та значущих симптомів депресії та скарг, які часто висловлюють пацієнти. Після порівняння цього списку параметрів з клінічними описами депресії у відповідній літературі був розроблений опитувальник, що включає 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія містить 4-5 тверджень, які відображають конкретні прояви та симптоми депресії [19].

Серед них: настрій, песимізм, почуття безсилля, незадоволеність, почуття провини, неадекватні відчуття вини і неминучої кари, відроза до самого себе, самозвинувачення, суїцидальні думки, сльозливість, дратівливість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість, негативне сприйняття власного тіла, втрата працездатності, порушення сну, втомленість, втрата апетиту, втрата ваги, занепокоєння тілесними відчуттями, втрата сексуального бажання.

Ці твердження ранжовані залежно від їхнього внеску у загальний ступінь тяжкості депресії.

Спочатку передбачалося, що заповнення методики має проводитися кваліфікованим фахівцем (психіатром, психотерапевтом, клінічним психологом чи навіть соціологом), оскільки, крім відповідей від об'єкта дослідження, діагност повинен враховувати результати анамнезу, рівень інтелектуального розвитку та інші параметри, що є важливими для точного визначення діагнозу. В наш час вважається, що процедуру тестування можна

спростити: опитувальник надається безпосередньо пацієнту, який заповнює його самостійно [19].

Навіть не зважаючи на свою давність, цей інструмент залишається актуальним і широко використовується в психіатричній та психотерапевтичній практиці й до цього часу. Тест існує у трьох варіантах: BDI, BDI-1A, BDI-II. Також доступний окремий опитувальник депресії Бека для підлітків (Додаток 1).

В процесі проходження тесту результат складає від 0 до 65 балів, де від 0 до 9 – відсутність депресивних симптомів; від 10 до 15 – легка депресія (субдепресія); від 16 до 19 – помірна депресія; від 20 до 29 – виражена депресія (середньої тяжкості); від 30 до 63 – важка депресія.

Результати даного тесту не є діагнозом, його може встановити лише фахівець на основі всебічної оцінки [19].

2) *Шкала ситуативної (реактивної) тривоги Спілбергера-Ханіна*

Тест Спілбергера-Ханіна є методикою, призначеною для вивчення психологічного явища тривожності. Цей опитувальник складається з двох частин: 20 висловлювань, що відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність), та 20 висловлювань, що характеризують тривожність як особистісну рису (властивість тривожності). Сам Спілбергер пояснює ці дві категорії тривожності так: «Стан тривожності визначається суб'єктивними відчуттями загрози та напруги, які супроводжуються активацією автономної нервової системи» [11] Тривожність як особистісна риса вказує на мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка веде до сприйняття безпечних обставин як загрозливих та викликає реакцію тривоги, не відповідну реальній небезпеці.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє виміряти тривожність як особистісну рису і як стан. У нашій країні використовується модифікація тесту, розроблена Ю. Ханіним (1976) [11].

Реактивна (ситуативна) тривожність – це стан суб'єкта у конкретний момент часу, що характеризується емоційною реакцією на екстремальну або стресову ситуацію, таку як напруга, занепокоєння, заклопотаність та нервозність. Цей стан може варіювати за інтенсивністю та динамікою у часі.

Якщо показник реактивної тривожності не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше – тривожність висока [11].

Дуже висока тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Низька тривожність навпаки, характеризує стан як депресивний, ареаактивний, з низьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі» (Додаток 2).

3) *Опитувальник для визначення рівня агресії Басса-Даркі*

Опитувальник рівня агресивності Басса-Даркі (англ. Buss–Durkee Hostility Inventory, BDHI), розроблений з метою визначення рівня агресивності. Під агресивністю розуміється особистісна риса, яка виявляє наявність деструктивних тенденцій, переважно у сфері міжособистісних відносин [10].

А. Басс, сприйняв ряд положень своїх попередників, розділив поняття «агресія» і «ворожість» і визначив останню як «реакцію, розвиваючу негативні почуття і негативні оцінки людей і подій». Створюючи свій опитувальник, диференціює прояви агресії і ворожості, А. Басс і А. Даркі виділили такі види реакцій:

1. Фізична агресія – використання фізичної сили проти іншої особи.
2. Непряма агресія – обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована.

3. Роздратування – готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість).

4. Негативізм – опозиційна манера в поведінці, що виявляється від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів.

5. Образа – заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні і вигадані дії.

6. Підозрілість – негативна реакція в діапазоні від недовіри і обережності по відношенню до людей до переконання в тому, що інші люди планують і приносять шкоду.

7. Вербальна агресія – вираз негативних почуттів як через форму (крик, вереск), так і через зміст словесних відповідей (прокляття, погрози).

8. Почуття провини – висловлює можливе переконання суб'єкта в тому, що опитуваний є поганою людиною, робить зло, а також відчуває докори сумління [10].

Опитувальник Басса-Даркі складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає «так», якщо згоден з твердженням, або «ні», якщо твердження помилкове. Відповідно до інструкції він ставить знак «плюс» і знак «мінус» (Додаток 3).

При складанні опитувальника автори користувалися наступними принципами:

- 1) питання може відноситися тільки до однієї форми агресії;
- 2) питання формулюються таким чином, щоб найбільшою мірою послабити вплив суспільного схвалення відповіді на питання.

Користуючись цією методикою, необхідно пам'ятати, що агресивність як властивість особистості і агресія як акт поведінки можуть бути зрозумілі в контексті психологічного аналізу мотиваційно–потребнісної сфери особистості. Тому опитувальником Басса-Даркі слід користуватися в сукупності з іншими методиками: особовими тестами психічних станів, проектними методиками і т.д [10].

4) *Шкала визначення суб'єктивного стресу Коннора-Девідсона-10*

Шкала визначення суб'єктивного стресу Коннора-Девідсона-10 (Campbell-Sills & Stein, 2007; Школіна та ін., 2020), включає 10 найбільш інформативних пунктів повної шкали з 25 пунктів. Відповідно, вона складається з 10 тверджень, відповіді на які даються за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «повністю невірно» = 0 до «вірно майже в усіх випадках» = 4) (Додаток 4).

Кількісний показник суб'єктивного стресу за методикою складає сума балів за 10 твердженнями (від 0 до 40). Від 31-40 – низький рівень суб'єктивного стресу і високий рівень стресостійкості, 26-30 – нижчий за середній, 21-25 – середній, 16-20 – вищий за середній, 0-15 – високий рівень суб'єктивного стресу [8].

5) *Анкета на визначення тілесних блоків (авторська розробка)*

Анкету було створено для визначення наявності та рівня вираженості тілесних блоків. А. Лоуен вважав, що тіло зберігає інформацію про емоції та травми, і через фізичну роботу можна впливати на психологічний стан. У концепті тілесно-орієнтованої психотерапії вважається, що в тілі існують блоки, які утримують та пригнічують енергію. Ці блоки можуть виникати через різні стресові ситуації, травми чи емоційні конфлікти. Саме тому було проведено дослідження для виявлення взаємозв'язку між рівнем депресії, суб'єктивного стресу, реактивної тривожності, різних видів агресивності, та наявністю і вираженістю тілесних блоків [53].

Анкета складається з 14 запитань, як відкритих, так і з варіантами відповідей. 1 питання на визначення найбільш проявленого блоку, по 2 питання на перевірку очного, щелепного, горлового, грудного та тазового блоків, по 1 питанню на визначення діафрагмального та брюшного блоків і одне питання на визначення одночасно і діафрагмального і брюшного блоків.

Звісно, не можна ставити діагноз на основі лише анкети, без консультації фахівці. Також прояв кожного блоку може виявлятися через різноманітні фізичні та емоційні прояви. Важливо зазначити, що ці прояви

можуть варіювати в кожній людині, і формуватися на основі її унікальних життєвих досвідів та травм.

Однак, все ж є певні тенденції, помічені ще В. Райхом, які зустрічаються доволі часто:

Тазовий блок часто свідчить про придушення збудження, люті, задоволення. Саме він відповідає за нашу опору та заземлення.

Брюшний блок найчастіше приховує страх і в ньому зароджуються почуття, які потім мають бути виражені через верхні сегменти.

Діафрагмальний блок відповідає за волю, его, а також огиду та гидливість.

Грудний блок стримує найглибші почуття: гнів, ненависть, любов, образу тощо.

Горловий блок зазвичай свідчить про проблеми з самовираженням, невиказані емоції, почуття, власну думку, все, що людина «проковтнула» (характерне відчуття кому в горлі)

Щелепний сегмент продовжує тему горлового, однак він відповідає за відреагування цих почуттів: крик, плач, кусання, гримасування тощо. Дуже часто саме цей блок характерний для людей з придушеною повністю або пасивною агресією.

Очний сегмент – останній соціальний блок, який утримує емоцію переляку (тобто живіт утримує глибинний постійний страх, а очі – переляк і жах) [53].

Відштовхуючись від цієї концепції було створено анкету на дослідження наявності та вираженості тілесних блоків. Варто зазначити, що не існує людей повністю без блоків, якщо вони проживають у соціальному суспільстві. Однак ступінь вираженості та впливу на життя людини може бути різним (Додаток 5).

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь 61 респондентів віком від 18 до 55 років.

З них 62.3% жінок, 36.1% чоловіків, 1.6% інше:

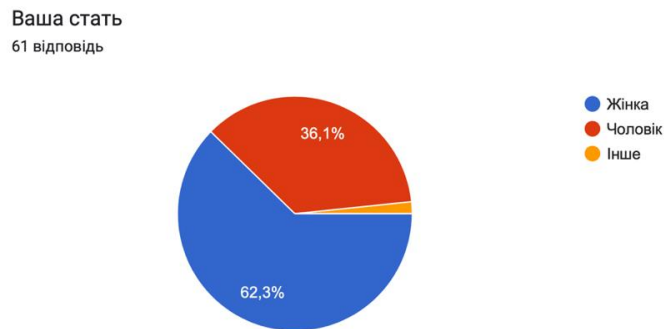


Рис. 2.1 Статевий розподіл вибірки

Аналіз дослідження включає обробку результатів кожної техніки та загальний підсумок.

За результатами, отриманими з опитування за шкалою Басса-Даркі (Додаток 3), було визначено середнє значення усіх набраних респондентами балів по кожному виду реакції, а також відсоткове співвідношення кількості респондентів, що мають певний (за шкалою з 5 ступенів) рівень кожного виду реакції. Їх представлено в таблиці 2.1. Для кращого наочного сприйняття результати також представлено на рис.2.2. та 2.3.

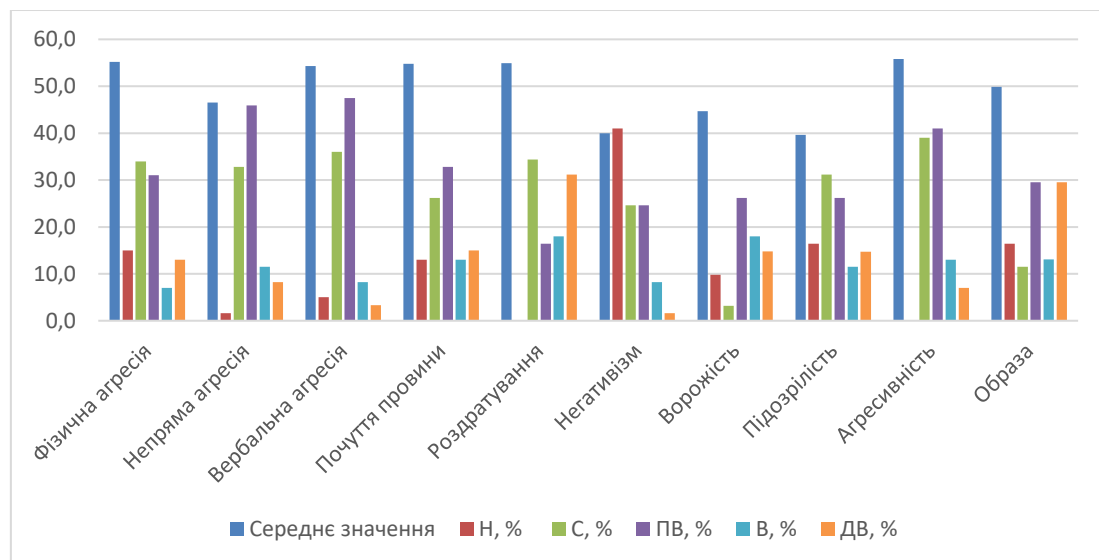


Рис. 2.2 Результати опитування респондентів за шкалою Басса-Даркі

Таблиця 2.1

Результати опитування респондентів за шкалою Басса-Даркі.

Види реакцій	Середнє значення	Низький рівень, %	Середній рівень, %	Підвищений рівень, %	Високий рівень, %	Дуже високий рівень, %
Фізична агресія	55.40	15	34	31	7	13
Непряма агресія	46.34	1.6	32.8	45.9	11.5	8.2
Вербальна агресія	55.48	5	36	47.5	8.2	3.3
Почуття провини	54.82	13	26.2	32.8	13	15
Роздратування	55.03	0	34.4	16.4	18	31.2
Негативізм	40.00	41	24.6	24.6	8.2	1.6
Ворожість	44.43	9.8	3.2	26.2	18	14.8
Підозрілість	39.67	16.4	31.2	26.2	11.5	14.7
Агресивність	55.46	0	39	41	13	7
Образа	49.72	16.4	11.5	29.5	13.1	29.5

**Рис. 2.3 Діаграма середніх показників за видами агресії серед респондентів**

В цілому, рівень агресивності як стану серед респондентів доволі високий, що можна пов'язати з ситуацією в країні. Якщо на початку повномасштабного вторгнення люди знаходили втечу від почуттів у волонтерстві, допомозі іншим. Доволі подавлений стан спостерігався під час блекауту, коли сили здебільшого закінчилися. То зараз більшість людей

пройшли адаптацію до стресу і пасивна позиція (страх, апатія, бездіяльність) змінилася на активну, в тому числі більш агресивну.

Фізична агресія лідирує серед видів реакцій, однак, вербальна агресія відстає лише на один бал, якщо взяти середнє значення.

Зате негативізм та підозрілість мають найнижче середнє значення, що, однозначно, добре, враховуючи ризики, з якими стикається країна у війні.

Доволі високий рівень почуття провини може бути пов'язаний з так званою «првиною вижившого», або активізуватися саме нею. Тобто почуття провини за своє мирне життя, здоров'я, комфорт тощо порівняно з життям взимку в окопах зі щосекундною загрозою життю, цілком зрозуміле.

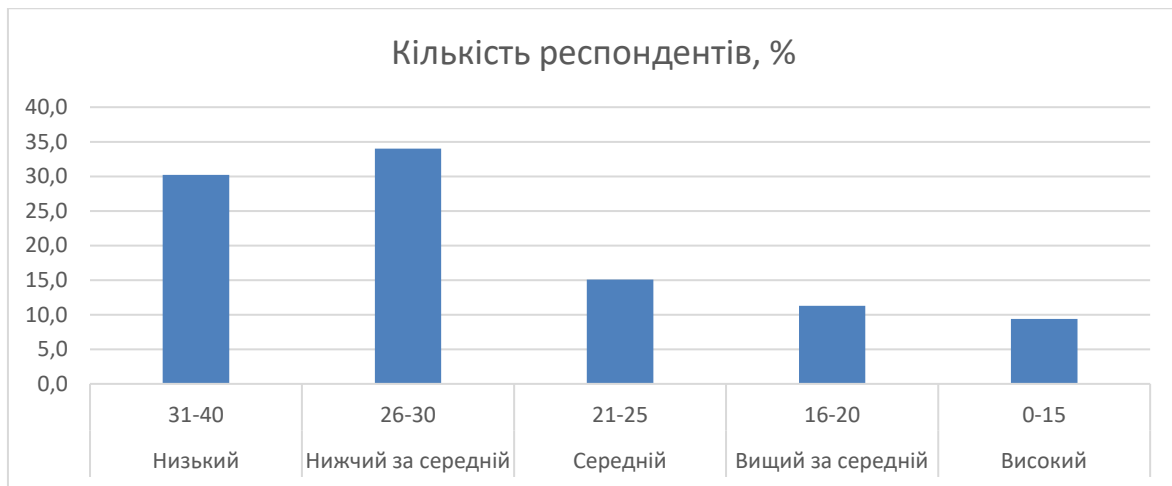
Пасивна агресія та образа також мають доволі високий середній бал, а саме ці два види реакцій часто руйнують клієнтів зсередини.

Результатами опитування респондентів за шкалою вимірювання суб'єктивного стресу Коннора-Девідсона (Додаток 4) групуються в 5 груп. Було визначено відсоткове співвідношення кількості респондентів, що увійшли до кожної групи, їх наведено у таблиці 2.2 та на рис. 2.4 для кращого наочного сприйняття.

Таблиця 2.2

Результати за шкалою вимірювання суб'єктивного стресу Коннора-Девідсона

Рівень суб'єктивного стресу	Бали	Кількість респондентів, %
Низький	31-40	30.2
Нижчий за середній	26-30	34
Середній	21-25	15.1
Вищий за середній	16-20	11.3
Високий	0-15	9.4



**Рис. 2.4 Результати опитування за шкалою суб'єктивного стресу
Коннора-Девідсона**

Цікаво, що рівень стресу у більшості респондентів нижчий за середній або низький. Середнє значення рівня суб'єктивного стресу серед респондентів дорівнює 26.43, що фактично відповідає межі рівнів «нижчий за середній» та «середній». Як зазначалося вище, це може свідчити, що більшість населення вже пройшло адаптацію до стресу.

Результати, отримані в опитуванні за шкалою депресії Бека (Додаток 1) також розподіляються на 5 груп. Відсоткові співвідношення респондентів наведено у таблиці 2.3 та на рис. 2.5 для кращого наочного сприйняття.

Таблиця 2.3

Результати опитування за шкалою депресії Бека

Рівень вираженості депресивних симптомів	Бали	Кількість респондентів, %
Відсутність депресивних симптомів	0-9	35.9
Легка депресія (субдепресія)	10-15	24.5
Помірна	16-19	9.4
Виражена (середньої тяжкості)	20-29	18.9
Тяжка	30-63	11.3



Рис. 2.5 Результати опитування за шкалою депресії Бека

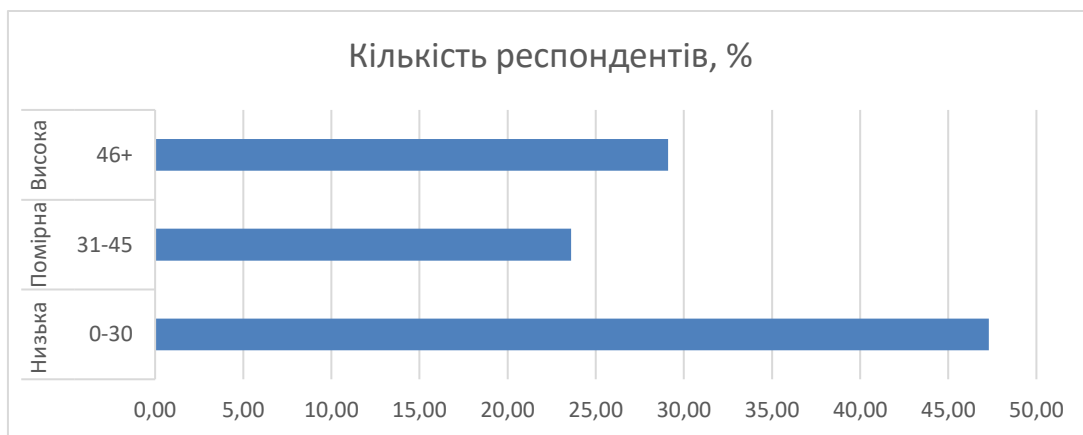
Вираз про те, що депресія – хвороба XXI сторіччя чітко відображається в таблиці. Усього 35.9% респондентів не мають депресивних симптомів, а майже 2/3 мають субдепресію що найменше. Середнє значення балів, отриманих респондентами в цьому опитуванні становить 15.74, що також відповідає рівню субдепресії. Проблема полягає в тому, що в нашій культурі не прийнято звертатися до психолога/психотерапевта (як і до лікарів), доки немає критичних симптомів. І особливо в ситуації безперервної війни такий стан може загостритися дуже швидко.

За результатами опитування респондентів за шкалою ситуативної (реактивної) тривожності Спілбергера-Ханіна-10 (Додаток 2) було виведено відсоткові співвідношення кількості респондентів, що належать до кожної з трьох груп: низької, помірної та високої тривожності. Їх наведено у таблиці 2.4 та на рис. 2.6 для кращого наочного сприйняття.

Таблиця 2.4

**Результати опитування за шкалою ситуативної (реактивної)
тривожності Спілбергера-Ханіна-10**

Реактивна тривожність	Бали	Кількість респондентів, %
Низька	0-30	47.3
Помірна	31-45	23.6
Висока	46+	29.1



**Рис. 2.6 Результати опитування за шкалою ситуативної (реактивної)
тривожності Спілбергера-Ханіна-10**

Майже половина респондентів має низьку ситуативну тривожність. Однак третина опитуваних має високий рівень тривожності. А середнє значення серед респондентів становить 33.89, що відповідає середньому рівню реактивної тривожності. Найближчими роками ця кількість може зрости, оскільки світ стає все менш стабільним та конкретним, що руйнує наші опори.

Оцінка тісноти зв'язку між різними проявами особистісних проблем проводилася методом кореляційного аналізу, а саме було використано коефіцієнт рангової кореляції r-Спірмена. Результати розрахунку приведені в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

**Оцінка тісноти кореляційних зв'язків між досліджуваними проявами
особистісних проблем.**

	Реактивна тривожність	Рівень суб'єктивного стресу	Депресія
Реактивна тривожність	1	.362**	.274*
Рівень суб'єктивного стресу	.362**	1	.221
Депресія	.274*	.221	1
Фізична агресія	.142	.012	-.114
Вербальна агресія	.195	-.052	.059
Пасивна агресія	.271*	-.016	.152
Почуття провини	.275*	.242	.469**
Роздратування	.228	.234	.393**
Образа	.228	.496**	.230
Підозрілість	.158	.188	.008
Ворожість	.234	.415**	.179
Негативізм	.421	-.052	.060
Агресивність	.399**	.244	.173

* – рівень статистичної значущості $p \leq 0,05$;

** – рівень статистичної значущості $p \leq 0,01$;

Результати розрахунків демонструють, що рівень реактивної тривожності тим вищий у респондентів, що вищим є рівень проявленості наступних шкал методів діагностики:

- Рівень суб'єктивного стресу ($r=0,008$)
- Депресія ($r=0,47$)
- Пасивна агресія ($r=0,5$)
- Почуття провини ($r=0,47$)
- Агресивність ($r=0,003$)

Досліджуючи рівень суб'єктивного стресу у респондентів, було також виявлено пряму кореляцію з почуттям образи ($r<0,001$) та ворожістю ($r=0,002$), а рівня депресії з почуттям провини ($r<0,001$) та роздратуванням ($r=0,004$).

Результати опитування респондентів за анкетною на визначення тілесних блоків (Додаток 5) наведено в таблиці 2.6 та на рис 2.6 для кращого наочного сприйняття.

Таблиця 2.6

Результати за анкетною на визначення тілесних блоків

Блокований сегмент	Кількість респондентів, %
Очний	29.5
Щелепний	29.5
Горловий	26.2
Грудний	52.5
Діафрагмальний	6.6
Брюшний	19.7
Тазовий	18

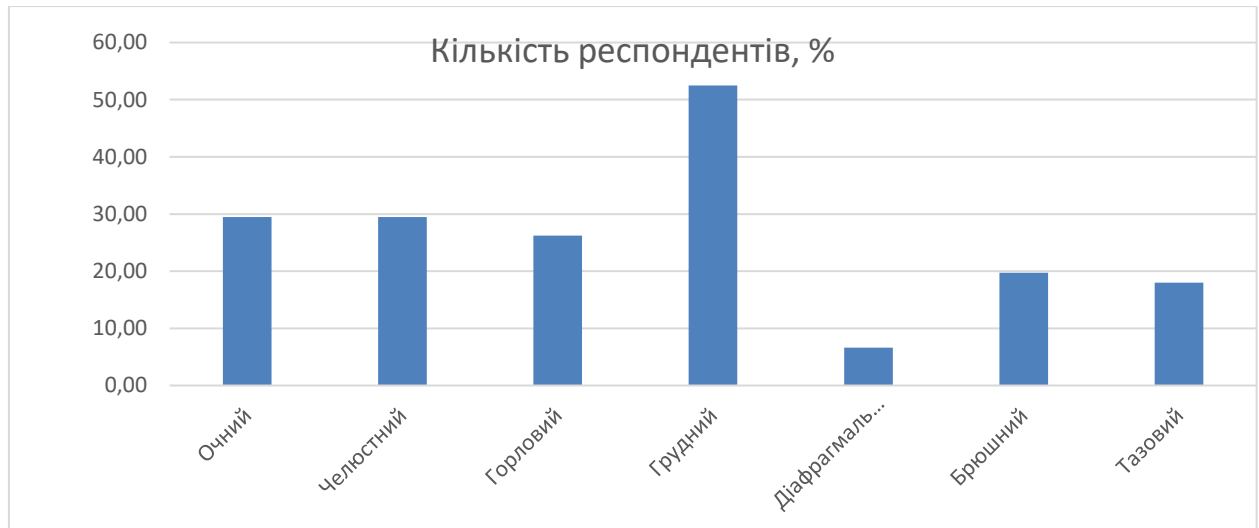


Рис. 2.6 Результати за авторською анкетною.

Оскільки у кожної людини може бути виражено одночасно декілька блоків, при аналізі враховувалися всі випадки, коли блок приносить відчутний дискомфорт.

Аналізуючи анкету, стало очевидно, найбільш часто респонденти мають болі в спині, плечовому поясі, грудній клітці, горловому, щелепному та очному сегменті.

Співставляючи цей результат з даними попередніх технік, можемо зробити висновок, що має місце високий рівень нервового напруження, яке стримуються тілом. Напруження плечового поясу частіше за все свідчить про надмірну відповідальність, у тому числі, схильність брати на себе чужу відповідальність, що й призводить до нервового перенапруження. Цей симптом частий для людей з «синдромом рятівника», як це називають у побуті. Водночас, люди такого типу часто використовують надмірну відповідальність як виправдання. Це може пояснити підвищений рівень агресії.

Плечовий пояс відноситься до грудного блоку, який, в свою чергу, стримує найбільш глибокі почуття, такі як ненависть, гнів, любов. Це співвідноситься з даними інших шкал, в тому числі з рівнем субдепресії.

Щелепний сегмент стримує невиказані емоції, лють, плач. При проведенні дослідження було встановлено, що у респондентів, які відмічали в себе виражений щелепний блок, частіше зустрічається підвищений та дуже високий рівень непрямой агресії, образи та роздратування.

Також горловий та щелепний мають однакову частоту наявності. Обидва блоки відповідають за вираження емоцій, почуттів, самовираження. Тому можна зробити висновок про велику кількість заблокованих емоцій.

Було встановлено, що найменше скарг та неприємних відчуттів в тілі відмічали ті респонденти, у яких максимальний рівень будь-якого виду агресії не перевищував 50, а всі інші були менші. І навпаки, респонденти з високими показниками агресії відмічали напруження майже в кожному сегменті. Однак респонденти з найвищими показниками по всіх видах агресивних реакцій майже не відмічали скарг в тілі. Цей факт потребує подальшого дослідження.

Окрема слід розглянути категорію респондентів з підвищеним почуттям провини. Було виявлено, що заповнюючи анкету (де було багато питань з відкритими відповідями) більшість таких респондентів намагалися виправдовуватися навіть у проведенні вправ. Наприклад: «Я перестаралася роблячи кола очима і відкривши очі я відчула біль».

У цієї ж групи частіше спостерігається високий рівень стресу та субдепресія.

Важливо також зазначити, що наявність тілесних блоків не завжди однозначно вказує на конкретні психологічні проблеми, дуже важливо досліджувати кожну проблему з кількох боків, аби виявити причини. Також ми не можемо виключити фізіологічні особливості, в тому числі травми. Більше того, навіть якщо блок початково мав саме психологічні причини появи, часто з часом зміни переходять на фізіологічний рівень.

Висновки до розділу 2:

У другому розділі було проведено емпіричне дослідження проявів актуальних особистісних проблем клієнтів.

Респондентам було запропоновано пройти тестування за такими методиками, як Опитувальник рівня агресії Басса-Даркі, Шкала депресії Бека, Шкала реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна, Шкала визначення суб'єктивного стресу Коннора-Девідсона. А також було розроблено авторську анкету на визначення тілесних блоків. Аналіз отриманих даних проводився за допомогою визначення середніх значень, відсоткових співвідношень, коефіцієнта рангової кореляції Спірмена.

Було виявлено високий рівень агресивності у респондентів, де найвищі середні значення рівня реакції серед респондентів було отримано в критеріях фізична агресія, вербальна агресія та роздратування. Негативізм та підозрілість мають найнижчі середні показники. Почуття провини – також є одним з найбільш виражених.

За Шкалою визначення суб'єктивного стресу було виявлено, що 64.2% респондентів мають рівень стресу нижчий за середній. І лише 9.4% високий

рівень. Враховуючи, що майже закінчується другий рік повномасштабної війни в Україні, це свідчить про те, що настала стадія адаптації до стресу.

Однак, дослідження рівня депресії дало значно менш втішні результати: 2/3 респондентів мають, щонайменше, рівень відповідний субдепресії.

Третина опитуваних показали високий рівень ситуативної тривожності, однак 47.3% - низький.

Визначаючи коефіцієнт рангової кореляції, було виявлено пряму залежність між рівнем ситуативної тривожності та рівнем суб'єктивного стресу ($r=0,008$), депресією ($r=0,47$), пасивною агресією ($r=0,5$), почуттям провини ($r=0,47$) та агресивністю ($r=0,003$); рівнем суб'єктивного стресу з рівнем почуття образи ($r<0,001$) і ворожості ($r=0,002$), рівнем депресії з рівнем почуттям провини ($r<0,001$) та роздратування ($r=0,004$).

За результатами анкетування було виявлено, що більше половини респондентів страждають від наявності та сильної вираженості грудного блоку, особливо часто згадувався плечовий пояс. Проаналізувавши індивідуальні результати респондентів, було зроблено висновок, що цей фактор пов'язаний з високим рівнем почуття провини. Також дуже сильно проявлені горловий та щелепний блоки, які відповідають за вираження емоцій, почуттів, самовираження тощо. З чого зроблено висновок про велику кількість заблокованих емоцій.

РОЗДІЛ 3

ЗАСТОСУВАННЯ ВОКАЛОТЕРАПІЇ В КОРЕКЦІЇ ОСОБИСТІСНИХ ПРОБЛЕМ КЛІЄНТІВ

3.1. Принципи застосування вокалотерапії в практиці психотерапії

Розгляд вокалотерапії в контексті тілесно-орієнтованої терапії передбачає систематичне вивчення методів та підходів, що сприяють досягненню глибокого емоційного вивільнення та релаксації через використання голосу.

Вокалотерапія в контексті тілесно-орієнтованої терапії включає різноманітні вправи, які сприяють розвитку тісного зв'язку між тілесними проявами та голосовим висловленням. Це може включати рухливість голосу, дихальні техніки та інші аспекти, спрямовані на гармонізацію тілесних і психічних процесів.

Величезний практичний вклад у дослідження вокального мистецтва як методу психотерапії зробила відома науковець у галузі вокальної терапії Д. Остін, яка в своїх дослідженнях зосереджувалась на використанні вокалотерапії для поліпшення розуміння та вираження емоцій [18; 19; 20]. Вона відзначає, що вокалотерапія допомагає людям вивільняти свої емоції через виразність музики та голосу, що може привести до поліпшення самопізнання та самоприйняття.

У своїх книгах «The theory and practice of vocal psychotherapy: Songs of the self.», «In search of the self: The use of vocal holding techniques with adults traumatized as children.» та інших працях доктор Д. Остін описує різноманітні вправи, які можуть бути використані в вокальній терапії для розвитку сприйняття емоцій, вираження власних почуттів та поліпшення самопізнання [18; 20].

«Тонкощі голосу»: ця вправа спрямована на покращення звукового контролю та сприйняття голосу. Пацієнт може відчувати свої голосові здібності та покращити розуміння свого голосу за допомогою різноманітних вправ,

наприклад, вправи на дихання, вправи на різні мовленнєві пози та міміку обличчя.

«Дзеркальне співчуття»: ця вправа стимулює співчуття та емпатію пацієнта до себе та інших людей. Пацієнти можуть використовувати голосову імітацію, щоб відчувати свою власну емоційну стан і стан інших людей.

«Тіло-звук»: ця вправа спрямована на поліпшення відчуття тіла та звукового контролю. Пацієнти можуть виконувати різноманітні вправи, які допомагають усвідомлювати взаємозв'язок між своїм тілом та голосом, наприклад, вправи на дихання та вправи на різні пози тіла.

Вправа «Звуки емоцій» вимагає від пацієнта вибіркового вираження певних емоцій через звуки, що може допомогти йому розрізнити іменовані та інші емоції. Це може сприяти розвитку сприйняття власних емоцій та вираженню їх, зокрема, відчуттям дискомфорту, злості, розчарування, радості та любові.

Вправа «Вокальне вираження» має на меті збільшення свідомості пацієнта про свій вокал та розвитку вміння ефективно комунікувати через звукові вирази. Пацієнт може виражати свої емоції через виконання пісень, співів чи просто голосних виразів. Це може допомогти пацієнту розкрити своє внутрішнє «Я» та підвищити рівень свідомості про себе.

Вправа «Вокальний діалог» може сприяти розвитку спілкування та емпатії між пацієнтами. Під час виконання цієї вправи два пацієнти можуть взаємодіяти між собою через музичне спілкування, діалог та спільне виконання музики. Це може допомогти пацієнтам розвинути соціальні навички та відчувати підтримку та співпрацю [18; 20].

Розглянемо інші вправи, описуючи механізм виконання:

«Дихальна гімнастика» пацієнт повинен сидіти зручно, зі спиною прямо, закрити очі і спрямувати увагу на своє дихання. Йому слід повільно вдихати повітря через ніс, затримати дихання на декілька секунд, а потім

повільно видихати повітря через рот. Ця вправа набула широкої популярності в різних варіаціях, наприклад «Квадратне дихання».

Іншою вправою є «медитація на голосі». Ця вправа полягає в тому, що пацієнт повинен зосередитись на звуках, які він видає під час вокалізації. Він повинен слухати звуки свого голосу, звертаючи увагу на деталі, такі як тон, гучність і частота. Під час виконання цієї вправи пацієнт може помітити зміни в своєму голосі та сприйнятті емоцій.

Наступна вправа - «вокальне вираження емоцій». Ця вправа полягає в тому, що пацієнт повинен спробувати виразити свої емоції через зміну тембру голосу. Наприклад, гнів, він можна спробувати виразити через гучний і бурхливий голос, а радість – виконуючи яскраву та енергійну мелодію.

Іншою вправою, яку наводить Д. Остін, є «музичний діалог», де терапевт та пацієнт виконують вокальні інтерпретації музичних творів, взаємодіючи між собою та прислуховуючись до відчуттів, які вони переживають.

Для виконання цієї вправи, терапевт та пацієнт можуть вибрати спільний музичний твір, який вони будуть виконувати разом. Терапевт може запропонувати пацієнту різні варіації вокальної інтерпретації, а пацієнт може вільно експериментувати зі своїм голосом, використовуючи різні тони, інтонації та темпи виконання.

У процесі виконання вправи, терапевт та пацієнт можуть спілкуватись між собою, ділитись своїми враженнями та відчуттями, які вони переживають під час спільного виконання музики. Це допомагає розвивати відчуття співпраці та емпатії, а також поліпшує комунікацію між терапевтом та пацієнтом [18; 19; 20].

Ще одна вправа полягає в тому, щоб попросити пацієнта вибрати будь-яку пісню, яка спонукає до думок або почуттів, та попросити його виконати цю пісню. При цьому, пацієнт повинен виражати свої почуття через голос та інтерпретацію пісні. Ця вправа сприяє розвитку самоприйняття та

самовираження, оскільки пацієнт може вільно виражати свої почуття через музику та голос, не відчуючи страху або обмежень.

Крім того, доктор Остін описує вправу, яка полягає в тому, щоб попросити пацієнта знайти пісню, яка відображає його поточний настрій, та попросити його виконати її. Під час виконання цієї вправи пацієнт повинен виразно передати свої емоції через голос та музику. Ця вправа допомагає пацієнтові зосередитись на своїх емоціях, розвивати свідомість про свої почуття та допомагає виразити їх у безпечному середовищі [20].

Доктор Д. Остін підкреслює протиріччя щодо того, що музичні терапевти не регулярно включають вокалізацію у свою роботу через те, що вони самі вважають, що не мають формальної вокальної підготовки. Остін підкреслює, що голос є надзвичайно інтимною частиною нашого єства і, отже, може функціонувати як дуже потужний інструмент у терапевтичних умовах. Далі авторка наголошує на тому, що голосова робота в музичній терапії дає практикуючим ідеї щодо вокальних технік і методів, які вони можуть використовувати у своїй практиці [18, с. 3-8].

Також варто розглянути вправи, наведені у статті «Основні аспекти роботи з тілом учня-вокаліста із використанням елементів психологічних технік на уроках вокалу» О. Тарасенко, оскільки, як було наведено вище, тілесні техніки з вокального мистецтва є дієвими не лише для розвитку голосу професійних вокалістів, а й для вирішення особистісних психологічних проблем.

Позиція тіла під час виконання пісні повинна бути природною, без надмірної напруги і відчуття дискомфорту. З такою поставою створюються сприятливі умови для розвитку вокального дихання, тобто формування опори для звуку. Також важливо, щоб під час виходу звуку з тіла нижня щелепа працювала вільно і природньо. Положення корпусу повинно бути прямим і вільним, незалежно від того, чи клієнти сидять чи стоять під час виконання. У вокальній практиці можна виділити дві типові ситуації щодо порушень

гармонійної роботи тіла: іноді м'язи корпусу можуть бути занадто розслаблені або, навпаки, надто напруженими.

Розглянемо вправи які допомагають ввімкнути тонус м'язів , пробудити тіло активізувати роботу мозку:

1) Імітація стану спортсмена бігуна на старті (при виконанні цієї вправи важливо відчувати та проаналізувати свої відчуття зсередини – з одного боку м'язи знаходяться в тонусі від маківки до п'ят, з другого тіло підготовлено для вільного руху) [17].

2) Найпростіший комплекс – почергове обертання усіх частин тіла, починаючи з голови, закінчуючи стопами ніг та перекачуванням з п'ятки на носок (всі вправи виконуються спочатку проти часової стрілки, а потім по часовій у дуже повільному русі , з закритими очами, розглядаючи кожний рух нібито зсередини внутрішнім поглядом та вмикаючи внутрішнього спостерігача за відчуттями у кожному м'язі, перемикаючи поступово увагу від одної частини тіла до другої) [17].

3) Східні техніки на включення мозку та концентрацію ваги – із зусиллям закручуємо нібито колечко на кожний палець та із зусиллям знімаємо. (у су джок терапії рука є проекцією нашого тіла, тому впливаючи на її точки ми пробуджуємо наше тіло зсередини, активізуємо усі системи організму) [17].

4) Масаж вуха має такий же ефект (легке промацування вуха натисканням пальців знизу вгору та навпаки, або прикриваємо вуха долонями та з легким натисканням здійснюємо кругові рухи) [17].

5) Простукування кистями кулаків всього тіла- починаємо з голови від лоба до верхівки і назад, руки, тулуб, стегна, ноги [17].

6) Руки навхрест – правою рукою беремося за мочку лівого вуха, лівою за мочку правого – робимо 8 присідань (ця вправа активізує праву та ліву півкулю мозку, допомагає боротися зі страхом перед виходом на сцену) [17].

7) Пальцівка – з'єднуємо кінчики пальців та по черзі нажимаємо один на другий (вплив на нервові закінчення на кінцівках пальців активізує роботу мозку). Також можна попрацювати долонями - з'єднуємо їх у районі сонячного сплетення та із зусиллям нажимаємо одна на іншу (під час виконання вправи спостерігаємо за роботою діафрагми, вона повинна вмикатися в момент стискання) [17].

Коли тіло підготовано, можна розпочати роботу зі звуком, проте важливо продовжувати спостерігати за ним разом із клієнтом. В процесі виконання музики можуть виявлятися м'язові затиски в різних частинах тіла, які ускладнюють вільний вихід звуку. Під час роботи над цими затисками важливо формувати навички свідомого підходу до їх виявлення. Клієнту слід вчитися самостійно діагностувати своє тіло. Психотерапевт починає з питань щодо виявлення блоків, якщо вони відчуються під час співу (наприклад, "Де саме в тілі ви відчуваєте дискомфорт під час співу?"). Якщо клієнт не може відповісти, психотерапевт пропонує повторити виконання, але цього разу звернути увагу всередину тіла для самостійного виявлення напруження. Це важливо для свідомого підходу, оскільки ефективна робота над блоками передбачає їх усвідомлення. Позбутися напруги можливо лише тоді, коли вона стає свідомою і розпізнаваною, і тільки після цього можна переходити до її виправлення. У процесі роботи із блоками доречно використовувати елементи технік тілесно-орієнтованої терапії [17].

Розглянемо вправи на подолання затисків в тілі:

- Один з діючих методів, щодо звільнення блоків – це штучно посилити напругу у затиснутому м'язі, при достатньо сильній нарузі м'яз відпружинює і розслаблюється [17].

- Затиск ший – у процесі співу робимо кругові рухи ший, спочатку мікро рухи, далі потроху збільшуємо амплітуду. Потім мікро рухи вліво-вправо. Якщо мікро рухи ший не виходять, можна водити очами вправо – вліво, за очами почне рухатися шия. Також можна вибрати точку на рівні очей вдалині та почати робити кругові мікро рухи очами. Або з'єднати цю точку із

кінчиком носу уявним лазерним променем та проти часової стрілки малювати її, далі по часовій. Після цього внутрішнім поглядом дивимося на кінчик носа та повторюємо рухи (детально ці вправи розписані у техніках Фельденкрайза, вони є у вільному доступі) [17].

- Затиск у верхній частині спини та шиї – прокручуванням долоней вирівнюємо поставу, знаходимо баланс спираючись на куприк та працюємо деякий час біля стіни. Доповнюємо вправу круговим рухом плечових суглобів. Щоб шия не подавалася вперед, можна покласти якийсь предмет на голову та утримувати його на голові під час співу. Знаходимо баланс тіла-куприком тягнемо тіло вниз, маківкою – вгору. Стопи заземляються (пальцями ніг нібито загрибаємо землю) [17].

- Вправа «Крила» - під час співу плавно через низ подаєм руки назад, нібито розправляємо крила та вирушаємо у політ. Вправа звільняє тіло та робить його активним. Іноді можна запропонувати замахнутися у звук всім тілом або поясницею. Відчуття поясниці та рух нею зсередини допомагають роботі діафрагми [17].

- Легкі напівприсідання або внутрішній замах зсередини тіла надають енергію звуку.

- Працюємо з кистю руки – вона повинна бути акуратною та гнучкою. Використовуємо мікро рухи зібраною кистю, ніби то малюємо дрібні узорі кінчиками зімкнутих великого та вказівного пальців. Місимо тісто – активізуємо кисть та робимо м'язи більш еластичними. (Ця вправа також включає діафрагму) [17].

- Можна використовувати прийом прицілювання у звук, ніби то ми цілилися дротиком у мішень, при цьому включається діафрагма, звук стає акуратним та зібраним у точку, це приєє попаданню у форманту (головний резонатор) [17].

- Вивільнення рухової активності: вправа виконується стоячи із закритими очами – досліджуємо своє тіло від голови до п'ят, відстежуємо напружені ділянки тіла. Відкриваємо очі, обережно (мікро рухами) рухаємо

тіло. Потім трясемо його, особливо у місцях з найбільшою напругою, доки воно не розслабиться. Перевіряємо тіло ще раз, при необхідності повторюємо [17].

- Напруга та розслаблення рук: згинаємо руки, тримаючи їх перед грудною кліткою паралельно підлозі. Заплющуємо очі, дихання легке та вільне. Розслаблюємо м'язи рук повністю, потім стискаємо кулаки та різко напружуємо усі м'язи від плеча до кісті. Кулаки треба стиснути так, щоб м'язи почали вібрувати. Продовжуємо дихати легко та рівномірно. Напружуємо м'язи рук до легкого відчуття болю. Далі відпускаємо руки, щоб вони вільно звисали вдовж тіла. Розслаблюємо м'язи рук. Повністю розслаблюємося. Повільно робимо вдих та видих. Зосереджуємося на відчутті тяжкості та тепла у руках, потім відкриваємо очі. Якщо руки не стали теплими, повторюємо вправу. Ця вправа допоможе досягнути швидкого фізичного розслаблення, зняти роздратування та занепокоєння [17].

- Щелепні затиски часто з'являються у результаті стримування емоцій - плач, крик, невдоволення, злість. В цьому випадку допоможуть вправи з тілесно-орієнтованої терапії (В. Райх): імітація плачу, крику, кусання, вправи для губ (В. Ємельянов): імітація відрижки, масаж щелепи у закритому та відкритому положенні, німе позіхання та позіхання зі звуком. Для відкриття гортані також ефективні вправи з вимовою слів які починаються з української м'якої літери «Г» – «Г(х)анна» (В. Багрунова) [17].

- «Мичання»: клієнту потрібно розслабитися та промичати будь-яку мелодію, будь-які природні гнівні звуки, при цьому прикладати руки до різних частин тіла, щоб відчути як вони вібрують в процесі мичання. Ця вправа знімає напругу навколо голосових зв'язок та горла (особливо у тих хто відчуває затиск у горлі). Також робота з вібрацією дозволяє скидати хворобливі відчуття в різних ділянках тіла [17].

- «Вивільнення шуму» - видаємо будь-які дивні звуки або дитячі звуки, котрі просяться назовні, особливо ті, які заборонялися в дитинстві [17].

- «Крик»: ця вправа потребує обережності, оскільки надсильний крик може призвести до зриву зв'язок та посилення горлового блоку. Тому обов'язково має проводитися під контролем психотерапевта. Клієнти з нелегітимізованою агресією часто бояться кричати, бояться не впоратися з вивільненою агресією та іншими заблокованими емоціями. Тому в терапії з такими клієнтами потрібно поступово підходити до крику, спершу знявши поверхневу напругу більш м'якими техніками.

- Вправи на сприйняття свого голосу: під час мичання фокусуємо увагу та внутрішній зір на звучанні свого голосу зсередини. Дивимось всередину себе, уявляємо звук як енергію. Фіксуємо свої відчуття. Далі направляємо енергію голосу у зовнішнє середовище, на якийсь предмет (на відстані 2-3 метрів від себе). Відчуваємо вплив голосу на обрану точку або предмет. Потім намагаємось перемістити енергію голосу з одного предмета (точки) на інший. Таким чином ми спостерігаємо істотну різницю у відчуттях сприйняття свого голосу [17].

- Наступна вправа: фокусуємо внутрішній зір на звуці та намагаємось відчутти з якої частини тіла він виходить. Клієнт описує, що відчуває при цьому в тілі. Далі пробує спрямувати звук як згусток енергії в іншу частину тіла. Спостерігає за своїми відчуттями і описуємо їх та почуття [17].

- Рухаємось звуком по тілу знизу вгору та навпаки – відчуваємо наскільки нам зручно в тій чи іншій частині тіла. Підсилюємо відчуття, а потім відпускаємо зусилля. Потрібно звернути увагу, які образи з'являються під час зусилля, що вони нагадують. Таким чином можна розбиратися зі своїми почуттями [17].

Вищеперерахований цикл вправ є поєднанням інструментів вокалотерапії та тілесно-орієнтованої психотерапії.

Інший приклад, цікавий для розгляду методологічного використання вокалотерапії, - незалежне дослідження Х. Шепард для Волверхемптонського університету. В цьому дослідженні наведено протокол роботи з групою з

хворобою Паркінсона та іншими неврологічними розладами, розрахований на 10 тижнів.

Х. Шепард зазначає: Людині не обов'язково мати музичні знання чи освіту, щоб створити музичний звук. Насправді, через наголос на формальному розумінні музики в ранній освіті та руйнування, яке іноді може виникнути через це, може бути краще, якщо музичне розуміння в цьому випадку буде більш інтуїтивним, а не логічним, таким чином заохочуючи тих, чії творчі вияви раніше були придушені [61].

Вона пропонує наступний протокол терапевтичної роботи:

Кожен клієнт у групі пише своє ім'я на стікері та розміщує його на собі, щоб було видно. Коли всі сядуть, кожен співає своє ім'я, а група повторює його йому. Клієнтів заохочують робити нотатки, які вони вважатимуть для свого імені найбільш цікавими. Було помічено, що більшість клієнтів, як правило, починають з ноти і опускаються на велику терцію. Однак учасників групи заохочують думати про щось інше, що найкраще відображає їх власну особистість [61].

Найкращі результати були досягнуті, коли люди ризикували і співали щось веселе та пригодніцьке.

Тему дихання та постави ми розглянули доволі детально в роботах інших авторів, тож перейдемо до інших вправ, які пропонує Х. Шепард.

1. Вправа, що допомагає розвинути рухливість артикуляційного апарату і розслабити щелепний захим:

Терапевт показує приклад і починає повільно, а потім демонструє те, як клієнт міг би зробити, трохи попрактикувавшись.

Ми використовуємо поєднання приголосних та голосних або утримуючи одну ноту, або рухаючись через тон (у цьому випадку потрібне фортепіано чи синтезатор):

Бі-бі-бі-бі-да-да-да-да-мі-мі-мі-мі-ве-ве-ве-ве-ла-ла-ла-ла тощо.

Дихання можна брати кожні 4-8 складів, залежно від потреби, але поступово збільшуючи інтервал.

Використання приголосних дуже корисно для тих, хто страждає на хворобу Паркінсона, оскільки їхні м'язи обличчя, як правило, потребують більше вправ. Х. Шепард наводить приклад клієнтського випадку, чий стан означав, що м'язи тіла повільно втрачають силу. Вправи на лицьові м'язи допомогли їй говорити, і вона сказала, що загальний стан руху щелепи покращився [61].

Ще раз після завершення вправи терапевт має запитати, як кожен відчувається.

У відповідний момент переходимо до наступної вправи, розглянувши всі технічні проблеми, які могли виникнути. Важливо виправити поставу кожного клієнта, переконатися, що він добре дихає і сидить.

Прохання покласти свою руку на діафрагму або м'язи живота, допоможе їм трохи більше працювати. Крім того, клієнти можуть «об'єднатися в пари» і покласти руки на діафрагму та м'язи живота один одного. Зазвичай це створює веселу атмосферу [61].

2. Наступна вправа направлена на вивільнення агресії. Знову ж таки, це добре для розширення діапазону, гнучкості та точності нот. Можна заохочувати до хорошої підтримки з боку діафрагми та приємно широко відкривати рота на голосні звуки. Ця вправа ідеально підходить для справжнього вивільнення звуку. Можна попросити клієнтів співати якомога голосніше – це завжди хороший спосіб розблокувати їхні голоси та позбутися будь-яких затисків. Наприкінці цієї вправи вони повинні почати відчувати «розігрів».

Варіанти цієї вправи можуть бути використані, наприклад, починаючи кожну ноту з жорсткого голосового звуку, м'якого голосового звуку та стаккато, легато та згладженого звуку, починаючи з приголосних, як показано в попередній вправі.

Музичні варіації також можна додавати, коли група просувається, ускладнюючи вправу в міру вдосконалення. Швидше та повільніше також є хорошим варіантом, який підтримує інтерес клієнтів [61].

3. Наступна вправа – рух октавами. Потрібно робити вдих перед кожною фразою октави, і швидкість може відповідно змінюватися. Варіації можуть включати використання приголосних, невиразне звучання або глісандо та стаккато.

Важливо заохочувати кожного співати рівномірно на нижчій і вищій тональності.

Вокалотерапевт може навести приклад того, як співати ноти однаковим тоном і гучністю, не підвищуючи при цьому верхню ноту.

Ця вправа чудово допомагає контролювати діафрагму та кількість повітря, що випускається.

Це також добре для розуміння розміщення звуку. Вокалотерапевт пояснює, де резонує нота, і запропонує кожному клієнту спробувати її окремо в групі.

Інший «октавний» варіант – це співати перший рядок пісні: «Somewhere over the rainbow». Це також добре для вимови, точності нот і розширення голосних, особливо звуку «where», оскільки його важко втримати, коли досягається точка розриву голосу [61].

Було помічено, що в цей момент виникають технічні проблеми щодо «точки зламу» голосу, де резонанс змінюється з «грудного» на «головний» голос. Терапевт має пояснити, що таке «пасаж» або «злам».

Залежно від можливостей групи, саме в цей момент можна вирішити «розігрітися» легким диханням і зробити десятихвилинну перерву.

Потрібно звертати увагу на дихання в кінці музичних фраз, а також створення музичної динаміки (голосної та тихої) у відповідних місцях. Вокалотерапевт демонструє використання м'язів живота та діафрагми.

Якщо під час пісні виникали вокальні проблеми, терапевт зупиняється, щоб вирішити їх, допомагаючи клієнту виправити проблему.

Потім кожній групі пропонується заспівати рядок пісні, щоб розвинути впевненість у собі.

Робота в парах або малих групах є додатковим варіантом і може бути цікавим способом переаранжування пісні [61].

Коли група буде готова, терапевт просить їх кілька разів виконати всю пісню.

Ближче до кінця сесії групу попросять розповісти про те, як для них пройшла сесія.

Клієнтам надається анкета, щоб звіт про хід роботи міг бути збережений і наданий клієнту в кінці 10 тижнів. Однак це не є обов'язковим.

У міру просування групи вправи виконуватимуться більше, а заняття будуть інтенсивнішими [61].

4. Вправа на вокальну спритність і контроль дихання.

Цю вправу може бути неможливо виконати в повному обсязі в перші кілька тижнів, але з часом її можна обережно виконувати. Терапевт спершу показує всю вправу, а потім пропонує розділити її навпіл.

Коли клієнти впораються з цим, можна додати другу половину вправи, переконавшись, що між ними робиться вдих.

З часом, по мірі розвитку навичок у групі, всю вправу можна проспівати на одному диханні в кожній тональності [61].

Альтернативним варіантом було б використання приголосних на кожній ноті.

Ця вправа показала надзвичайну ефективність протягом багатьох років, і хоча спочатку її важко співати, з практикою вона, безперечно, покращує вокальні здібності.

У випадку клієнтки з хворобою Паркінсона цю вправу було визнано найкориснішою, оскільки зрештою вона змогли виконати її на одному диханні. Це давало їй відчуття досягнення та дозволяло співати більш складні твори [61].

5. Хроматичні гами в кожній тональності.

Ця вправа є складнішою, і її не слід виконувати в перші кілька тижнів програми.

Хроматичні гами дуже корисні, коли справа стосується точності нот і уважного прослуховування.

Використовуючи приголосні на кожній ноті (як і в попередніх вправах), м'язи рота та обличчя дуже добре тренуються. Терапевт починає повільно, і, коли здібності групи покращуються, збільшує швидкість підйому в кожній тональності [61].

Вокалотерапевт також може уповільнити вправу і спробувати спонукати групу співати мікротони. Це може бути веселою вправою та ввести нові «ноти» в музичний спектр [61].

6. Резонанс і обертони на кожній ноті.

Було виявлено, що найпростіший спосіб створити обертон у голосі – це співати голосні у вигляді дифтонгу: «іііі-ууууууу». У цій вправі три голосні з'єднані разом у триптонг: «ааааа-ііііі-ууууууу». Це добре працює, якщо співати дуже повільно.

Ця вправа може пробудити усвідомлення нового резонансу в тілі клієнта. Вокалотерапевт може досягти чудових результатів, працюючи над цією вправою з учнями з усіма здібностями. Гармонійні частоти створюють цікаві фізичні явища в резонуючих частинах тіла, особливо в голові. Коли люди відчують це вперше, вони зазвичай дуже шоковані тим, що тіло має здатність створювати дві частоти одночасно. У випадку клієнтки з хворобою Паркінсона, вона виявила вправу дуже стимулюючою та сильною, оскільки вся її голова вібрувала від звуку [61].

Пошук нижчих частот у грудній клітці та інших резонуючих порожнинах є захоплюючою вправою. Групу можна заохотити видавати «звуки», які не є привабливими. Це допомагає порушити умовність того, що нас заохочують вважати музично прийнятним. Видаючи експериментальні звуки, можна знайти ділянки тіла, які раніше не використовувалися. З цього моменту можна заохочувати клієнтів «покращити» звук, застосовуючи хорошу техніку, наприклад більше дихання, більшу опору живота, правильне використання язика тощо [61].

7. Пентатонічна гамма

У міру просування групи, за кілька тижнів їм можна дати складніші гами.

Пентатоніка – це гама, що складається з п'яти нот. Цікаво, що ці п'ять нот безпосередньо походять від нот гармонічного ряду. Це могло б пояснити, чому люди вважають пентатонічні гами такими зручними, тому що на несвідомому рівні вони чують ці ноти як гармоніку основної [61].

У міру просування групи можна заохочувати кожного до імпровізації. Пентатоніка корисна як інструмент імпровізації, особливо коли справа доходить до співу блюзу.

Заохочення групи до самовираження через імпровізацію дійсно може допомогти зміцнити їхню впевненість у собі. Протягом багатьох років було помічено, що люди ухиляються від імпровізації, боячись зробити помилку або виглядати нерозумно. Додатковими вправами, які допомагають подолати бар'єри для самовираження, можуть бути починання лише з однієї ноти, потім з двох і поступово прогресувати, поки не буде досягнуто цілого діапазону нот [61].

Такі ігри, як музичний китайський шепіт, можна додати для розваги: одна особа починає з однієї ноти, кожна особа співає цю ноту та додає свою власну тощо [61].

8. Спів терціями.

Ця вправа може бути корисною для дикції, точності нот, дихання, контролю положення діафрагми.

У міру розвитку групи вчитель може збільшити швидкість. Використання як голосних, так і приголосних звуків тренує м'язи обличчя та голосову щілину. Труднощі зазвичай виникають навколо пауз, тому можна уповільнити вправу та ретельно працювати з кожним частиною окремо [61].

9. Рух по 9 нот вгору та вниз.

Цю вправу можна використовувати для стимулювання хорошого дихання, спритності та контролю тону.

Ідея полягає в тому, щоб підтримувати постійне контрольоване положення звуку від початку до кінця. Її можна співати як одну фразу, стаккато, з голосними або приголосними звуками, плавно, твердою або м'якою атакою, швидко або повільно на розсуд терапевта [61].

Наприкінці вокальної розминки щотижня група або вокалотерапевт може вибрати нову пісню для роботи.

Заохочуватиметься хороша вокальна техніка, а наступним кроком може бути запровадження гармоній.

Вокалотерапевт на власний розсуд вирішує, скільки група може зробити за одне заняття. Встановлення правильного темпу є важливим для кожної окремої групи, оскільки ніхто не хотів би ні перевантажувати, ні опікуватися.

Нарешті, наприкінці кожної сесії відбувається групове обговорення [61].

Х. Шепард підводить підсумок, що вокал як терапія хвороби Паркінсона та інших неврологічних захворювань дає дуже позитивні результати. Вже згадана вище клієнтка зазначала, що відчувала себе розслабленою і, отже, з меншою тривогою, більшою ейфорією, меншою депресією, меншим болем у щелепі та роті. Це фокусувало її мозок, допомагаючи з проблемами пам'яті (наприклад, запам'ятовування текстів і мелодій), сприяло гарній дикції, допомогло покращити сон, роботу м'язів гортані та голосової щілини, покращуючи якість і резонанс її голосу [61].

Деякі з труднощів із голосом, з якими стикаються хворі на хворобу Паркінсона та розсіяний склероз, це невиразна мова, монотонний тон, недостатня гучність, відсутність виразу обличчя та хрипкий звук. Наведені вище вокальні вправи вирішують ці проблеми та продемонстрували позитивні результати.

Авторка також зазначає, що хорошого тексту пісні іноді достатньо, щоб змінити емоційний стан людини, яка слухає або співає. Це безпосередньо стосується «дзеркальних нейронів» і «резонансної поведінки» [61].

Отже, ми розглянули різні варіанти технологій використання вокалотерапії в комбінації з тілесно-орієнтованою терапією у тих чи інших

варіантах. Деякі використовують вправи з тілесно-орієнтованої терапії лише для виправлення постави та дихання, концентруючись більше на роботі з голосом, інші – включають вокальні вправи як точечний інструмент. Варто зазначити, що наразі бракує єдиної вивіреної системи, яка б об'єднувала найефективніші інструменти обох напрямків.

3.2. Розробка програми корекції проявів особистісних проблем клієнтів із застосування вокалотерапії та тілесно-орієнтованої терапії

Програма корекції проявів особистісних проблем клієнтів включатиме комбінацію інструментів вокалотерапії та тілесно-орієнтованої терапії.

Програма розрахована на 15 тижнів (1 сесія на тиждень, тривалістю 60 хвилин), однак тривалість може варіюватися залежно від індивідуальних темпів клієнта, і складається з 6 етапів.

Актуальні запити: тривожність, депресивний стан, високий рівень нервового напруження (в тому числі, коли воно переходить в тілесне), високий рівень стресу, проблеми, пов'язані з агресією (неконтрольована агресія або навпаки нездатність її виражати), емоційна нестійкість, труднощі з самовираженням та проявленням себе в соціумі, проблеми в комунікації та стосунках тощо.

1) Перший етап – знайомство та визначення запиту клієнта, перевірка його на істинність.

2) На другому етапі роботи необхідно навчити клієнта бути в контакті з тілом. У цьому нам допоможе наступна вправа:

Клієнт сидить, зручно, але зібрано, спина спирається на спинку стільця чи крісла, стопи стоять на підлозі (ідеально, якщо є можливість стояти босоніж), руки лежать на верхній поверхні стегон (ні руки, ані ноги не перехрещуються). Терапевт просить внутрішнім зором пройти по всьому тілу знизу вгору, звернути увагу, що клієнт відчуває у пальцях ніг, стопах,

гомілках, колінах, стегнах і т.д. Клієнт має звернути увагу, чи є в тілі біль, якісь зажими, важкість, будь-які неприємні відчуття.

Якщо в тілі є неприємні відчуття, пропонуємо клієнту розслабити це місце вольовим зусиллям під час видиху.

Вибір пісні самим клієнтом – чудовий діагностичний інструмент. Однак для клієнтів без вокального досвіду (отже, для більшості), з проблемами сорому, тривоги та невпевненості, підвищеною самокритикою, великою кількістю нелегітимізованих емоцій, особливо у випадку яскраво виражених горловим та щелепного блоків цей інструмент може бути лякаючим або нездоланим. Тому, щоб не посилювати і без того сильний супротив (який майже завжди буває на початку терапії) потрібно починати з легких вправ, які, при цьому, дадуть клієнту видимий результат, аби сформувати мотивацію для подальшої роботи (що може стати ключовим фактором успіху у випадку субдепресії, апатії та подібних станів).

З точки зору тілесно-орієнтованої терапії, тілесні блоки потрібно розпускати з одного кінця: зверху донизу (від очного до тазового) чи знизу вгору (навпаки). Порядок вокалотерапевтичних вправ можна побудувати по такому є принципу.

Наступна вправа стосуватиметься опори. Просимо клієнта поставити ноги трохи вужче ширини плечей, трохи зігнути коліна, попружинити, щоб коліна були м'якими. Повільно переносити вагу тіла на передню частину стоп та на задню, ліворуч та праворуч, при цьому не відриваючи стопи від підлоги. Далі просимо клієнта зробити 5 кругів стегнами в один бік та у протилежний. Просимо описати відчуття, робимо помітки для відстеження результату: чи було складно пружинити колінами? Чи зупиняв клієнт дихання під час вправи? Чи напружував якісь м'язи (наприклад, стегна, живіт, низ спини, стопи)? Які почуття виникали в процесі виконання? Чи відчував сором, ніяковість, роздратування?

У випадку появи неприємних почуттів або емоцій, просимо клієнта поспостерігати за цими почуттями всередині себе деякий час, при цьому контролюємо, щоб він глибоко і спокійно дихав.

Наступним кроком буде робота з диханням. Ця вправа в першу чергу задіює брюшний, діафрагмальний та грудний сегменти тіла. Спершу просимо клієнта подихати, як звичайно, в різному темпі. Спостерігаємо, чи рухається живіт, чи лише грудна клітка? Чи піднімаються плечі? Якщо живіт таки задіяно, чи розкриваються ребра?

Більшість людей дихають «не на повну силу», задіюючи лише грудну клітку. Діафрагма при цьому залишається пасивною.

В такому випадку спершу ми вчимо клієнта «надувати м'ячик» животом. Цю вправу краще виконувати стоячи, інший варіант, якщо є можливість – можна лягти на рівну помірно тверду поверхню. У першому випадку терапевт повинен контролювати, нерідко у клієнтів відбувається запаморочення або навіть короточасна втрата свідомості. У другому випадку потрібно контролювати, щоб клієнт не напружував поясницю, а рухав саме животом.

З плином занять вправу можна ускладнювати: вчити клієнта розкривати ребра при вдиху, рухати «м'ячик» з живота в грудну клітку і назад (це візуальний опис, що відповідає фізіологічному процесу активної роботи діафрагми).

3) Коли клієнт трохи звикне до формату роботи (через 2-3 тижні занять або раніше, залежно від можливостей клієнта) варто розділити роботу з диханням на роботу окремо з кожним блоком. Для розслаблення брюшного блоку чудово підходить верхня арка Лоуена [53]. Якщо ж з якихось причин її виконання поки недоступне, можна замінити на сидіння навпочіпки.

Для розслаблення діафрагмального блоку можна виконати класичну вправу з тілесно-орієнтованої терапії: Клієнт лежить на спині, робить глибокий вдих носом в живіт на максимум, який може. Після паузи підбирає повітря ще. І так ще 2-3 рази. Далі через паузу починає повільно видихати

повітря ротом. Важливо перейти до видиху так, щоб не було вакуумного ривка. Вправа повторюється декілька разів.

Тут також буде доречно виконати розтирання вух круговими рухами, з відтягуванням до потилиці і вниз з помірною силою.

При роботі з грудним блоком чудово працює вправа «біоенергетичний стільчик» А. Лоуена [53]. Сам біоенергетичний стільчик можна замінити фідболом, товстим валиком чи скрученим рушником тощо.

Ми повернемося до цих блоків пізніше в процесі співу. Важливо пам'ятати, що робота має бути поступовою, але в рамках чіткої дисципліни. Підчас виконання або після вправ з клієнтом слід обговорювати його відчуття та емоції в процесі. Часто в процесі такої роботи клієнтами приходять блискавичні спогади, що можуть відображати ключову травматичну подію, що сформувала блок і як наслідок поведінковий паттерн.

Далі потрібно попрацювати з руками та плечима. Тут можна використовувати вправи з тілесно-орієнтованої терапії та розсуд терапевта.

Наступна вправа направлена на розігрів голосового апарату. Однак, працюючи над нею, клієнт поступово розпускає очний, щелепний та горловий блоки, пропускаючи через них вібрацію. За таких обставин буде простіше вивільнити заблоковані в них емоції.

Вправа виконується з закритим ротом, вокалотерапевт показує вправу з фортепіано в до-мажорі: мі-фа-мі-ре-мі-ре-до. У випадку відсутності інструменту, терапевт може показати вправу на слух. Нотний текст може бути також варійований, важливо лише, щоб інтервали між нотами були пів тону і тон, вправа була короткою, в спокійному темпі. Далі вправа модулюється вгору та вниз (кількість разів залежить від діапазону клієнта, це контролює сам терапевт).

При виконанні цієї вправи, клієнт має відчувати вібрацію: в кістках черепа (ніс, зона по бокам від носа, нижня щелепа) та горлі. Щоб краще відчувати вібрацію та навчитися її контролювати, можна по чергово класти долоні або

пальці на різні вібуючі ділянки, пробуючи збільшувати та зменшувати інтенсивність вібрації.

Ця вправа викличе у клієнта позіхання (хоча зазвичай воно проявляється вже при першій роботі з диханням). Її можна виконувати без інструменту. Вокалотерапевт демонструє виконання самостійно: починає звук з доволі високої ноти і через гліссандо з'їжджає вниз. Вправа починається голосною «а», далі «і» та інші голосні по черзі. Далі клієнт повторює вправу декілька разів. Під час позіхання клієнт тримає пальці на жувальних м'язах і злегка розминає їх.

Ще одна вправа у верхній частині діапазону. Вправа виконується на звук «і» починаючи в середньому сегменті діапазону, наприклад, від ноти «до» - вгору на чисту квінту і вниз знову на ноту «до». Все виконується на легато, клієнт повинен навчитися так з'єднувати ноти, щоб голос не ламався.

Наступна вправа дещо схожа на дев'яту, але розширена. Нотами в до-мажорі це буде «соль-ля-соль-фа-соль-фа-мі-фа-мі-ре-мі-ре-до», але клієнт має проспівувати склади «зо-за-зо-за-зо» (кожен склад співається на 3 ноти, окрім останнього). Цією вправою ми ведемо клієнта вниз діапазону, спонукаючи звертати увагу на вібрацію в грудній клітці. Якщо клієнт не проти, терапевт може підійти і в процесі співу, простукувати злегка кулаком або пальцями по верхній частині грудної клітки, плечам та спині клієнта, щоб вивільнити природний звук.

Далі на одній ноті клієнт проспівує дзвінкі приголосні з усіма голосними: «ді-де-ді-до-ду-ди», «бі-бе-ба-бо-бу-би», «рі-ре-ра-ро-ру-ри». При цьому букву «р» клієнт має якомога яскравіше проричати. Далі вокалотерапевт модулює вгору до перших нот головного регістру та вниз до грудного.

Також на одній ноті клієнт проспівує мілко і швидко «ні-ні-ні-ні-не-не-не-не-на-на-на-ни-и-и», протягуючи останній склад. При цьому клієнт відслідковує вібрації лицевих кісток (особливо в області носа). Щоб правильно направити звук, клієнту можна запропонувати уявити, що з точки

між бровами він звуком посиляє промінь у якусь точку перед ним (якийся предмет чи точка на стіні).

Перераховані вправи та їх обговорення в перші тижні роботи повністю заповнюють сесію.

4) Наступним етапом є вибір творів. Можна запропонувати клієнту самотійно обрати декілька пісень на вибір і під час сесії зупинитися на тих, які можливо виконати, виходячи з фізіологічних та технічних можливостей клієнта. Або ж вокалотерапевт сам пропонує твори. Їх слід підбирати з таким змістом та емоційним посилом, щоб виконання допомогло клієнту реалізувати власні почуття. З одного боку це допоможе вивільнити велику частину заблокованої енергії, з іншого – обговорення почуттів клієнта в процесі виконання може допомогти підняти травматичний досвід минулого у свідомість і пропрацювати в інших техніках.

Корисною технікою для роботи з конкретними ситуаціями є проспівування. Клієнт може виконати пісню з подібним змістом, або ж просто імпровізувати, проспівуючи голосними імпровізовану мелодію, яка виразить його почуття. Вокалотерапевт в цей момент всіляко підтримує і заохочує клієнта не стримувати емоції. Часто в кінці цієї техніки клієнт виходить на плач або крик. Коли вокалотерапевт бачить, що клієнт зараз вийде на проживання глибоких почуттів, він заохочує клієнта підключити тілесне відреагування. Тут будуть актуальними техніки з тілесно-орієнтованої терапії.

Наприклад, в процесі співу клієнт починає скручувати руками рушник, направляючи на нього всю агресію. Ця вправа добре працює, якщо агресія клієнта подавлена і не має можливості виразити її більш активно.

Інший варіант підходить, якщо вираження агресії клієнта схоже на зрив і клієнт сам боїться цього стану. Тоді ми навчаємо клієнта цільовому вираженню агресії. Перший крок – клієнт проспівує власні емоції, терапевт просить клієнта в процесі додавати звук «р», також, якщо клієнт співає «вузькі» голосні («і», «у», «и»), змінюємо на широку «а». При цьому клієнт

стоїть з м'якими колінами, перед високим столом/кріслом тощо, на якому лежить подушка/складена ковдра. При наближенні кульмінації емоцій, клієнт заводить руки за голову в замок і коли готовий – ударяє з усієї сили в конкретну точку. Така вправа допомагає навчитися контролювати вираження агресії.

Важливо, щоб на момент роботи з агресією у терапевта та клієнта був сформований міцний терапевтичний альянс.

У випадку, якщо клієнт виходить в плач, на цей випадок в кабінеті вокалотерапевта має бути місце, яке для клієнта асоціюватиметься з безпекою (крісло, диван тощо), важка ковдра або плед. Після відреагування плачу, а іноді й в процесі, клієнту часто необхідно почуття тілесної безпеки. І кілька хвилинна перерва на «сховатися в будиночку» (метафорично, маємо на увазі те безпечне місце) чудово задовольняє цю потребу.

5) На п'ятому етапі варто включити спів в дуєті. Клієнт може співати разом з терапевтом, або цей інструмент можна використовувати для терапії пар. Ця робота має включати наступні кроки:

Спершу виконавці (пара або клієнт та терапевт) по черзі співають по одному куплету. Той, хто не співає – повинен уважно слухати іншого, не відволікаючись на гаджети, погоду за вікном чи свої думки.

Далі партнери мають співати фрази почергово у творі, де між фразами немає пауз, одна змінює іншу одразу. Ця вправа допомагає не лише розвинути відчуття ритму, але й навчитися слухати партнера, бути почутим, вступати вчасно – не зарано і не запізно, тобто відчуттю доречності.

Наступний крок – спів в унісон. Така вправа допомагає розвинути почуття партнерства, прибрати не доречне суперництво. В одночас, якщо ми працюємо з парою, вже на перших трьох вправах чудово видно атмосферу в сім'ї/парі, звички та паттерни комунікації. Якщо терапевт співає в дуєті з клієнтом, дуже важливо проговорювати прочуття клієнта в процесі, адже модель відносин «терапевт-клієнт» відображає паттерни, як клієнт буде стосунки в реальному житті: підлаштовується, замовчує, агресує, давить,

контролює, соромиться, відчуває провину за кожну помилку тощо. І саме спів в дуєті, як незвична ситуація та середовище, висвітлює приховані процеси більш швидко.

Четвертий крок є, в першу чергу, своєрідним тренінгом на баланс. Це спів у два голоси. Така вправа допомагає навчитися одночасно чути і себе, і партнера, відслідковувати, де в провалах відповідальність моя, а де партнера (цей етап дуже важливий для клієнтів з невротичним почуттям вини або навпаки схильністю до інфантилізму та безвідповідальності).

Працюючи з парою ми комбінуємо формат роботи: у кожного є одна індивідуальна сесія та одна спільна.

- 6) Шостий етап – заключний. Підводимо підсумки, порівнюємо точку старту та фінал, запитуємо у клієнта зворотній зв'язок у вигляді анкети або просто у вільній формі.

Висновки до розділу 3:

У третьому розділі було вивчено практичні технології застосування вокалотерапії для вирішення різноманітних психологічних проблем, неврологічних захворювань тощо.

Було розглянуто техніки, які пропонує доктор Д. Остін, яка в своїх дослідженнях зосереджувалась на використанні вокалотерапії для поліпшення розуміння та вираження емоцій та розробляла для цього відповідні вправи.

Також було вивчено технологію роботи О. Тарасенкової. Хоча ця технологія розрахована роботу з учнями-вокалістами, тілесні техніки з вокального мистецтва є дієвими не лише для розвитку голосу професійних вокалістів, а й для вирішення особистісних психологічних проблем.

І останньою було розглянуто програму Х. Шепард, розраховану на роботу з клієнтами з хворобою Паркінсона та іншими неврологічними захворюваннями.

У підрозділі 3.2. було розроблено авторську програму корекції особистісних проблем клієнтів, яка поєднує використання інструментів вокалотерапії та тілесно-орієнтованої терапії.

Програма розрахована на 15 тижнів (1 сесія на тиждень, тривалістю 60 хвилин), з можливістю подовження/скорочення залежно від індивідуальних темпів клієнта. Програма складається з 6 етапів: початкового, заключного і 4-х етапів вокально-тілесної роботи задля вирішення особистісних проблем клієнтів.

Програма розрахована на вирішення наступних запитів: тривожність, депресивний стан, високий рівень нервового напруження (в тому числі, коли воно переходить в тілесне), високий рівень стресу, проблеми, пов'язані з агресією (неконтрольована агресія або навпаки нездатність її виражати), емоційна нестійкість, труднощі з самовираженням та проявленням себе в соціумі, проблеми в комунікації та стосунках тощо.

ВИСНОВКИ

У сучасному світі варіативність методів психотерапії значно розширюється. Особливо активного розвитку набувають різноманітні арт-терапевтичні напрямки. Однак, вокалотерапія є менш поширеною, ніж інші види арт-терапії, оскільки потребує психотерапевта принаймні базових знань та кваліфікації у сфері музики.

1. У результаті теоретичного дослідження було здійснено теоретичний аналіз використання вокалотерапії в різних психотерапевтичних підходах. Також було впорядковано понятійну базу тілесно-орієнтованої психотерапії та вокалотерапії. Виділено вихідне поняття «вокалотерапія», яке покладено в основу визначення базових понять дослідження та розглянуто варіативність трактування поняття, як у таких значимих постатей у психології, як З. Фройд, К. Юнг, А. Лоуен, А. Менегетті, так і сучасними науковцями, наприклад, Д. Остін, Х. Богровою, С. Шушарджаном, Н. Єрґоміною, О. Зирко, Г. Леофріком, Дж. Еллсворт та іншими. Загалом, поняття вокалотерапії було визначено як використання різноманітних вправ на роботу з голосом та диханням для вирішення психотерапевтичних задач. Інструментарій вокалотерапії охоплює конкретні вправи на розвиток голосу, вправи на дихання, вибір репертуару для вираження емоцій, розслаблення тіла та вивільнення емоцій через звук, імпровізацію, імітацію природних та фантастичних звуків тощо.

2. Було дослідження фізіологічні особливості роботи голосу та особливості роботи мозку при співі. Було виявлено, що спів задіює майже все тіло людини, отже має потенціал до розслаблення всіх тілесних блоків: очного, щелепного, горлового, грудного, діафрагмального, брюшного та тазового. Спів активує ряд ділянок мозку: лобову та темпоральну долю, моторну та соматосенсорну кору, церебеллум, амігдалу, гіпокамп, лівий префронтальний корекс і лівий верхній тімпанічний дивізіон, праву і ліву передні цівки, правий супівмірний корекс, дорсомедіальний префронтальний

корекс, верхній темпоральний гірус, нижню частину коркового моторного ареалу, передня центральна поясна кора, первинна та вторинна слухова кора та інші. Крім того, науковці зазначають, що виконання музики сприяє підвищенню взаємодії між різними частинами мозку. Різні ділянки голосового апарату мають різний вплив на мозкові процеси, і взаємодіють з різними ділянками мозку, також певні ділянки мозку відповідають за різні аспекти виконання вокальної музики.

3. Було вивчено сучасний досвід комбінованого використання вокалотерапії та тілесно-орієнтованої психотерапії і виявлено, що використання вокалотерапії в комбінації з тілесно-орієнтованою терапією у більшості досліджень дає статистично більш значущі результати, аніж кожен метод окремо, що свідчить про перспективність обраної теми дослідження. Підвищену ефективність комбінованого підходу (порівняно з використанням кожного методу окремо) уже виявлено при лікуванні депресії та депресивного розладу, професійного вигорання, для лікування осіб з аутизмом, психічних розладів у дітей та підлітків, для зниження тривожності, зміцнення емоційної стійкості, підвищення самооцінки, нормалізації настрою, зниження рівня стресу. Науковці також відзначають додатковий позитивний вплив на фізичне самопочуття. Водночас, використання комбінованого підходу наразі є недостатньо вивченим та потребує подальших досліджень.

4. Оскільки було виявлено, що вокалотерапія та тілесно-орієнтована терапія в першу чергу працюють з проявами особистісних проблем клієнтів, допомагаючи вивільнити ресурс на їх вирішення, емпіричне дослідження було направлено на виявлення актуальних проявів особистісних проблем клієнтів. Було використано наступні методики: Опитувальник рівня агресії Басса-Даркі, Шкала депресії Бека, Шкала реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна, Шкала визначення суб'єктивного стресу Коннора-Девідсона. Також було розроблено авторську анкету на визначення тілесних блоків.

5. У результаті емпіричного дослідження було виявлено високий рівень агресивності у респондентів, де найбільші показники отримано в критеріях фізична агресія, вербальна агресія, роздратування. Негативізм та підозрілість мають найнижчі середні показники. А от почуття провини – також є одним з найбільш виражених. За Шкалою визначення суб'єктивного стресу було виявлено, що 64.2% респондентів мають нижчий за середній рівень стресу. І лише 9.4% високий рівень. Це свідчить про те, що настала стадія адаптація до стресу. Однак, дослідження рівня депресії дало значно менш втішні результати: 2/3 респондентів мають, щонайменше, субдепресію. Третина опитуваних показали високий рівень ситуативної тривожності, однак 47.3% – низький. За результатами анкетування було виявлено, що більше половини респондентів страждають від наявності та сильної вираженості грудного блоку, особливо часто згадувався плечовий пояс. Проаналізувавши індивідуальні результати респондентів, було зроблено висновок, що цей фактор пов'язаний з високим рівнем почуття провини. Також дуже сильно проявлені горловий та щелепний блоки, які відповідають за вираження емоцій, почуттів, самовираження тощо. З чого зроблено висновок про велику кількість заблокованих емоцій.

6. Було вивчено практичні технології застосування вокалотерапії для вирішення різноманітних психологічних проблем, неврологічних захворювань тощо: техніки, які пропонує доктор Д. Остін, яка в своїх дослідженнях зосереджувалась на використанні вокалотерапії для поліпшення розуміння та вираження емоцій та розробляла для цього відповідні вправи; технологію роботи О. Тарасенкової, оскільки тілесні техніки з вокального мистецтва є дієвими не лише для розвитку голосу професійних вокалістів, а й для вирішення особистісних психологічних проблем; програму Х. Шепард, розраховану на роботу з клієнтами з хворобою Паркінсона та іншими неврологічними захворюваннями.

7. Виходячи з результатів, отриманих в емпіричному дослідженні, було розроблено авторську програму корекції проявів особистісних проблем

клієнтів, яка поєднує використання інструментів вокалотерапії та тілесно-орієнтованої терапії. Програма направлена на зниження рівня тривоги, нервового напруження (в тому числі, коли воно переходить в тілесне), депресивних проявів, рівня стресу, проблем, пов'язаних з агресією (неконтрольована агресія або навпаки нездатність її виражати), укріплення емоційної стабільності, вирішення проблем із самовираженням, комунікацією тощо. В умовах безперервної війни перелічені запити є гостро актуальними, що показало емпіричне дослідження. Вона може використовуватися в реабілітаційних центрах, індивідуальній практиці психологів, слугувати основою для розробки подальших терапевтичних програм.

Здійснене дослідження не претендує на остаточне та вичерпне вирішення зазначеної проблеми. Вирішення поставлених завдань відкрило ще більше питань, які виходять далеко за межі формату Кваліфікаційної роботи, що, власне, й підкреслює надзвичайну перспективність вивчення вокалотерапії. В Україні наразі вкрай мало схожих програм, що, безсумніву пов'язано з необхідністю володіння базовими музичними навичками для терапевта і недостатньою вивченістю комбінованого використання вокалотерапії та тілесно-орієнтованої терапії. Доцільним є подальше вивчення комбінованого методу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Богрова Х.Б. Порівняльний аналіз особливостей прояву просодичного компонента мовлення дітей дошкільного віку: результати емпіричного дослідження. *Вісник Одеського національного університету. Сер. Психологія*. Одеса, 2017. т. 22, № 2. С. 7-15.
2. Бондар М. Ефективність використання комбінованої терапії вокалотерапії та біоенергетичного аналізу у роботі з хворими на депресію: дослідження. *Психологія та психіатрія*. 2021. №. 2. С. 33-38.
3. Гаснюк В.В. Вокалотерапія як метод регулювання емоційного стану та техніка корекції самовираження особистості. *Науковий вісник Льотної академії. Сер. Педагогічні науки*. Кропивницький, 2020. № 8. С. 72-76.
4. Захарченко Г. Я. Вокально-виконавська майстерність: психофізичні аспекти розвитку співацького голосу. *Культурологічна думка*. 2017. № 12. С. 165-171.
5. Карасьова О. В. Використання вокалотерапії для зниження рівня тривожності у жінок з ожирінням. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер. Медицина*. Ужгород, 2017. № 2(48). С. 148-151.
6. Коваленко А. І. Розвиток особистості учнів молодшого шкільного віку за допомогою музичної терапії та вокалотерапії. *Науковий вісник Чернівецького університету. Сер. Педагогіка та психологія*. Чернівці, 2010. № 477. С. 90-96.
7. Ковальова С. В. Музикотерапія як ресурс збереження здоров'я та попередження синдрому «професійного вигорання» в педагогічних працівників. *Народна освіта*. 2018. №1. С. 15-22.
8. Коkun О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 25 с.

9. Левченко Є. М. Вокалотерапія як засіб управління емоціями людини. *Музичне мистецтво і освіта*. 2018. №. 2 (14). С. 58-61.
10. Опитувальник Басса-Дарки. Веб-сайт. URL: https://stud.com.ua/82700/psihologiya/opituvalnik_bassa_darki (дата звернення: 4.10.2023).
11. Оцінка рівня ситуативної (реактивної) тривожності (Тест Спілбергера-Ханіна). Львівський національний університет ім. Івана Франка : веб-сайт. URL: https://lnu.edu.ua/life-safety/wp-content/uploads/2019/09/OZDSH_PR-4-2019.pdf (дата звернення: 1.10.2023).
12. П'ятницька-Позднякова І., Коршунова А. Обґрунтування фізіологічних можливостей дихання під час процесу вокалізації: емпіричне дослідження. Миколаїв : Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського, 2019. 20 с.
13. Петрова К. Використання вокалотерапії у комбінації з тілесно-орієнтованою психотерапією в роботі з клієнтами, що страждають на тривожні розлади. *Психологія і психотерапія*. 2018. № 23. С. 43-50.
14. Руденко Я. Вокалотерапія: досвід зарубіжних і вітчизняних напрямків психотерапевтичного і психологічного простору. *Фундаментальні та прикладні дослідження в практиці провідних наукових шкіл*. 2020. № 38 (2). С. 10-14.
15. Савельєва-Кулик Н. О. Музична терапія в інтегративній медицині : навч. посіб. для лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти. Київ : Інтерсервіс, 2014. 139 с.
16. Сергієнко О. Психологічні механізми вокалотерапевтичного впливу в умовах невротичних та психосоматичних розладів: дис. ... кандидата психологічних наук : 19.00.05 – соціальна психологія. Київ, 2019. 185 с.
17. Тарасенко О. П. Основні аспекти роботи з тілом учня-вокаліста із використанням елементів психологічних технік на уроках вокалу. *Грааль науки*. 2021. №1. С. 371-376.

18. Фізіологія системи дихання. Модуль 2. Фізіологія вісцеральних систем: навч.-метод. посіб. для студентів медичних вузів України. / В. Соколенко та ін. Полтава, 2019. 160 с.
19. Шкала депресії Бека. *Cognitive behavioral therapy* : веб-сайт. URL: <https://cbt-therapist.net/BDI> (дата звернення: 20.09.2023).
20. Шпетна К. І., Никоненко О. В. Особливості застосування вокалотерапії у діагностиці та корекції особистісних проблем клієнтів. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку* : зб. Матеріалів V Міжнар. конф. Київ : Університет економіки та права КРОК, 2023. URL: <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2023/paper/view/1881> (дата звернення 15.12.2023).
21. Що таке вокально-тілесна схема. Веб-сайт. URL: <http://slovopedia.org.ua/58/53394/386194.html> (дата звернення: 03.02.2023)
22. Acetylcholine in mind: a neurotransmitter correlate of consciousness? / E. Perry etc. *Trends in neurosciences*. 1999. Vol. 22, No 6. P. 273-280.
23. Aitsengarten I. Vocal Therapy as a Tool for Mental Health. *International Journal of Psychology and Behavioral Sciences*. 2017. No 7(3). P. 67-71.
24. Austin D. The musical mirror: Music therapy for the narcissistically injured. In K. Bruscia (Ed.), *Case studies in music therapy*. Gilsum, HA: Barcelona Publishers, 1991. P. 293-307.
25. Austin D. *The Theory and Practice of Vocal Psychotherapy: Songs of the Self*. London : Jessica Kingsley Publishers. 2010. 224 с.
26. Austin, D. In search of the self: The use of vocal holding techniques with adults traumatized as children. *Music Therapy Perspectives*. 2001. Vol. 19, No 1. P. 22-30.
27. Baker F., Wigram T., Gold C. The effects of a song-singing program on the affective speaking intonation of people with traumatic brain injury. *Music Therapy Perspectives*. 2005. Vol. 23, No 2. P. 88-96.

28. Blood A. J., Zatorre R. J. Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2001. Vol. 98, No 20. P. 11818-11823.
29. Brown S., Martinez M. J., Parsons L. M. Music and language side by side in the brain: a PET study of the generation of melodies and sentences. *European journal of neuroscience*. 2006. Vol. 23, No 10. P. 2791-2803.
30. Buday E. The neural basis of vocal performance anxiety and its relation to the motor system. *Frontiers in human neuroscience*. 2015. Vol. 9. P. 283.
31. Choi J. N., Kim J. The effect of combined somatic psychotherapy and music therapy on depression and quality of life. *The Arts in Psychotherapy*. 2019. Vol. 63. P. 63-70.
32. Choi J. N., Lee J. H. The effects of a combination of vocal music therapy and somatic psychotherapy on children and adolescents with psychiatric disorders: A pilot study. *Journal of Music Therapy*. 2018. Vol. 55, No 2. P. 169-189.
33. Corda M., Von Euler C., Lennerstr G. Proprioceptive innervation of the diaphragm. *Physiol*. 1965. Vol. 178. P. 161–177.
34. Cross-modal plasticity of the motor cortex while listening to a rehearsed musical piece. / A. D'Ausilio etc. *European Journal of Neuroscience*. 2009. Vol. 30 No 2. P. 255-264.
35. Effects of music intervention on physiological stress response and anxiety level of mechanically ventilated patients in Taiwan. / H.-L. Lai etc. *Journal of Clinical Nursing*. 2011. Vol. 20, No 7-8. P. 1066-1072.
36. Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms of dementia. / A. Raglio etc. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 2008. Vol. 22, No 2. P. 158-162.
37. Ellsworth J. K. Vocal psychotherapy. In B. L. Wheeler (Ed.): *Music therapy handbook*. New York : Guilford Press, 2015. 294 p.

38. Fogarty M. J., Mantilla C. B., Sieck G. C. Breathing: Motor Control of Diaphragm Muscle. *Physiology (Bethesda)*. 2018. Vol. 33, No 2. P. 113–126.
39. Grahn J. A., Brett M. Rhythm and beat perception in motor areas of the brain. *Journal of cognitive neuroscience*. 2007. Vol. 19, No 5. P. 893-906.
40. Grossi E., Mosconi P., Ciceri R. The voice as a bridge between body and mind: Listening to the psychosomatic unity in the treatment of chronic pain. *Frontiers in Psychology*. 2016. Vol. 7. P. 515.
41. Harrison H. Vocal psychotherapy for individuals with schizophrenia: A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*. 2013. Vol. 40, No 1. P. 37-44.
42. Hass I., Nizamie S. H., Nizamie A. The effectiveness of Indian classical music and progressive muscle relaxation training in reducing symptoms of anxiety and depression among patients with schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*. 2018. Vol. 60, No 4. P. 465-471.
43. Ishihara N., Fukui S., Ishikawa S. Effect of vocal group music therapy on neuropsychiatric symptoms and social interaction of schizophrenia: a randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*. 2013. Vol. 4. P. 321.
44. Joo H. J., Park J. W. The effects of a music and body movement intervention on professional burnout among care workers. *The Arts in Psychotherapy*. 2018. Vol. 58. P. 51-57.
45. Kim J., Choi J. N. The effectiveness of a combination of vocal music therapy, somatic psychotherapy, and music therapy in treating adults with autism spectrum disorder. *The Arts in Psychotherapy*. 2020. Vol. 70. P. 101635.
46. Kimberly S., Klimek M. McD., Estill J. The Estill Voice Model Theory and Translation. Pittsburgh, Pennsylvania : Estill Voice International, LLC, 2017. 281 p.
47. Koelsch S. Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*. 2014. Vol. 15, No 3. P. 170-180.
48. Krammer M., Wöller J. The effectiveness of vocal psychotherapy combined with body-oriented psychotherapy in depression: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*. 2018. Vol. 227. P. 186-193.

49. Larrouy-Maestri P., Magne C., Besson M. What does music training do to our brains? The musician's advantage in maintaining speech understanding in noise. *Frontiers in Neuroscience*. 2017. Vol. 11. P. 1-11.
50. Lateralization of phonetic and pitch discrimination in speech processing. / R. J. Zatorre etc. *Science*. 2002. Vol. 256, No 5060. P. 846-849.
51. Le Gallais M. The Use of Music Therapy and Vocal Psychotherapy in the Treatment of Eating Disorders. *Music and Medicine*. 2015. Vol. 7, No 1. P. 31-38.
52. Leofric G. Vocal therapy: An integrative approach to treating mental illness. *Music Therapy Perspectives*. 2015. Vol. 33, No 1. P. 7-14.
53. Lowen A. Voice therapy: A psychotherapeutic approach to self-expression. New York : Macmillan. 1982. 296 p.
54. Maratos A. S., Gilbert P., Camara A. A pilot study of a combined vocal and body-oriented therapy for depression. *Psychotherapy Research*. 2021. V. 31, No 1. P. 47-62.
55. Miller S., Schutte H., Sapienza C. Vocal pedagogy and voice science: Anatomy, physiology, and pathology. San Diego, CA : *Plural Publishing*. 2005. Vol. 114, No 5. P. 115-122.
56. Moses P. J. The voice of neurosis. New-York : Grune and Stratton, 1954. 127 p.
57. Nan Y., Knösche T. R., Friederici A. D. The neural basis of music: A comprehensive review of functional MRI studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2018. Vol. 88. P. 266-296.
58. Olderrich M. The use of music therapy in the treatment of depression. *Journal of Music Therapy*. 2018. Vol. 55, No 2. P. 123-135.
59. Pettersen V. Muscular patterns and activation levels of auxiliary breathing muscles and thorax movement in classical singing. *Bethesda: National Library of Medicine*. 2005. Vol. 57, No 5-6. P. 255–277.
60. Secluka J. The effectiveness of vocal psychotherapy in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Music Therapy*. 2015. Vol. 52, No 3. P. 367-383.

61. Sheppard H. The therapeutic effects of singing on the body, mind and soul effectuating a practical vocal rehabilitation programme for those suffering from neurological and other conditions. *University of Wolverhampton*. 2013. URL: https://www.researchgate.net/publication/354077352_The_therapeutic_effects_of_singing_on_the_body_mind_and_soul_effectuating_a_practical_vocal_rehabilitati_on_programme_for_those_suffering_from_neurological_and_other_conditions (дата звернення: 10.11.2023).

62. Silverman M. J. The effect of music therapy on the sound production of children with cochlear implants. *Journal of Music Therapy*. 2003. Vol. 40, No 2. P. 124-138.

63. Singh N. N., Singh A. N. The impact of group singing and voice therapy on depression and quality of life in people with depression: A preliminary study. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2017. Vol. 8, No 5. P. 543-545.

64. Singing for Lung Health: A Systematic Review of the Literature and Consensus Statement. / D. Copley etc. *Npj Primary Care Respiratory Medicine*. 2018. Vol. 138, No 4. P. 215-222.

65. Structural and functional asymmetry of lateral Heschl's gyrus reflects pitch perception preference. / P. Schneider etc. *Nature Neuroscience*. 2005. Vol. 8, No 9. P. 1241-1247.

66. The effects of perioperative music interventions in pediatric surgery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. / Van der Heijden M. J. E. etc. *PloS one*. 2019. Vol. 14, No 8. P. 608.

67. The effects of vocal and body psychotherapy on depression: A pilot study. / J. Kim etc. *The Arts in Psychotherapy*. 2019. Vol. 63. P. 28-33.

68. The neural correlates of respiratory, phonatory, and articulatory movements: A systematic review. / J. Wang etc. *NeuroImage*. 2020. Vol. 215. P. 116816.

69. Timbre-specific enhancement of auditory cortical representations in musicians. / C. Pantev etc. *Neuroreport*. 2001. Vol. 12, No 2. P. 169-174.

70. Titze I. R. Principles of voice production. National Center for Voice and Speech. Iowa City : University of Iowa, 2000. 207 p.
71. Tourville J. A., Reilly K. J., Guenther F. H. Neural mechanisms underlying auditory feedback control of speech. *NeuroImage*. 2019. Vol. 191. P. 71-80.
72. von Leupoldt A., Dahme B. Cortical substrates for the perception of dyspnea. *Chest*. 2005. Vol. 128, No 1. P. 345-354.
73. Walcott J. Vocational Music Therapy for Children with Autism: A New Approach for Music Therapists, Health Care Professionals, and Parents. London : Jessica Kingsley Publishers, 2015. 254 p.
74. Wigram T., Gold C. Music therapy in the assessment and treatment of autistic spectrum disorder: clinical application and research evidence. *Child: Care, Health and Development*, 2006. Vol. 32, No 5. P. 535-542.
75. Yeo S., McCabe P., Madill C. Effects of Different Lung Volume Conditions on Closed Quotient. *Vocal Fundamental Frequency and Relative Intensity in Vocally Untrained Female Speakers*. 2018. Vol. 46. P. 339–347.
76. Yinger O. S., Gooding L. F., Ioannou C. Y. The effect of group singing interventions on aggression, self-esteem, and quality of life in prison populations: a systematic review. *Arts & Health*. 2018. Vol. 10, No 3. P. 183-202.
77. Zatorre R. J., Baum S. R. Musical melody and speech intonation: singing a different tune. *PLoS biology*. 2012. Vol. 10, No 7. P. 1001372.

Усього джерел – 77

Джерел за останні п'ять років – 40

Джерел зарубіжних авторів за останні п'ять років – 21 (23, 31, 32, 38, 42, 44, 44, 45, 46, 48, 49, 54, 57, 58, 63, 64, 66, 67, 68, 71, 75, 76)

Джерел українських авторів за останні п'ять років – 19 (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21)

БЛАНК ОПИТУВАННЯ ЗА ШКАЛОЮ ДЕПРЕСІЇ БЕКА

ОПИТУВАЛЬНИК ДЕПРЕСІЇ БЕКА

Ім'я, прізвище:	Дата:
-----------------	-------

Цей опитувальник складається з групи тверджень. Прочитайте, будь-ласка, кожен групу тверджень і виберіть те, яке найбільш точно характеризує ваше самопочуття, мислення і настрої на сьогодні. Обведіть колом номер вибраного твердження. Зверніть увагу, що спершу необхідно прочитати усі твердження в одній групі і лише тоді робити вибір.

№		
1	0. Мені не сумно. 1. Мені сумно, я чуюсь пригніченим. 2. Я увесь час чуюсь сумним, пригніченим і не можу відволіктись від цього стану. 3. Я відчуваю нестерпний сум та тугу.	
2	0. Я спокійно думаю про майбутнє. 1. Думки про майбутнє викликають в мені страх та тривогу. 2. Мені нема чого чекати від майбутнього і на що надіятися. 3. Я відчуваю, що в моєму майбутньому нема нічого доброго і я нічого не можу змінити.	
3	0. Я не відчуваю себе невдахою. 1. Я відчуваю, що в мене більше невдач, ніж у інших людей. 2. Моє життя – це суцільна низка невдач та помилок. 3. Я абсолютний невдаха в усьому (навчанні, праці, сімейному житті і т.д.)	
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей. 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше од улюблених занять та речей. 2. Я ні від чого не отримую задоволення. 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу.	
5	0. Я не відчуваю відчуття провини. 1. Я доволі часто відчуваю провину. 2. Я дуже часто чуюсь поганою людиною і мене мучить відчуття провини. 3. Мене мучить постійне відчуття провини.	
(6)	1. Я не вважаю, що заслуговую покарання. 2. Я допускаю, що заслуговую покарання. 3. Я вважаю, що маю бути покараним. 4. Я відчуваю, що доля карає мене.	
7	0. Я в основному задоволений тим, ким я є. 1. Я незадоволений собою. 2. Я гидкий собі. 3. Я ненавиджу себе.	
(8)	0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди. 1. Я критикую себе за слабкості та помилки. 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки. 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо.	
9	0. У мене не виникає думок про самогубство. 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього. 2. Я хочу вмерти і планую самогубство. 3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство.	
(10)	0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно. 1. Я плачу частіше, ніж звичайно. 2. Я увесь час плачу. 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться.	

(11)	0. Я не дратуюсь частіше, ніж звичайно. 1. Я дратуюсь легше, ніж звичайно. 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Те, що раніше дратувало мене, тепер мені стало байдуже.	
12	0. Я не втратив цікавості до людей. 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше. 2. Я майже повністю втратив інтерес до людей. 3. Люди мені глибоко байдужі.	
13	0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення. 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень. 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення. 3. Я не в стані приймати жодних рішень.	
14	0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно. 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік. 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше. 3. Я переконаний, що виглядаю жакливо.	
15	0. Мені працюється так, як і раніше. 1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці. 2. Я з великою трудностю змушую себе взятися до праці. 3. Я не в стані працювати.	
(16)	0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше. 1. Я сплю гірше, ніж раніше. 2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути. 3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути.	
17	0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно. 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше. 2. Я втомлююся від будь-якого заняття. 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися.	
18	0. У мене нормальний апетит. 1. У мене погіршився апетит. 2. У мене майже відсутній апетит. 3. У мене зовсім нема апетиту.	
(19)	1. Моя вага залишається незмінною. 2. За останній час я схуд більше ніж на 3 кг. 3. За останній час я схуд більше ніж на 5 кг. 4. За останній час я схуд більше ніж на 7 кг. 🚩 Я намагаюся схуднути, свідомо обмежуючи себе в їжі: так / ні	
(20)	0. Моє тілесне здоров'я є добре. 1. Мене турбують наявні у мене фізичні симптоми (наприклад, болі в животі, запори та ін.). 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами. 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше.	
(21)	0. Мій інтерес до статевого життя за останній час не зменшився. 1. Статеве життя мене цікавить зараз менше, ніж звичайно. 2. Мій інтерес до статевого життя значно зменшився. 3. Я повністю втратив інтерес до статевого життя.	

Примітки:

ЗАГАЛЬНА КІЛЬКІСТЬ БАЛІВ:

БЛАНК ОПИТУВАННЯ ЗА ШКАЛОЮ СИТУАТИВНОЇ (РЕАКТИВНОЇ)
ТРИВОЖНОСТІ СПІЛБЕРГЕРА-ХАНІНА

	Ситуація	Ні, це не так	Напевно , так	вірно	Дійсно вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3	Я почуваю себе напружено	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я розчарований	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9	Я стурбований	1	2	3	4
10	Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скованості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я заклопотаний	1	2	3	4
18	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ АГРЕСІЇ БАССА-ДАРКІ

1. Часом я не можу впоратися з бажанням заподіяти шкоду іншим.
2. Іноді пліткують про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююсь.
4. Якщо мене не попросять по - хорошому, я не виконаю.
5. Я не завжди отримую те, що мені належить.
6. Я не знаю, що люди говорять про мене за моєю спиною.
7. Якщо я не схвалюю поведінку друзів, я даю їм це відчуття.
8. Коли мені траплялося обдурити кого - небудь, я відчував болісні докори сумління.
9. Мені здається, що я не здатний вдарити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами.
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.
14. Я тримаюся насторожено з людьми, які ставляться до мене кілька більш дружньо, ніж я очікував.
15. Я часто буваю не згоден з людьми.
16. Іноді мені на розум приходять думки, яких я соромлюся.
17. Якщо хто - небудь першим вдарить мене, я не відповім йому.
18. Коли я дратуюся, я ляскаю дверима.
19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається.
20. Якщо хто - то уявляє себе начальником, я завжди роблю йому наперекір.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я думаю, що багато людей не люблять мене.
23. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Люди, ухиляються від роботи, повинні відчувати почуття провини.

25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку.
26. Я не здатний на грубі жарти.
27. Мене охоплює лютість, коли з мене насміхаються.
28. Коли люди корчаться з себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.
29. Майже щотижня я бачу кого - небудь, хто мені не подобається.
30. Досить багато людей заздять мені.
31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.
32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно переводять вас, варті того, щоб їх "клацнули по носі".
34. Я ніколи не буваю похмурим від злості.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я того заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хто - то виводить мене з себе, я не звертаю уваги.
37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість.
38. Іноді мені здається, що наді мною сміються.
39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до "сильним" виразам.
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були прощені.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хтось - небудь ударить мене.
42. Коли виходить не по - моєму, я іноді ображаюся.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по - справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: "Ніколи не довіряти чужинцям".
46. Якщо хто - небудь дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю.
47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую.
48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити кого - небудь.
49. З дитинства я ніколи не виявляв спалахів гніву.
50. Я часто відчуваю себе як порохова бочка, готова вибухнути.

51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко працювати.

52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити що - небудь приємне для мене.

53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь.

54. Невдачі засмучують мене.

55. Я б'юся не рідше ніж і не частіше, ніж інші.

56. Я можу згадати випадки, коли я був настільки злий, що хапав ліпшу мені під руку річ і ламав її.

57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку.

58. Іноді я відчуваю, що життя надходить зі мною несправедливо.

59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю.

60. Я лаюся тільки зі злості.

61. Коли я роблю неправильно, мене мучить совість.

62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.

63. Іноді я висловлюю свій гнів тим, що стукаю кулаком по столу.

64. Я буваю грубуватий по відношенню до людей, які мені не подобаються.

65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити.

66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо він того заслуговує.

67. Я часто думаю, що жив неправильно.

68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.

69. Я не засмучуюсь - за дрібниць.

70. Мені рідко приходить в голову, що люди намагаються розлютити або образити мене.

71. Я часто тільки загрожую людям, хоча і не збираюся приводити погрози у виконання.

72. Останнім часом я став занудою.

- 73. У суперечці я часто підвищую голос.
- 74. Я намагаюся приховувати своє погане ставлення до людей.
- 75. Я краще погоджуся з чим - або, ніж стану сперечатися.

БЛАНК ОПИТУВАННЯ ЗА ШКАЛОЮ ВИЗНАЧЕННЯ СУБ'ЄКТИВНОГО СТРЕСУ КОННОРА-ДЕВІДСОНА-10

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція:

Вам пропонується оцінити себе за 10 твердженнями, обвівши кружечком відповідну цифру:

- 0 = повністю невірно
- 1 = зрідка вірно
- 2 = вірно час від часу
- 3 = часто вірно
- 4 = вірно майже у всіх випадках

	Повністю невірно			Вірно майже у всіх випадках	
1. Здатний адаптуватися до змін	0	1	2	3	4
2. Можу впоратися з усім, що трапиться	0	1	2	3	4
3. Дивлюся на речі з гумористичного боку	0	1	2	3	4
4. Впевнений, що подолання стресу зміцнює	0	1	2	3	4
5. Швидко відновлююсь після хвороби або труднощів	0	1	2	3	4
6. Можу досягти своїх цілей не зважаючи на перепони	0	1	2	3	4
7. Під тиском зосереджуюсь і думаю ясно	0	1	2	3	4
8. Важко розчарувати невдачею	0	1	2	3	4
9. Думаю про себе як про сильну людину	0	1	2	3	4
10. Можу впоратися з неприємними почуттями	0	1	2	3	4

АНКЕТА НА ВИЗНАЧЕННЯ ТІЛЕСНИХ БЛОКІВ (авторська розробка)

1. Сядьте прямо, стопи стоять на підлозі, закрийте очі. Внутрішньою увагою дослідіть ваше тіло: чи є десь напруження, дискомфорт, тяжкість? Де саме?
2. Сядьте прямо, зажмурьте очі на 5 секунд, зробіть декілька кругів максимального діаметру з закритими очима, потім різко та широко розплющіть очі. Чи відчули біль, дискомфорт?
3. Помасажуйте шкіру голови, якби рухаючи її з місця на місце, опишіть свої відчуття.
4. Чи можете ви широко відкрити щелепу (щоб туди помістився кулак або хоча б половина)?

Зробіть вправу, як показано на картинці:



Знайдіть скулову кістку (як показано на зображенні), ставимо чотири пальці під неї, від вух (точка кріплення нижньої щелепи) і під ряд під кісткою. Надавіть достатньо сильно на жувальні м'язи і повільно відкрийте рота.

Чи відчуваєте напруження, біль?

- А) Боляче
- Б) Дискомфортно, але не критично
- В) Нічого не відчуваю, жувальні м'язи м'які та еластичні
- Г) Інше (опишіть)

5. Чи можете ви вільно та голосно говорити протягом тривалого часу? Якщо ні, опишіть, що саме заважає
6. Як часто ви ловите відчуття «кому в горлі»?
7. Чи турбують вас болі в зоні лопаток?
- А) так, часто
- Б) так, інколи
- В) ніколи
8. Чи відчуваєте ви, що вам не вистачає дихання, ніби на грудну клітку давить камінь чи ремінь?
- А) так, часто
- Б) іноді, коли нервую
- В) ніколи
9. Як ви справляєтеся з нудотою? (Оберіть один варіант):
- А) не можу блювати, навіть коли відчуваю, що потрібно. Максимум - при дуже сильних отруєннях.
- Б) дуже часто блюю при найменшій інтоксикації або на нервах.
- В) не маю проблем, якщо отруєння, може знудити, але не спостерігаю цього надто часто
10. Сядьте зручно та поспостерігайте за своїм диханням: чи можете ви зробити глибокий вдих животом? Чи паморочиться при цьому голова?
11. Сядьте навпочіпки («сядьте на корточки»). Чи можете сидіти, не відриваючи п'ятки від підлоги? Якщо вправа дається складно, опишіть, чому саме?
12. Чи можете ви легко зробити вісімку стегнами? Які відчуття при цьому?
13. Станьте прямо, ноги на ширині плечей, коліна м'які. Зробіть 5 кругів стегнами в один бік і 5 в інший. Опишіть свої відчуття під час вправи.