

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Інститут управління, психології та безпеки

Кафедра теоретичної психології

МУЗИКОТЕРАПІЯ У РОБОТІ ІЗ ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ

кваліфікаційна робота

здобувача вищої освіти
освітнього ступеня «бакалавр»

Лілія БЕЗРУЧКО

4 курсу денної форми навчання
спеціальність 053 «Психологія»
ОПП «Психологія»

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук

Наталія МРАКА

Рецензент:

кандидат психологічних наук, доцент

Олександра КУЗЬО

Кваліфікаційна робота допущена до захисту

« 1 » травня 2023 р., протокол № 11

завідувач кафедри теоретичної психології

доктор психологічних наук, професор

_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів

2023

АНОТАЦІЯ

Безручко Л.І. Музикотерапія у роботі з тривожними розладами

Кваліфікаційна робота викладена на 58 сторінок, містить 2 рисунка, 35 літературних джерел.

Об'єктом дослідження є ефективність музикотералії при роботі з тривожними розладами.

Предметом дослідження є методи і використовуються у роботі з тривожними розладами прийоми музикотерапії.

Мета дослідження - визначити ефективність музикотерапії при роботі з тривожними розладами.

У ході роботи досягнуті у повному обсязі мета та завдання дослідження. Так, у першому розділі було подано теоретичне обґрунтування тривожного розладу та музикотералії як сучасного напрямку роботи психологів. Встановлено, що тривога - це емоція, що характеризується неприємним станом внутрішнього неспокою, який часто супроводжується нервовою поведінкою, такою як збудження, соматичні проблеми та занепокоєння, а музикотералія виступає методом, який використовує музику як корекційний засіб, як основний вплив на свідомість людини (слухання музики, індивідуальні та групові музичні заняття).

На підставі цього виходить, що головне завдання музикотералії - відновити або зміцнити реальність, де музика може сприяти як покращенню настрою та самооцінки так і навпаки.

Другий, практичний розділ, присвячений емпіричному дослідженню тривожних розладів за допомогою музикотералії. Для цього було підібрано психодіагностичний інструментарій та безпосередньо проведено тестування з респондентами. За висновком дослідження, було виявлено, що музикотерапія - є ефективним інструментом для роботи з тривогою, стресом та тривожними розладами, відповідно, нами було здійснено узагальнення, що вплив музики на кожного здійснюється по різному і залежить це все від особливості характеру кожного та рівня тривоги та стресу, який вони відчули або відчувають й нині. Для більш ефективного використання музикотерапії, необхідно регулярно робити певні вправи раз на тиждень разом зі спеціалістом, після чого стан значно полегшиться.

Ключові слова: музикотерапія, музика, тривога, страх, арт - терапія, тривожні розлади.

Рецензент: кандидат психологічних наук, доцент Олександра КУЗЬО

ANNOTATION

Bezruchko L.I. Music therapy in work with anxiety disorders

The qualification work is laid out on 58 pages, contains 2 figures, 35 literary sources.

The object of the study is the effectiveness of music therapy in dealing with anxiety disorders.

The subject of the research is the methods and techniques of music therapy used in the work with anxiety disorders.

The purpose of the study is to determine the effectiveness of music therapy in dealing with anxiety disorders.

In the course of the work, the goal and objectives of the research were fully achieved. So, in the first chapter, the theoretical justification of anxiety disorder and music therapy as a modern field of work of psychologists was presented.

It has been established that anxiety is an emotion characterized by an unpleasant state of inner restlessness, which is often accompanied by nervous behavior such as agitation, somatic problems and worries, and music therapy is a method that uses music as a corrective tool, as the main influence on a person's consciousness (listening music, individual and group music lessons. Based on this, it turns out that the main task of music therapy is to restore or strengthen the reality, where music can contribute both to improving mood and self-esteem, and vice versa.

The second, practical section, is devoted to the empirical study of anxiety disorders using music therapy. For this, psychodiagnostic tools were selected and testing was conducted directly with the respondents. According to the conclusion of the study, it was found that music therapy is an effective tool for working with anxiety, stress and anxiety disorders.

Accordingly, we made a generalization that the influence of music on everyone is carried out in different ways and it all depends on the peculiarities of the character of each person and the level of anxiety and stress that they felt or feel even now. For more effective use of music therapy, it is necessary to regularly do certain exercises once a week together with a specialist, after which the condition will be significantly relieved.

Key words: music therapy, music, anxiety, fear, art therapy, anxiety disorders.

Reviewer: candidate of psychological sciences, associate professor Oleksandra KUZYO

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. НАУКОВИЙ АНАЛІЗ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ТА МУЗИКОТЕРАПІЇ	
1.1. Теоретичний аспект тривожного розладу у психології.....	7
1.2. Музикотерапія як сучасний напрямок роботи психологів.....	34
1.3. Методи і прийоми музикотерапії.....	43
Висновки до першого розділу.....	51
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ЗА ДОПОМОГОЮ МУЗИКОТЕРАПІЇ	
2.1. Організація дослідження.....	52
2.2. Методики дослідження.....	53
2.3. Аналіз отриманих результатів у досліджуваних.....	54
Висновки до другого розділу.....	61
ВИСНОВКИ.....	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	64

ВСТУП

Актуальність дослідження. Тривожні розлади є одними з найпоширеніших психічних розладів у світі, які суттєво погіршують якість життя та здоров'я людей. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, більше 264 мільйонів людей у світі страждають від тривожних розладів, що свідчить про величезний масштаб цієї проблеми.

У світлі цих даних, ефективні методи лікування та підтримки психічного здоров'я людей, які страждають від тривожних розладів, є надзвичайно важливими. Одним з таких методів є музикотерапія, яка базується на використанні музики як інструменту для покращення психічного здоров'я та зниження рівня тривоги.

Проте, не зважаючи на те, що музикотерапія є популярним методом в роботі з тривожними розладами, механізми її дії та конкретні фактори, які забезпечують її ефективність, ще не повністю зрозумілі. Тому дослідження музикотерапії та її впливу на психічне здоров'я людей, які страждають від тривожних розладів, залишається актуальною та важливою темою для наукових досліджень.

Музикотерапія може бути ефективним доповненням до інших методів лікування, таких як психотерапія та медикаментозна терапія, оскільки вона може допомогти знизити рівень тривоги та покращити настрій у пацієнтів.

Крім того, музикотерапія може бути більш доступною та менш інвазивною формою лікування, особливо для тих пацієнтів, які не бажають або не можуть приймати ліки. Вона може бути корисною для різних груп населення, включаючи дітей, дорослих та літніх людей.

Розуміння механізмів дії музикотерапії може допомогти удосконалити цей метод та зробити його більш ефективним в роботі з тривожними розладами. Крім того, вивчення конкретних факторів, що забезпечують ефективність музикотерапії, може допомогти створити більш індивідуалізований підхід.

Мета дослідження – визначити ефективність музикотерапії при роботі з тривожними розладами.

Об’єкт дослідження – 30 осіб.

Предмет дослідження – ефективність музикотерапії при роботі з тривожними розладами.

Завдання дослідження:

1. Здійснити науковий аналіз психологічної літератури стосовно тривожних розладів.
2. Визначити актуальність та ефективність музикотерапії, застосування методів і приймів при роботі з людьми.
3. Теоретично та практично організувати дослідження музикотерапії з людьми, які страждають від тривожних розладів.
4. Здійснити аналіз отриманих результатів.
5. Зробити загальний висновок дослідження.

Гіпотеза дослідження – за допомогою застосування музикотерапії, у досліджуваних знизиться рівень тривожності та стресу.

Теоретична основа – науковим підґрунтям даного дослідження є аналіз психологічної літератури стосовно тривожних розладів, актуальність музикотерапії як напрямку для допомоги людям та сформованих методів і приймів, які застосовуються.

Наукова новизна – 1) більша обізнаність у питанні тривожних розладів; 2) сучасні методи та прийоми музикотерапії.

Практичне значення – отримані результати дослідження допоможуть використовувати методи музикотерапії при роботі з тривожними розладами.

Методологія – у моєму дослідженні використано методика «По черзі», методика «Запитання/відповідь», методика «Барабанне коло».

Бакалаврська робота складається зі: вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВИЙ АНАЛІЗ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ТА МУЗИКОТЕРАПІЇ

1.1. Теоретичний аспект тривожного розладу у психології

Тривога - це емоція, що характеризується неприємним станом внутрішнього неспокою, який часто супроводжується нервовою поведінкою, такою як збудження, соматичні проблеми та занепокоєння. Тривога – це не те ж саме, що страх, який є реакцією на реальну або уявну неминучу загрозу, оскільки страх пов'язаний із очікуванням майбутньої загрози.

Тривога - це відчуття тривоги, зазвичай узагальнене і виникає як перебільшена реакція на ситуацію, яка лише суб'єктивно сприймається як загрозна. Це часто супроводжується напругою м'язів, тривогою, втомою та проблемами з концентрацією. Тривога може бути доречною, але якщо вона виникає регулярно, людина може страждати від тривожного розладу.

На психологічному рівні тривога відчувається як напруга, занепокоєння, хвилювання, нервозність і відчувається як відчуття незахищеності, безпорадності, безпорадності, невизначеності, самотності, передчуття невдачі, нездатності прийняти рішення тощо.

На фізіологічному рівні реакції тривоги проявляються почастищенням серцевих скорочень, частішим диханням, збільшенням хвилинного об'єму кровообігу, підвищенням артеріального тиску, підвищенням загального збудження, зниженням порогів чутливості, нейтральні подразники набувають негативного відтінку.

Під час страху людина відчуває сильну напругу, проявляє хвилювання, втрачає здатність зосереджуватися на чомусь, крім небезпеки, що насувається. Мозок сигналізує про виділення гормонів, які запускають механізм активації симпатичної нервової системи.

Ця реакція співчуття забезпечує соматичну можливість «боротися або втікати»:

1. При травмі підвищується згортання крові;
2. Підвищує тиск і прискорює пульс;
3. Відбувається перерозподіл крові до м'язової маси, яка в свою чергу готова діяти в напрузі;
4. Сповільнюється травлення;
5. Зупиняється виділення слини, викликаючи сухість у роті;
6. Прискорюється дихання і покращується вентиляція легенів;
7. Сфінктери товстої кишки і жовчного міхура скорочуються;
8. Печінка задовольняє енергетичні потреби, підтримуючи рівень глюкози;
9. Короткочасне зниження імунної реактивності.

Діагноз соціальна фобія або так званий соціальний тривожний розлад виникає у випадках, коли людина стає надмірно тривожною та надмірно сором'язливою. Люди з соціальною фобією відчують постійний, інтенсивний і хронічний страх перед спостереженням і спостереженням, страх перед осудом і страх опинитися в незручному становищі. Вони можуть хвилюватися за кілька днів або тижнів до страшної події. Цей страх може бути настільки сильним, що заважає роботі, навчанню та іншим повсякденним заняттям, ускладнює пошук нових друзів і загрожує соціальним контактам.

Хоча деякі люди з соціальною фобією усвідомлюють, що їхній страх бути поруч з іншими людьми недоречний і необґрунтований, вони все одно не можуть його подолати. Навіть якщо їм вдається подолати свій страх і обігнати людей, вони зазвичай дуже нервують перед заходом, почуваються вкрай некомфортно під час заходу і бояться, що після його закінчення вони будуть говорити про них годинами.

Соціальна фобія може обмежуватися страхом перед конкретною ситуацією (наприклад, страхом розмовляти з людьми, їсти чи пити в присутності інших людей або підходити до тарілки) або вона може бути дуже широкою (наприклад,

випадок загальна соціальна фобія), що людина відчуває тривогу в присутності майже всіх, крім членів сім'ї.

Фізичні симптоми, які зазвичай асоціюються із соціальною фобією, включають припливи, надмірне потовиділення, тремтіння, нудоту та труднощі з розмовою. Коли з'являються ці симптоми, людині з соціальною фобією здається, що всі очі прикуті до неї.

Близько 15 мільйонів дорослих американців страждають від соціальної фобії [26]. Чоловіки та жінки однаково сприйнятливі до цього стану [15], який зазвичай починається в дитинстві або ранньому підлітковому віці [32]. Є докази, що генетичні фактори відіграють роль у розвитку соціальної фобії. Соціофобія часто супроводжується іншими тривожними розладами або депресією [31; 32], а спроби самолікування можуть призвести до зловживання психоактивними речовинами [28; 31].

Соціальну фобію можна успішно лікувати за допомогою медикаментів або деяких форм психотерапії.

Дослідники вивчають роль генів у спричиненні цих захворювань і досліджують вплив факторів навколишнього середовища, таких як забруднення повітря, фізичний і психічний стрес і дієта. Крім того, проводяться дослідження щодо «природного прогресування» (прогресування захворювання без лікування) тривожних розладів, що виникають окремо, у поєднанні з іншими тривожними розладами та супутніми психічними захворюваннями, такими як депресія [27].

Зараз вчені вважають, що психічні захворювання, такі як хвороби серця та діабет 1 типу, є складними і, ймовірно, є результатом поєднання генетичних, екологічних, психологічних та еволюційних факторів. Наприклад, дослідження близнюків та їхніх сімей свідчать про те, що генетика відіграє певну роль у розвитку деяких тривожних розладів, але тригером такого розладу, як ПТСР, є психологічна травма. Генетичне тестування може допомогти зрозуміти, чому в одних людей розвивається ПТСР, а в інших – ні.

Певні частини мозку відіграють ключову роль у створенні почуття тривоги [29]. Використовуючи технологію візуалізації людського мозку та нейрохімічні

методи, дослідники виявили, що мигдалеподібне тіло мозочка та гіпокамп відіграють важливу роль у розвитку більшості тривожних розладів.

Церебральне мигдалеподібне тіло - це мигдалеподібна ділянка глибоко в мозку. Ця мигдалина мозочка вважається центром зв'язку між областями мозку, які обробляють вхідні сенсорні імпульси, і областями, які їх інтерпретують. Мигдалеподібне тіло головного мозку сповіщає решту мозку про загрозу та «запускає» реакцію — страх або тривогу. Емоційна пам'ять, здається, зберігається в центральній частині мигдалеподібного тіла мозочка і може відігравати певну роль у тривожних розладах, пов'язаних з багатьма різними страхами, такими як страх собак, павуків або польотів.

Гіпокамп - це частина мозку, яка кодує події в спогадах. Дослідження показали, що деякі жертви жорстокого поводження з дітьми або учасники бойових дій мають менший гіпокамп, ніж інші [16; 33]. Дослідження повинні визначити, що спричиняє це зниження та яку роль воно відіграє в таких ознаках ПТСР, як спогади, погіршення пам'яті та фрагментовані спогади про травматичну подію.

За характером і симптоматикою розрізняють такі види страху:

Первинна тривога є домінуючим симптомом невротичних розладів. форми:

1) Фобія - ізольований страх, пов'язаний з певним подразником, який має непропорційно високу інтенсивність і спрямований на уникнення контакту з загрозовим подразником; спостерігається при фобіях;

2) Паніка (приступообразная) - виникає раптово і триває кілька хвилин; спостерігається при епізодичному судомному занепокоєнні (панічний розлад); 3) Генералізований - тривожний, різної інтенсивності, що викликає надмірне занепокоєння; спостерігається при генералізованому тривожному розладі;

4) пов'язані з соматичними скаргами, не підтвердженими медичним оглядом; спостерігається при соматоформних розладах;

5) пов'язані зі стресовою подією; спостерігається при гострих стресових реакціях, розладах адаптації, посттравматичному стресовому розладі.

Вторинна тривожність є симптомом інших захворювань і станів: психічних (при депресії, шизофренії, розладах органічного походження), соматичних, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин або побічною дією наркотиків.

Страх - це індивідуальна риса людини, риса характеру, яка проявляється в схильності до надмірного хвилювання, стан страху в ситуаціях, які, на думку цієї людини, загрожують труднощами, невдачами і розчаруваннями. Найголовніше, що ми говоримо про психологічну загрозу, тобто загрозу суб'єктивну і не проявляється як загроза фізична. Такими ситуаціями можуть бути: певні конфлікти, людина порівнює себе з тими, хто має певну перевагу, конкурує з ними.

Тривога та страх є відповідними реакціями на небезпеку, але у випадку страху небезпека явна та об'єктивна, а у випадку тривоги – прихована та суб'єктивна. Іншими словами, інтенсивність страху пропорційна важливості ситуації для людини. Причини його страху йому справді невідомі.

Базисна тривога — це термін із психоаналітичної концепції Карен Хорні, який відноситься до глибокого почуття страху та безпорадності, яке може виникнути у дитини внаслідок проблемних стосунків з батьками (родичами). Базовий страх, з'явившись у молодому віці (з народження), може стати визначальною рисою поведінки людини і впливати на неї більше, ніж вроджені інстинкти. Під впливом базової тривоги людина намагається позбутися страху, відчувати себе в безпеці.

Тривога - це схильність до емоційного збудження, тривога, що виникає в ситуаціях невизначеної загрози очікуваної події і проявляється в очікуванні її несприятливого результату. Тривожна дитина живе в стані постійного, безпричинного страху, напруженості з думками: «Нехай щось станеться». Підвищена тривожність робить поведінку дитини важкою, неспокійною, розсіяною. Така емоційна підтримка значно зростає в умовах особистої відповідальності за щось і негативно впливає на характер, який набуває ознак незахищеності, низької впевненості в собі, внутрішнього конфлікту між високим рівнем страху і низькою впевненістю в собі, і щастя. . .

Як виникає страх? Тривожність — це риса темпераменту, успадкована від батьків та інших членів сім'ї, тому вона притаманна всім, але проявляється на різних рівнях індивідуально і, отже, по-різному впливає на поведінку.

Умовою появи підвищеної тривожності є висока чутливість (чутливість) нервової системи, яка може відзначатися не у всіх дітей.

Усе це дозволяє зробити висновок, що риси темпераменту якщо й не є джерелом психологічного стресу, то є важливим фактором ризику, який не можна ігнорувати.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) успішно використовується для лікування тривожних розладів. Когнітивний компонент терапії допомагає людям подолати стереотипні думки, що стоять за їх тривогою; а поведінковий компонент допомагає модифікувати відповіді на стимули, які викликають ситуації, що викликають тривогу.

Наприклад, КПТ може допомогти людині з панічним розладом усвідомити та дізнатися, що їхні панічні атаки насправді не є серцевими нападами. КПТ може допомогти людині з соціальною фобією подолати відчуття, що всі дивляться і говорять про вас. Коли людина готова протистояти своїм страхам, вона вчиться використовувати техніку «підштовхування» в ситуаціях, що викликають тривогу та страх, щоб зменшити чутливість до тригерів проблеми.

Люди, які бояться бруду і бактерій, змушені бруднити руки і не мити їх відразу, а чекати деякий час, що збільшує час очікування. Психолог допомагає людині впоратися з тривогою, викликаною очікуванням. Після серії таких вправ страх зникає. Люди з соціальною фобією змушені перебувати в соціальних ситуаціях, які їх лякають, долати спокусу втекти та страх зробити помилку, спостерігати за реакцією людей.

Оскільки реакції оточуючих зазвичай не такі бурхливі, як побоювався пацієнт, страхи зменшуються. Люди з посттравматичним стресовим розладом мають здатність запам'ятовувати та переживати травматичний досвід у безпечному середовищі, що допомагає зменшити тривогу, яку створюють ці

спогади. Когнітивно-поведінкові терапевти також навчають глибокому диханню та іншим вправам, які допомагають зменшити тривогу та сприяти розслабленню.

У лікуванні специфічних фобій протягом багатьох років використовується метод поведінкової терапії, в основі якого лежить принцип конфронтації пацієнта з ситуаціями, що викликають тривогу і страх. Людину поступово «підштовхують» предмети або ситуації, яких вона боїться. Спочатку йому показують фотографії, фотографії чи відео, звукозаписи, а вже потім людина має вирішити проблему. У багатьох випадках психотерапевт супроводжує пацієнта в страшній ситуації, щоб підтримати та направити його.

КПТ використовується, коли особа вирішує, що готова, за її згоди та співпраці. Щоб терапія була ефективною, вона має стосуватися конкретних проблем кожного пацієнта та бути адаптованою до їхніх потреб. Під час КПТ немає побічних ефектів, крім дискомфорту, спричиненого тимчасовим підвищенням тривоги.

Курс поведінкової терапії зазвичай триває близько 12 тижнів. Це можна робити індивідуально або в групі людей зі схожими проблемами. Групова терапія надзвичайно ефективна в лікуванні соціальної фобії. Часто в перерві між сесіями учасники отримують «домашнє завдання». Було доведено, що при лікуванні панічного розладу позитивні результати КПТ мають більш тривалий ефект, ніж результати фармакологічного лікування. Ці дані також можна використовувати для лікування ОКР, посттравматичного стресового розладу та соціальної фобії. У разі рецидиву цей же терапевтичний метод можна успішно застосувати вдруге.

Для лікування певних тривожних розладів можна використовувати комбіновану терапію, поєднання медикаментів і психотерапії. Цей метод найбільше підходить для багатьох пацієнтів.

Багатьом людям з тривожними розладами корисно відвідувати групи самопомоги або підтримки, де вони можуть поділитися своїми проблемами та успіхами з іншими. Онлайн-чати також можуть бути корисними в цьому відношенні, однак до будь-яких порад, отриманих онлайн, слід ставитися

обережно, оскільки віртуальні друзі зазвичай ніколи не зустрічаються, а у віртуальному просторі є багато вигаданих персонажів.

Методи управління стресом і медитація можуть допомогти людям з тривожними розладами розслабитися і посилити ефект лікування. Є попередні докази того, що фізичні вправи можуть мати заспокійливий ефект. Кофеїн, ліки та навіть деякі безрецептурні ліки від застуди можуть посилити симптоми тривоги. Тому їх слід уникати.

Сім'я відіграє дуже важливу роль у одужанні людини з тривожними розладами. В ідеалі родина повинна підтримувати кохану людину і не посилювати її симптоми.

Сфера шанувальника чоловіка – це широкий спектр його реакцій і почуттів. Він виконує ряд функцій, у тому числі стимулювання, регулювання, усунення інформаційних прогалин, оцінкою яких він є. Він складається з соціальних партнерів і почуттів. Весь досвід є оцінкою процесу аналізу кожної окремої потреби.

Почуття оцінюється як об'єкт задоволення цієї потреби особистості. Переживання людської чутливості до емоцій та емоційних станів.

Емоції переживають різні сили, які змінюються, відносини змінюються. Залежно від параметрів змін, що відбуваються в фізіологічних процесах, реакція буває стеничної і астеничної. Перші наслідки викликають поспіх, нагу, а другі - зниження життєдіяльності, тривожність і психічну депресію.

Вегетативні прояви ефективності узгоджуються з діями окремих осіб і можуть сприяти роботі майже всіх автоматів і автоматів. Усі ці зміни характерні не для сукупності фізіологічної поведінки, а для цілісної реакції організму, яка характеризується певною дієвістю організму.

Питання адаптації ролі покликання досліджує І.П. Павлов [1]. Він створив вчення про динамічні стереотипи - платформи систем оцінки реакцій тварин і людини, які відповідають певним зовнішнім параметрам. Встановлено, що виконання навіть дуже складних, але добре відомих стереотипних видів діяльності не супроводжується характерними змінами дихання, серцебиття і

наповнення діяльності, які б дозволяли говорити про емоційне напруження. Крім того, інсталяція не працює при зміні зовнішнього сигналу в системі, якщо ці зміни не зроблені для зміни стереотипу відповіді. Однак як тільки зовнішні обумовлені стереотипи стали вимагати змін у діях, які з'являються. Тварина з розвиненим стереотипом прямої фіксованої системи, яка володіє повною інформацією про те, коли, що і як я роблю. Зламати стереотип означає потребу бути непоінформованим, потребу шукати інформацію, щоб розвивати нові види діяльності, щоб задовольнити потребу в їжі та болю.

С. Л. Рубінштейн виділяє три рівні в різних проявах емоційної сфери особистості:

1. Дитина з них має схожий рівень афективно-емоційної чутливості. Він передбачає фізичні реакції – незадоволення, які є органічними нормами. На думку С. Л. Рубінштейна, можуть бути як спостережувані, так і локальні, що підтверджують наявність почуття, наприклад колір або чистий тон, а точніше, висловлювання більш-менш загальних фізичних осіб, не пов'язаних у свідомості з конкретним об'єктом. (нерозумне бажання, страх або радість).

2. На думку С. Л. Рубінштейна, об'єктивні (емоції) є другим підходом до поведінки внутрішніх проявів. Безпредметний страх стає страхом чогось. Людина відповідає за емоційну залученість. Як вірно зауважив С. Л. Рубінштейн, воно сприймається через поле, яке включає: інтелектуальне, естетичне та моральне. Цей рівень відзначається захопленням одним об'єктом і огидою до іншого, любов'ю чи ненавистю до конкретної людини, обуренням людиною чи поведінкою.

3. Третій рівень зростає з вищими узагальненими враженнями, звичайними узагальненнями до уникнення думки. Це почуття гумору, іронія, осмислення піднесеного і трагічного. Ви також можете отримати такі переваги, як більш-менш приватні штати, які можуть сприяти зростанню, але представляти загальний вигляд на основі. С. Л. Рубінштейн називає їх світоглядними враженнями.

О. М. Леонтьєв поділив всі емоційні явища на три класи[9]:

- 1) вплив;
- 2) реальні емоції, в тому числі стрес;
- 3) почуття, тобто тривале і загальне ставлення до себе і до світу.

На основі емоційних переживань формується широкий спектр почуттів людини. Тому виділяють такі елементи: позитивні почуття; нейтральні почуття; негативні відчуття; нижчі почуття; соціальне почуття; естетичне почуття; набір почуттів, пов'язаних з поняттям власності.

Сила волі - це свідоме регулювання поведінки, діяльності та спілкування, пов'язане з подоланням внутрішніх і зовнішніх перешкод. Це здатність людини, що виявляється в самодетермінації та саморегуляції поведінки та психічних явищ.

Воля рефлекторна і умовна. На основі тимчасових нейронних зв'язків створюються і закріплюються різні асоціації та їх системи, що в свою чергу створює умови для навмисної поведінки. Мозок постійно отримує інформацію про те, як і що відбувається в даний момент. Ці дані безпосередньо включені до створеної програми дій. Якщо діяльність буде відповідати прийнятій програмі, змін у її ході не буде. Якщо надходить інформація, яка не відповідає створеній у корі головного мозку програмі, змінюється практична діяльність або попередня програма.

Основні ознаки волонтерської діяльності: 1. Докладання зусиль для волонтерської діяльності. 2. Наявність продуманого плану виконання поведінкового акту. 3. Підвищена увага до волонтерства та відсутність миттєвого задоволення від процесу та в результаті його реалізації. 4. Зусилля волі спрямоване не стільки на подолання обставин, скільки на подолання самого себе.

Функція вольової регуляції полягає в підвищенні ефективності відповідної діяльності, а вольова дія виступає як свідомо і цілеспрямована дія людини, яка спрямована на подолання зовнішніх і внутрішніх перешкод за допомогою вольових зусиль.

На індивідуальному рівні волевиявлення виражається в первинних (базових) якостях:

- 1) Сила волі — міра волі, необхідної для досягнення мети;
- 2) Наполегливість – здатність людини тривалий час мобілізувати свої здібності для подолання труднощів;
- 3) Наполегливість - здатність припиняти дії, почуття і думки, які ускладнюють виконання рішення;
- 4) Енергія.

У вторинних вільних якостях, які розвиваються в онтогенезі пізніше первинних якостей і які слід розглядати як характерологічні:

- 1) Рішучість - здатність приймати і застосовувати швидкі, свідомі і рішучі життєві рішення;
- 2) Сміливість – здатність долати страх і йти на розумний ризик для досягнення мети, незважаючи на загрозу власному благополуччю;
- 3) Самоконтроль - здатність керувати чуттєвою стороною психіки людини і підпорядковувати її поведінку вирішенню свідомо поставлених завдань;
- 4) Впевненість.

До третинних відносяться вільні якості, які найбільш тісно пов'язані з моральними якостями і не формуються до статевого дозрівання:

1. Відповідальність – характеристика особистості щодо виконання моральних вимог;
2. Дисциплінованість – свідоме підпорядкування поведінки загальноприйнятим нормам, встановленому порядку;
3. Дотримання правил – дотримання певної ідеї в переконаннях і послідовна реалізація цієї ідеї в поведінці;
4. Обов'язковість – здатність добровільно приймати і виконувати обов'язки;
5. Ініціативність – здатність до творчої діяльності;
6. Організованість – розумне планування та організація власної роботи;
7. Послідовність – старанність, своєчасне виконання завдань та обов'язків.

Вольові дії — це прості або складні вольові дії, які мають свою структуру та особливості. У простому вольовому акті примус до дії (мотив) майже автоматично трансформується в сам акт.

У структурі складного вольового акту виділяють такі фази:

1. Мотивація до вольової діяльності.
2. Уявлення і розуміння мети дії.
3. Уявлення про засоби, необхідні для досягнення наміченої мети.

Значні проблеми пов'язані зі співвідношеннями понять страх, тривога, тривожність. Розрізнення між феноменом тривоги як бажанням страху без об'єкта та визначення та страхом як конкретним і емпіричним страхом виникло лише на початку 19 століття. Раніше все асоціювалося з поняттям «страх».

Тривога визначається як емоційний стан, який виникає в ситуації невизначеності та проявляється в очікуванні того, що події розвиватимуться негативно. [13, с. 31].

Тривога - це суб'єктивне вираження особистого дискомфорту.

Тривога - це епізодичний прояв тривоги і хвилювання. Страх мобілізує (дає новий поштовх) і розслабляє (паралізує). Специфічний страх – страх (Березін Ф.Б.). Тривога є домінуючим компонентом тривоги (К. Ізард).

Характерною рисою страху є нездатність визначити характер загрози і передбачити час її виникнення.

Виділяють 2 групи тривожних симптомів: перша — внутрішньосоматичні симптоми, що виникають під впливом страху; другий – зовнішня поведінка у відповідь на тривожну ситуацію [13, с. 32].

Почуття тривоги пов'язане з тривогою і страхом. Отже, тривога – це стан дискомфорту без причини, неприємне передчуття.

В даний час загально визнано, що страх - це реакція на конкретну, певну і реальну небезпеку, а тривога - це невизначене, невизначене, безцільне і часто уявне переживання небезпеки.

У деяких дослідженнях страх розглядається як базова емоція, а тривога – як більш складне емоційне ціле, яке взагалі виникає в поєднанні з іншими базовими емоціями (К. Ізард, Д. Левітов).

Страх, таким чином, є емоцією, яка емоційно зростає у свідомості людини перед обличчям певної загрози її життю та благополуччю.

Існує два види тривоги: вікова і невротична. Проблеми, пов'язані з віком, – це проблеми, характерні для певного віку. Переважає у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.

Вони виникають під впливом таких факторів: наявність батьківських страхів, страх у стосунках з дітьми, велика кількість нереалістичних погроз з боку дорослих у сім'ї, гостра психологічна травма у вигляді страху. Виникненню тривоги сприяють певні типологічні особливості вищої нервової діяльності.

Страхи, які тривалий час залишаються невирішеними, перетворюються на невротичні страхи [3, с. 217].

Коротше кажучи, можна сказати, що страх є ірраціональним і безцільним передчуттям далекої небезпеки, джерело якого є глибоким і несвідомим, тоді як страх є конкретним і об'єктивним емоційним станом, джерело якого пов'язане з сприйнятою емоцією. З іншого боку, зовнішня загроза – це індивідуальна психологічна риса, яка проявляється схильністю людини до частих і інтенсивних переживань страху та низьким порогом його виникнення.

Емоції та почуття відображають реальну дійсність у формі переживань. Різні форми досвіду разом утворюють емоційне поле особистості.

Розрізняють такі типи емоцій, як моральні, інтелектуальні та естетичні. Класифікація емоцій, запропонована К. Ізардом, виділяє базові та похідні емоції. Основою є: захопленість інтересом; радість; сюрприз; вік; гнів; стійкість; приниження; страх; сором; борг [12, с. 54].

Інші емоції є похідними. Вони вважають, що така складна ситуація, як тривога, виникає через страх, гнів, провину та основні емоції, які можуть поєднувати інтерес із хвилюванням.

Страх визначається як розпливчате, невизначене відчуття загрози, розпливчате відчуття загрози.

У психологічній літературі страх прийнято розглядати як системну рису, яка проявляється на всіх рівнях діяльності людини (Б.Г. Ананьєв). Зазвичай їх прояви відрізняються на фізіологічному та психологічному рівнях [8, с. 12].

Емоційна складова страху проявляється як складна сукупність переживань людини. Представник теорії диференційованих емоцій К. Ізард вважає, що страх складається з домінуючої емоції страху та її взаємодії з однією або кількома базовими емоціями: стражданням, гнівом, провинною, соромом та інтересом.

Дослідження поведінкових проявів тривоги показує, що тривога по-різному впливає на стабільність поведінки та самоконтроль.

Крім розумного рівня тривоги, є відповідний підхід і готовність коригувати їх за відсутності напруги і помилок у діях, зберігаючи віру у власні сили. Разом із підвищенням рівня тривожності з'являється дратівливість і нетерплячість, а помилки в діях намагаються пояснити зовнішніми причинами.

Описуючи вплив страху на мотиваційну сферу, вони зазначають, що страх може заважати процесу цілепокладання, оскільки він запускає захисні механізми психіки. Мотивація, однак, вимагає певної дози страху – вона дозволяє передбачити наслідки власних дій, подальших дій, вольових зусиль [8].

Вплив страху на самооцінку в більшості випадків вважається негативним.

Емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти страху можуть бути представлені прямо чи опосередковано через образ (візуалізація, що виконується функцією уяви). Картинка відображає свідомі та несвідомі прояви психічної діяльності людини.

Емоційні, когнітивні та поведінкові прояви переживання страху можуть мати місце як безпосередньо (припускаючи, що психологічний зміст узгоджується із зовнішньою презентацією), так і символічно (припускаючи опосередковану, опосередковану презентацію суперечливого психологічного змісту) [8, с. 20].

До видів страху відносяться:

- Постійна тривога загалом (академічна, стосункова, екологічна, екзаменаційна, комп'ютерна тощо) – її часто називають специфічною.

- Загальна, генералізована тривожність, вільна зміна об'єктів відповідно до розвитку їх значення для людини. У таких випадках специфічний страх є лише одним із аспектів загального страху.

Існує дві основні категорії страхів (за А. Пригожаном):

1) відкрите – свідомо переживається і виявляється в поведінці і дії як стан страху;

2) імпліцитний – проявляється різним ступенем неприємності, надзвичайного спокою, нечутливості до реального страждання, навіть через заперечення чи опосередковано приватну поведінку.

Відверті форми страху включають:

- гостра, неорганізована або погано регульована тривожність - сильна, усвідомлена, проявляється симптомами тривоги, індивід не в змозі контролювати її самостійно (34% досліджених випадків).

- регульована і компенсована тривожність, при якій людина самостійно виробляє достатньо ефективних засобів для подолання страху.

- культивований страх - у цьому випадку страх сприймається і переживається як цінний атрибут особистості, що дозволяє реалізувати бажання.

- прихований страх, який виникає рідше. Прихованими формами страху є «недостатній спокій», «втеча від ситуації», агресія, залежність, апатія, надмірна мрійливість тощо. Існує прихований страх, який може проявлятися у формі.

Рідше зустрічається прихований страх. Формами прихованого страху є «недостатній спокій», «втеча від ситуації», «прихований страх», який може проявлятися у вигляді агресії, залежності, апатії, надмірної мрійливості тощо.

Страх має захисну функцію (передбачення та підготовка до небезпеки) і спонукальну (помірний страх посилює мотивацію до успіху).

Тривога проявляється на фізіологічному та психологічному рівні. Психологічний рівень складається з емоційного, поведінкового та когнітивного компонентів. Емоційний компонент характеризується індивідуальним

поєднанням різноманітних відчуттів, інтенсивність яких залежить від процесів збудження і гальмування кори головного мозку у відповідь на подразник і від ступеня тривоги. Поведінковий компонент виражається у двох типах реакцій: депресії та збудження. Когнітивний компонент охоплює сфери мотивації та спілкування і стосується самооцінки та самосвідомості особистості.

Існує два типи тривоги: стійка і генералізована. Основними формами страху є: явний і прихований. Явний включає гостру, нерегульовану або погано регульовану тривогу; регульований і компенсований страх і культивований страх. Прихований - «недостатній спокій», «втеча від ситуації», «прихований страх».

За результатами досліджень, проведених у 27 країнах Європи, 12-27% населення у віці 18-65 років мають хоча б один епізод ГТР (ГТР, соціальна фобія, ПСА та obsесивно-компульсивний розлад). Поширеність ГТР протягом життя в загальній популяції становить приблизно 21-30% [19; 21]. В інших популяційних дослідженнях клінічно визначені форми ГТР зустрічаються у 6,5% населення та в 25-50% випадків протягом життя. Виражені симптоми тривоги або субсиндромні симптоми ГТР спостерігалися у 76% популяції [19; 24]. ГТР продовжує залишатися однією з найпоширеніших психопатологічних патологій у пацієнтів із соматичною патологією (кардіологія, дерматологія, онкологія, шлунково-кишковий тракт тощо). Частка хворих на ГТР серед госпіталізованих у диспансери сягає 23-78%, а в амбулаторних закладах – у середньому 45,9% [19; 24]. Наприклад, у пацієнтів із найпоширенішою соматичною патологією у світі – серцево-судинними захворюваннями – надзвичайно висока поширеність невротичних, стресових і соматизуючих симптомів (за термінологією Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду). Захворювання серця та пов'язаний із ними страх смерті (кардіофобія) діагностуються у 80% лікарів загальної практики, які звертаються за болем у серці [21]. Серед хворих на ішемічну хворобу серця 28,2% мали іпохондричні реакції тривоги, 3% – соматизацію, 2,9% – тривожно-провокаційні реакції [19]. За даними Американської психіатричної асоціації, частота раннього ГТР сягає 27%, а

пізнього (через 3 місяці) 23% у пацієнтів з гострим порушенням мозкового кровообігу [24]. Загострення серцево-судинних захворювань може спровокувати новий напад тривоги [19]. З іншого боку, тривожні розлади розглядаються як самостійний фактор ризику виникнення, несприятливого перебігу та наслідків серцево-судинних захворювань і смертності [19, 21]. Тривале збереження симптомів тривоги значно підвищує ризик суїциду [4]. Оборонна поведінка у людей з хворобою Паркінсона тісно пов'язана з суїцидальними думками та діями, оскільки ця стратегія значно обмежує їх соціальне функціонування (розрив сімейних стосунків, втрата попередніх уподобань, обмеження на роботі). Тому для хворих проблема суїциду пов'язана не тільки з можливою супутньою депресією, пристрастю до психоактивних речовин, особливо алкоголю, а й із соціально-психологічними обмеженнями. Деякі дослідження показують, що наявність підвищеної тривожності підвищує ризик раптової смерті в 4,5 рази [23].

Характерною ознакою продуктивної тривоги є ситуативна зумовленість, тобто вона не виникає поза стресовою ситуацією, її інтенсивність відповідає інтенсивності стресової події, не посилюється, покращує активність і є миттєвою. Іншими словами, нормальна тривога - це завжди тимчасова, ситуативна реакція організму на повсякденні стресові події.

Але коли страх не відповідає інтенсивності чи тривалості життєвої ситуації, яка його викликала, або коли він виникає поза стресовою ситуацією та заважає повсякденному життю, ми повинні говорити про неефективність і приписувати це тому чи іншому. варіант тривожного розладу.

Хронічна патологічна тривожність має такі ознаки:

- симптоми стають важкими;
- тривалість симптомів подовжується;
- симптоми виникають за відсутності стресових факторів;
- симптоми знаходяться поза контролем людини;
- симптоми заважають фізичній, соціальній або професійній діяльності людини. У повсякденній практиці лікар стикається з тривожними розладами, які

мають різні причинно-наслідкові зв'язки з основним захворюванням пацієнта. Можна виділити принаймні три категорії [25]:

1. Первинна патологічна тривога, що проявляється автоматичними ознаками та симптомами (тривога проявляється симптомами, що імітують соматичне захворювання).

2. Тривожний розлад із коморбідним неврологічним захворюванням або співіснування змішаного тривожно-депресивного розладу з коморбідним неврологічним захворюванням.

3. Тривога, викликана прийомом ліків у зв'язку з лікуванням основного захворювання.

У структурі тривоги можна виділити три групи розладів: 1) суб'єктивні переживання (повсюдне почуття страху без чіткого сюжету); 2) поведінка уникнення (зниження комплексу захисних форм поведінки); 3) комплекс різноманітних сомато-вегетативних розладів. З часом патологічна тривога трансформується або в специфічну (у випадку ізольованої фобії – це специфічна тривога, що виникає в конкретних ситуаціях), або через механізми соматизації в соматоформну симптоматику [22]. У клінічній практиці тривожних розладів домінує соматизація розладів, коли фізичні симптоми розладів можуть бути зумовлені психічними, психологічними та емоційними факторами. Одна з теорій причин соматичних розладів постулює, що соматизація є способом уникнути психічного стресу: у більшості випадків вона виступає як захист від «душевного болю», уникаючи стигматизації психіатра. Діагностика. Деякі пацієнти підсвідомо замінюють симптоми тривоги чи депресії розвитком соматичних симптомів [22; 17]. Соматизація може проявлятися в одній формі, але часто з декількома симптомами, включаючи біль у різних місцях, запаморочення, загальну слабкість, нудоту, поліневрологічні симптоми; відсоток соматизованих емоційних розладів коливається від 32 до 40% [22; 25].

Згідно з DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів, 5-е видання), первинні тривожні розлади включають посттравматичний стресовий розлад, агорафобію, окрім посттравматичного стресового розладу,

специфічні фобії, соціальні фобії, посттравматичний стресовий розлад, селективний мутизм і ГТР. Вторинні тривожні розлади можуть розвиватися внаслідок інших захворювань, таких як епілепсія або респіраторні захворювання.

У той час як тривога може бути викликана зовнішніми умовами, внутрішні причини значною мірою відповідальні за її появу. Патологічна тривожність не адаптована до змісту ситуації і має виражену клінічну симптоматику [35]. Серед різних форм тривоги найбільш поширеними є ПА (ПР) і ГТР. Це пояснюється тим, що, крім часто незначного психологічного компоненту страху, ці форми характеризуються широким спектром неврологічної симптоматики (переважно вегето-судинної та больової). Клінічна симптоматика тривожних розладів характеризується появою як стійких, так і пароксизмальних симптомів, які часто співіснують у одного і того ж пацієнта [35].

Особливе місце в лікуванні ГТР посідає когнітивно-поведінковий підхід. Багато класичних методик когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) успішно використовуються в роботі з пацієнтами з ГТР. Що стосується когнітивного компоненту КПТ, то одна з основних технік спрямована на виявлення тригерів страху, формулювання специфічних для страху автоматичних думок у складних ситуаціях і створення альтернативної точки зору на ці ситуації. Ця методика базується на класичній роботі А. Елліса про формулу АВС, де А — тригерна подія, В — оцінка події, переконання щодо неї, С — її наслідки у вигляді емоцій і поведінки. Вважається, що депресивні та тривожні розлади спричинені ірраціональними переконаннями, що є результатом когнітивних упереджень (спотворень). Ці переконання є основою патологічного страху. Найважливіша робота з пацієнтом — це усвідомлення цих дисфункціональних переконань і заміна їх раціональними. Таким чином зменшується вираженість тривоги.

Для досягнення цього психотерапевт КПТ має в своєму арсеналі набір когнітивних технік: «Визначення переконань», «Група переконань», різні техніки спростування, «Ресинтез минулого» та ін. ; крім поведінкових: «Прогресивна м'язова релаксація Якобсона», «Системна десенсибілізація», «Потоп», позитивне та негативне підкріплення тощо.

Слід зазначити, що високий відсоток пацієнтів, які припиняють психотерапію, і висока резистентність до лікування спонукали дослідників до пошуку більш специфічних форм роботи на основі конкретних моделей ГТР. Найбільш повною та обґрунтованою вважається модель канадських учених. Він містить чотири компоненти, які також є предикторами ГТР, що є основними цілями психотерапії:

- низька стійкість до невизначеності;
- позитивні переконання про страх;
- недостатня увага до вирішення проблеми;
- когнітивне уникнення.

У середині 20 століття велику популярність і поширення набули роботи А. Бека і А. Елліса, піонерів КПТ-терапії (плюс КТ). Аарон Бек спочатку навчався психоаналізу, але розчарувався в психоаналізі та створив власну модель депресії та новий метод лікування емоційних розладів під назвою когнітивна терапія. Його основні припущення були сформульовані незалежно від А. Елліса, який розробив подібний метод RET у 1950-х роках.

Термін «поведінкова психотерапія» відомий з 1953 року. Шістдесяті роки минулого століття можна вважати періодом становлення поведінкової психотерапії як самостійного напрямку.

КПТ спочатку розвивалася в двох різних напрямках, але пізніше когнітивний і поведінковий підходи злилися в одну концептуальну парадигму. Поведінкова психотерапія як окремий метод визначилася в 1950-х роках і є відносно новим методом психотерапії та корекції. З моменту свого заснування СВТ покладався на класичні поведінкові та когнітивні теорії для пояснення поведінкових та інших індивідуумів.

Виникнення біхевіоризму на початку XIX століття пов'язане з ім'ям Джона Уотсона, американського психолога, який критикував суб'єктивну психологію і був переконаний, що психологія може стати справжньою і об'єктивною наукою лише тоді, коли ми відмовимося від самоаналізу. Основою біхевіоризму стало

уявлення про поведінку як систему об'єктивно спостережуваних реакцій організму на зовнішні та внутрішні подразники.

Скіннер стверджував, що єдиним прийнятним предметом наукового дослідження є поведінка, і що слід працювати лише з поняттями, які можна виміряти емпірично. Він сформулював свою теорію оперантного навчання, засновану на тому, що на поведінку впливають не тільки стимули, що діють на організм перед виконанням будь-якої дії, але й наслідки поведінки. З 1950-х років методи оперантного кондиціонування увійшли в психотерапевтичну практику.

У 1950-х і 1960-х роках з'явилися роботи Піаже та його учнів, які привнесли нове розуміння функціонування мозку та психічних процесів. З цієї причини методи і техніки, що пояснюють когнітивні процеси, займають все більш важливе місце в роботі психологів.

Принципи теорії нарцисизму в лікуванні психічних розладів вперше були застосовані Айсенко в лікарні Мої Hospital в Англії, потім методи позитивного підкріплення бажаних реакцій у пацієнтів з важкими розладами поведінки стали використовуватися в американських клініках. вибухозахисна техніка.

У середині 1950-х років Альберт Елліс, переконавшись у неефективності психоаналізу, заклав основи раціонально-емоційної поведінкової терапії (РПТ) і т.зв. Центральною моделлю розвитку емоційних розладів є модель АВС. У 1960-х роках Аарон Бек розробив підхід під назвою когнітивна терапія. І А. Елліс, і А. Бек помітили зв'язок між когнітивними та поведінковими змінними з домінуючим значенням перших, що забезпечило теоретичну основу для розвитку когнітивно-поведінкової психотерапії.

У Південній Африці Вольпе разом з Лазаром і Рахмановим застосовує принцип створення умовних рефлексів Павловського для лікування патологічних страхів і розробляє метод сенсорної десенсибілізації.

З кінця 1950-х до 1970-х років завдяки роботі Елліса та Бека А. Лазарус розробив те, що, можливо, стало першою формою когнітивної поведінкової терапії, включаючи когнітивні аспекти поведінкової терапії. З метою підвищення

ефективності лікування та оптимізації поведінкових і когнітивних методів Lazarus розробив новий тип так званої мультимодальна терапія на основі когнітивно-поведінкової терапії, яка включає роботу з фізичними відчуттями, візуальними образами, міжособистісними стосунками та біологічними факторами.

Когнітивна терапія базується на теорії про те, що поведінка людини визначається її думками про себе та свою роль у суспільстві. Несумісна поведінка є результатом усталених стереотипів, які можуть призвести до когнітивних спотворень або помилок. Відповідна терапія має на меті виправити ці когнітивні спотворення та пов'язані з ними поведінкові установки. Когнітивна терапія – це короткострокова терапія, розрахована на 15-20 сеансів, які зазвичай розподіляються на 12 тижнів. Протягом цього часу клієнти повинні усвідомити власні спотворені уявлення та ставлення.

Терапія є провідною, терапевт виконує роль вченого і вчителя. Вона повинна навчити пацієнта, допомогти йому розпізнати і зрозуміти свої автоматичні думки. У поведінковій терапії терапевт часто відіграє активну і керівну роль. Техніка «розмови» про чийсь проблеми і переживання не вітається в поведінковій терапії. Пацієнт в основному відповідає на запитання та виконує вправи, запропоновані терапевтом. Терапевт зазвичай працює за заздалегідь розробленим планом, від якого без потреби не відхиляється.

Поведінковий терапевт не нав'язує клієнту те, що є нормальною та здоровою поведінкою - мета терапії полягає в тому, щоб виробити найбільш прийнятну та бажану поведінку для клієнта.

Терапевт, працюючи з пацієнтом, керувався певним планом, тому, оцінивши стан пацієнта, він складає перелік питань, які необхідно вирішити з пацієнтом. Однак не рекомендується працювати над кількома питаннями одночасно. Потрібно крок за кроком вирішити кілька проблем. Не оновлюйте до наступної версії, доки не отримаєте значних покращень у порівнянні з попередньою версією. У разі необхідності терапевт створює «проблемну

драбину» — схему, що окреслює порядок, у якому терапевт працюватиме з проблемами клієнта.

Даючи пацієнту «домашнє завдання», терапевт повинен перевірити, чи розуміє пацієнт, що робити, і чи є у нього бажання і здатність виконувати завдання щодня.

На останньому етапі терапії терапевт запитує клієнта, які методи та техніки допомогли йому найбільше. Тоді терапевт рекомендує використовувати ці прийоми не тільки самостійно при виникненні проблем, але і в якості профілактики. Терапевт також навчає клієнта розпізнавати симптоми нової або повторюваної проблеми, щоб клієнт міг вжити ранніх заходів для вирішення проблеми або принаймні пом'якшити негативні наслідки проблеми.

В цілому КПТ як метод характеризується насамперед тим, що терапевтична робота здійснюється відповідно до формулювання кожного випадку в рамках когнітивної теорії; КПТ – це ефективне партнерство та співпраця між терапевтом і пацієнтом, які беруть активну участь у вирішенні своїх проблем і досягненні своїх цілей. Таким чином, СВТ спрямований на вирішення цих проблем і досягнення цілей, відповідно структурований і намагається бути чітко визначеним у часі. КПТ замість «читання лекцій», спроби переконати пацієнта тощо. Він покладається на спільний емпіричний метод дослідження замість пошуку шляхів досягнення цілей. -впевненість і незалежність у психотерапевта. КПТ навчає пацієнта стати самим собою психотерапевтом, прагнучи не тільки полегшити симптоми, але й, якщо необхідно, позбутися цих «дієт» і особистих труднощів, які їх викликають, тому одним із головних завдань КПТ є запобігання рецидивам. . і таким чином підтримувати особистісний розвиток пацієнта, підтримувати можливу повну самореалізацію. КПТ в основному є інтегративним підходом, який використовує методи з інших психотерапевтичних областей, щоб викликати зміни в мисленні, емоційному стані та поведінці пацієнтів.

Вкрай важливою умовою ефективною психотерапії є комплексне обстеження. Психіатричне обстеження має важливе значення для самої

психотерапії, а створення списку необхідних фармакотерапевтичних і психотерапевтичних заходів є основою для визначення показань до психотерапії. Базове психіатричне обстеження також включає вимірювання «інтенсивності» депресії за допомогою відповідних опитувальників і напівструктурованих шкал клінічного інтерв'ю - дані з яких будуть важливі для порівняння та подальшого моніторингу ефективності лікування. Подібним чином надзвичайно важливим елементом у дослідженні пацієнтів з депресією є перевірка наявності та ступеня суїциду з певним акцентом як на загальній допомозі пацієнта, так і на психотерапії.

Відповідне психотерапевтичне обстеження — це не лише встановлення правильного діагнозу депресії, це насамперед процес спілкування, в якому між пацієнтом і психотерапевтом встановлюється терапевтичний альянс, терапевт розуміє життєву ситуацію пацієнта, визначаються цілі терапії. Він сформульований, а також перелік проблем для роботи. Під час обстеження терапевт створює формулювання випадку в рамках когнітивної моделі, яка складається з опису характеру пацієнта, а також життєвої ситуації пацієнта, особистості та негативних патернів, переконань, викликаних критичними подіями. розлади сприйняття, негативні думки, соматичне благополуччя, емоційний стан і зміни поведінки. Когнітивне формулювання подається пацієнту в потрібний час. Він діє як своєрідна «карта» як для опису поточної ситуації, так і для планування «шляху» терапії. У міру просування терапії та отримання нових знань/досвіду в самопізнанні пацієнт і психотерапевт можуть далі розвивати цю формулу, виправляти/додавати її, якщо необхідно, і відповідно змінювати напрямок і стратегію терапії.

У КПТ перші два співбесіди передбачають фактичне вивчення ситуації пацієнта, його формулювання та психонавчання як щодо депресії, так і щодо того, що відбуватиметься в психотерапевтичному процесі загалом. Це своєрідна «підготовка до подорожі». Метою цих ранніх зустрічей є встановлення терапевтичних стосунків, надання інформації про депресію та заохочення розвитку надії на одужання, а також отримання «базового» розуміння

когнітивної моделі депресії та стратегій подолання пацієнта. Також часто вказуються певні очікувані дати. КПТ при неускладненій депресії з іншими супутніми захворюваннями (особливо розладами особистості) передбачає в середньому 20 сеансів - два сеанси на тиждень протягом перших 3-4 тижнів, потім один раз на тиждень. Завершальні сесії з профілактики рецидивів можуть проводитися кожні два тижні, а потім щомісяця/кварталу/півроку. У менш важких випадках можливий коротший цикл психотерапії з 4-6 сеансів. Як правило, сеанс триває близько години, при початкових важких формах депресії сеанси можуть бути коротшими (кожні 20 хвилин), але частіше (3-5 разів на тиждень). Вік пацієнта, наявність супутніх захворювань, значні проблеми зі здоров'ям, соціальні та інші проблеми можуть призвести до суттєвих коригувань у плануванні та структуруванні лікування – особливо потреби в інших супутніх/додаткових фармакотерапевтичних та психосоціальних втручаннях.

Якщо говорити про тривожний розлад, то протокол лікування складається з шести модулів:

1. Психосвітній модуль, спрямований на розуміння природи та усвідомлення власного страху;
2. Модуль для реалізації вашої власної терпимості до низької невизначеності та використання методу експозиції, щоб навчити вас працювати з невизначеністю;
3. Навчання вирішенню проблем;
4. Модуль, спрямований на подолання когнітивного уникнення та розвиток здатності терпіти неприємні зображення залежно від способу впливу;
5. Профілактика рецидивів.

Слід зазначити, що ефективність цього протоколу була встановлена в контексті дослідження, де була продемонстрована відносно висока ефективність.

Надзвичайно важливою частиною КПТ є психопросвіта, тобто інформування пацієнта про хворобу. КПТ як метод співпраці та співпраці між пацієнтом і терапевтом передбачає, що важлива роль терапевта полягає в тому, щоб допомогти пацієнту зрозуміти, що сталося, пояснити симптоми та показати

шлях до одужання. відповідно, як таким чином розподіляються ролі між пацієнтом і терапевтом. Психоедукація не тільки навчає пацієнта про депресію, її причини і т.д. Тут в стислій і доступній формі представлена не тільки сучасна інформація про стан.

Підвищення самосвідомості та вплив на ситуації, що викликають інтенсивну тривогу, особливо в контексті проблемної поведінки (в даному випадку – уникнення), також є стандартними техніками роботи з ГТР. Хоча вплив не настільки значущий при лікуванні, наприклад, панічного розладу або посттравматичного стресового розладу. Під час Сократівського діалогу важливо повідомити клієнту про власну низьку толерантність до неоднозначності, щоб зрозуміти взаємозв'язок між низькою толерантністю до неоднозначності та надмірною тривогою. З одного боку, це допомагає усвідомити неминучість вибору між уникненням і хворобою, а з іншого — виробити вміння терпіти невизначеність і повноту життя.

Крім того, залежно від способу впливу, ми працюємо над розпізнаванням і зануренням у ситуації, що викликають тривогу перед лицем невизначеності. Слід пам'ятати, що занадто інтенсивні відчуття під час експозиції та їх відсутність є негативним моментом, який вимагає додаткової корекції глибини експозиції. Цей метод спрямований на подолання когнітивного уникнення та розвиток здатності терпіти неприємні почуття та образи. Вона включає в себе розповідь про образи страшних ситуацій, опис емоцій і суб'єктивну оцінку ступеня страху, а також тренування стійкості до цих образів і емоцій в залежності від способу їх експонування. Для підвищення рівня емоційного збудження пацієнта часто просять уявити і описати ситуацію більш детально за допомогою різних сенсорних модальностей. Зменшити - уявити та описати від третьої особи, уявити пацієнта, який спостерігає за ситуацією на екрані телевізора тощо.

Систематична десенсибілізація часто використовується в поєднанні з техніками релаксації. Пацієнт складає список подій, що викликають тривогу, сортуєчи їх у порядку зростання неприємних відчуттів, потім покрокове вплив, потім розслаблення.

Когнітивна реструктуризація при ГТР спрямована на переоцінку цінності страху та передбачає визначення всіх аргументів страху; виявлення контраргументів та аналіз негативного впливу тривоги на життя пацієнта; формулювання нових переконань про страх як неефективну стратегію подолання. Коли ви проходите через цю фазу, дуже важливо пам'ятати, що страх може допомогти та допоможе вам передбачити небезпеку. Але у здорових людей страх має іншу, більш конструктивну природу. Для пацієнтів потенційна користь тривоги затьмарюється її негативними наслідками, які значно переважають потенційну користь.

Збір доказів, емпірична перевірка в реальних життєвих ситуаціях, аналіз переваг і недоліків (спочатку «витрати/вигоди»), виявлення когнітивних упереджень, створення альтернативних пояснень, відображення перспектив (наголошується в когнітивній терапії усвідомлення) тощо, когнітивна реструктуризація.

«Рішення проблем» детально описано в книзі М. Ескіна (2012). Автор методики пропонує починати з оцінювання завдань, опису теоретичних основ прийомів і конспекту уроку. Окремо т. зв навчання орієнтації на проблему, коли це необхідно, щоб допомогти пацієнту зрозуміти проблему та розвинути здатність сприймати проблему позитивно. Описуючи проблеми, психотерапевту потрібно навчити пацієнта виявляти й описувати емоційні симптоми, викликані проблемами, формулювати проблеми (особистісні, міжособистісні, матеріальні тощо). Також можуть бути використані різні техніки, наприклад, виявлення проблемної ситуації, метод скринінгу, коли психотерапевт фіксує рівень страждань пацієнта, коли він говорить про конкретну ситуацію, «зупинись і подумай», запланований метод. у допомозі пацієнту навчитися вловлювати емоційні сигнали пацієнта та в техніці Лазаря, коли психотерапевт просить пацієнта описати проблему одним словом. Наступний крок, постановка мети, є важливою частиною вирішення проблеми, оскільки допомагає сконцентрувати увагу та поведінку пацієнта, мобілізує, мотивує та підтримує зусилля. При створенні можливих варіантів вирішення проблем пацієнта просять назвати

якомога більше варіантів вирішення проблеми. Ви можете використовувати техніку мозкового штурму, переформулювання (включаючи когнітивну реструктуризацію), метод «запропонуй другу» та метод «стань супергероєм». Автор рекомендує провести аналіз «за» і «проти» (який також є частиною когнітивної реструктуризації), оцінити особисті та соціальні ресурси клієнта, щоб порівняти й оцінити альтернативи та вибрати відповідне рішення проблеми. Оскільки пацієнти можуть боятися виконання рішення, важливо відзначити позитивні та негативні наслідки невикористання рішення, а також позитивні та негативні наслідки прийняття рішення.

Часто останнім кроком (робота з пацієнтом відповідно до рекомендацій КПТ) є запобігання рецидиву ГТР. Ця робота полягає в закріпленні всіх набутих знань і навичок, обговоренні з пацієнтом можливих тригерів і провокацій, а також способів дій, які можуть сприяти поверненню до старого стилю неефективного подолання, наприклад постійний страх і уникнення конструктивного вирішення проблеми у цих випадках.

1.2. Музикотерапія як сучасний напрямок роботи психологів

Музикотерапія, така як арт-терапія, танцювальна терапія, драматерапія, казкотерапія, пісочна терапія та інші, є невід'ємною частиною психотерапії, підтримуючим аспектом арт-терапії.

На думку сучасних дослідників, окремі форми естетичної музикотерапії мають самостійний статус психотерапевтичної науки: арт-терапія, звукотерапія, звукотерапія, співотерапія, танцювальна, казкотерапія та ін.. Існують окремі школи музикотерапії. Термін «естетотерапія» довгий час в науці і практиці вважався повним аналогом терміна «музикотерапія», у зв'язку з тим, що музичне мистецтво розглядається як емоційно-емоційний, ритмічний фактор звукової дії – найсильніша інтонація на людину. . духу порівняно з ефектами виражальних засобів інших видів мистецтва.

Розвиток здоров'язберігаючих технологій певною мірою пов'язаний з гуманізацією навчального процесу. Гуманістична спрямованість (лат. human — придатний для людини, доброзичливий) — основний принцип нової парадигми самовиховання, який доводить, що переживання світу в собі і самого світу в світі є об'єктивною реальністю. Високоосвічений гуманізм — система світоглядних установок, пов'язаних із захистом здоров'я людини, визнанням права на довге активне життя та якісну освіту.

Мистецтво сприяє розвитку пізнавальної діяльності, творчій самореалізації та інтелектуальному саморозвитку особистості на засадах гуманізму. Т. Гаміна зазначає, що мистецтво, як специфічна організація переживань, має свою систему правил, традицій і обмежень. І кожне мистецтво має свою логіку, закони та умови, без яких не кожен може дійти до рецепції мистецтва, а його дія стає важкою та неефективною. Музичне мистецтво в образотворчій і звуковій формі відображає й узагальнює переживання емоційного зв'язку з навколишньою дійсністю. Тому найкращий спосіб реалізації вродженої потреби дитини у самовираженні полягає саме в музичній діяльності. Залучення молодших школярів до різноманітної музичної діяльності створює багато можливостей для вияву та розвитку їхньої творчої активності.

В. Сухомлинський вважав, що в структурі художнього смаку людини музика посідає перше місце перед іншими видами мистецтва. Вона виступає невід'ємною частиною багатьох інших синтетичних мистецтв, формує довкілля, створює унікальні умови для сприйняття людським суспільством краси в житті та мистецтві, допомагає людині бути чутливою, впливає на всі складові її душі — уяву, емоції, думки, волю, здібності.

Термін «музикотерапія», який найчастіше вживається в літературі, має греко-латинське походження і означає «лікування музикою».

Музикотерапія — метод, який використовує музику як корекційний засіб, як основний вплив (слухання музики, індивідуальні та групові музичні заняття).

А. Федій зазначає, що музикотерапія є важливим видом психолого-педагогічного та естетико-терапевтичного впливу на особистість.

Музичний терапевт Карен Гудман так визначила музику: «Музика — це мистецтво звуку, яке виражає думки та емоції за допомогою елементів мелодії, гармонії та ритму [20]. Французький антрополог, етнограф, соціолог і культуролог, засновник і винахідник школи структуралізму в етнології, дослідник і порівняльник систем споріднення, міфології та фольклору, Клод Леві-Строс, мабуть, найкраще висловився: «Музика — це найбільша таємниця. Це ключ до їхньої боротьби та прогресу».

«Останніми роками популярність і інтерес до музичної терапії надзвичайно зросли. Проте думки щодо роботи музикотерапевтів загалом залишаються незрозумілими. На це ми звертаємо увагу, коли запитуємо, що саме нам робити. І не турбуйтеся про дивовижне: музикотерапія — це дуже молода дисципліна, яка щойно утвердилася у відповідних професіях і в суспільній свідомості», образно кажучи у множині, музичних терапевтів у світі майже стільки ж, скільки музичних терапевтів».

Тут дуже важливо розуміти, розрізняти та визнавати термін «музикотерапія», тобто терапія музикою, звуком, вібрацією, резонансом або «терапія музикою», тут музика, музична імпровізація є психотерапевтичним процесом, психотерапевтичним методом терапевтичних відносин і використання музики, звуку, В його основі лежать основні психотерапевтичні методи.

У музичній терапії музика — це набагато більше, ніж об'єкт, який можна почути сам по собі: тут вона розуміється як процес, «чуттєвий та акустичний досвід із фізіологічними, психологічними, соціальними та культурними наслідками» [6].

Музикотерапія як напрям і психотерапевтична наука розвивається в усьому світі. У 1999 році на Всесвітньому конгресі музичної терапії, що відбувся у Вашингтоні, США, міжнародна спільнота представила п'ять основних моделей музичної терапії: GIM (Guided Imagery in Music Method) – Гелен Бонні, Аналітична музична терапія – Мері Прістлі, Творча музична терапія – Пол Нордофф і Клайв Роббінс, Бенензонська музична терапія – Роландо Бенензон, Поведінкова музична терапія – Кліффорд К. Медсен, Терапія вільної імпровізації

– Джульєтт Елвін. На сьогоднішній день існує багато моделей імпровізаційної музичної терапії, наприклад, експериментальна імпровізаційна терапія, моделі імпровізації Орфа, паравербальна терапія, метафорична імпровізаційна терапія, інтегративна імпровізаційна терапія, терапевтичний процес розвитку, музична психодрама [5; 18].

Карен Гудман виділила три етапи, які пояснюють цілющу силу музики: магічний, релігійний і науковий. Стадія магічного зцілення — це стадія, коли ранні люди вважали, що певні природні звуки є способом спілкування з невидимим, надприродним духом. Наступним етапом є етап релігійного зцілення, коли людина вірить, що музика та музичні інструменти є даром від Бога, і використовує їх у ритуальних процесах очищення [20].

Людство тисячоліттями використовує зображення, звук, ритм, вібрацію як техніку оздоровлення та зцілення. Евокативний ефект ритму використовувався для закликання богів і духів. Ритмічні удари по каменю чи стовбуру дерева, поступове прискорення чи уповільнення кроків викликали у людини чіткі рухові реакції. Інстинкт самозбереження стародавньої людини, спроби вилікуватися від небезпечних хвороб призвели до використання музики як лікувального засобу, оскільки вона містить специфічні архетипи ритму і звуку, властиві людині як частині природи.

Люди, які входили до початкової спільноти, заповнювали свій вільний час іграми, які розповідали про найважливіше для них у житті. Ці вистави поєднують основи поезії, музики, танцю, гри та образотворчого мистецтва. Це, напевно, те, чим займається сучасна сторона психодрами, точніше музичної психодрами. [4]

Витоки наукового всесвіту можна простежити до медичних наук стародавнього Єгипту, Китаю, Греції та Риму, а також до грецьких філософів, таких як Сократ, Аристотель і Платон.

Уже в той час у Стародавньому Єгипті існувало три види цілителів, які використовували музику: чаклуни (чаклуни), жерці та лікарі. Історія залишила імена музикантів, визнаних цілителями: в Єгипті - Шебут-м-Мут, Імхотеп.

У Китаї, що походить від давніх традицій даоської медицини, для оздоровлення окремих органів і систем організму використовується метод голосового вібромасажу, що полягає в інтонуванні окремих голосних (медичне інтонування складів). Ці методи все ще використовуються в традиційній китайській медицині сьогодні.

Стародавні арабські лікарі стверджували, що музика, яка проходить через душу, може зцілювати тіло. Аль-Фарабі був відомим музикантом і цілителем в Аравії. Музичну терапію проводив туркменський психолог і теоретик музики Аль-Фарабі (872-950), відомий в Європі як Фарабій. У своїй дисертації «Значення інтелекту» він обговорював терапевтичний вплив музики на душу. Авіценна (980-1037) - цілий розділ «Книги зцілення» присвячений зв'язку між музикою та ритмом.

Особливе місце в розвитку європейської музикотерапії займає Давня Греція. У Греції були відомі лікарі та музиканти: Ескулап, Орфей, Тимофій. Стародавні греки розуміли і використовували лікувальні властивості музики. Грецька муза Евтерпа — покровителька музики, бог сонця Аполлон, бог музики і медицини. Музику використовували в обрядових піснях: хворі повинні були співати кілька годин на день. Співали й цілющі колискові. Музикотерапія в Стародавній Греції відома завдяки поясненням і теоріям Піфагора, Платона й Арістотеля.

Використовуючи різноманітні мелодії, ритми і настрої, Піфагор заспокоював смуток і гнів, знімав дратівливість і тривогу. Іншими словами, музика була своєрідною «цілющою композицією». Цей вид роботи Піфагор називав «музичним опрацюванням». Ще Платон розглядав музику як спосіб привести людину в гармонію з собою, із суспільством, підкреслюючи цілющу дію музики та співу. Він використовував ліки разом із співами для полегшення головного болю: без співу вважалося, що ліки втрачають свою силу.

Однак, хоча в давнину музикотерапія розглядалася як лікування різних хвороб, ці традиції зникли в середні віки, особливо в Європі, і музична терапія занепала. Платонік Марсіліо Фічіно у своїй праці «Про життя» 1489 року

докладно описує, як музику та співи можна використовувати для отримання божественної користі для підтримки здоров'я. Лише в епоху Відродження вони повернулися до практики музикотерапії, застосовуючи її до нервових розладів, меланхолії та істерії.

У другій половині 19 століття інтерес до музичної терапії зріс: її почали використовувати в психотерапії. Робляться спроби зрозуміти вплив музики на медичну практику, оскільки через великий емоційний вплив на людину музика є потужним засобом розслаблення та свідченням того, що одужання почалося. Прослуховування музики було введено в практику психіатричних клінік на початку 19 століття французьким психіатром Домініком Ешіролем.

У 1913 році В. М. Бехтер'єв заснував «Товариство лікувально-виховного значення і гігієни музики» для вивчення лікувальної дії музики. «Знаючи, що музика відповідає за наші емоції та настрої, ми можемо і повинні очікувати, що музика створить певний настрій, коли, на думку лікаря, необхідно зменшити зайву нервозність, в інших випадках транспортувати хворого. Як і в третьому, в деяких випадках, додавши фізичної сили кінцівкам, адекватно впливати на дихання і кровообіг, знімати втому і переходити від стану смутку до гарного настрою», — пише В. М. Бехтерев.

У 20 ст В. А. Гіляровський розробив лікувальну ритміку для дітей і дорослих. На цій основі А. Флоренський і Н. С. Самойленко створюють систему лікувальних ритмів для логопедичного лікування дітей, які заїкаються. Крім того, музикотерапію почали використовувати в санаторно-курортному лікуванні для поліпшення загального стану хворих незалежно від статі та віку. Ставлення до музичної терапії та її розвитку різко змінилося в середині 20 століття.

Робота з Анною О., першою пацієнткою психоаналізу, спочатку виявила три основні терапевтичні ефекти: розмовна терапія, катарсис і відносини перенесення між психоаналітиком і пацієнтом. Іншими словами: спогади, а також артикуляція емоційних зарядів, вираження почуттів, пов'язаних з ними, все в рамках міжособистісних стосунків. Якщо перекласти це на мову музикотерапії, то це означає: покращуючи лікування (поліпшення лікування) [6],

катарсис і міжособистісні відносини музикотерапії. Але подібно до того, як ми прийшли до висновку на початку психоаналізу, що дуже мало відомо про можливий катартичний ефект оповідання, так само мало відомо про можливий катартичний ефект від створення музики. займається розумінням процесів змін і загальним розумінням теорії музичної терапії. Серед інших теоретичних елементів ми в основному говоримо про питання: Що потрібно, щоб терапія працювала? [6]

Інтеграція теорії мистецтва, науки, нейрофізіології, філософії та психотерапії має вирішальне значення. Д. У. Віннікотт писав про важливий зв'язок між грою та творчістю. Клієнт вважав, що немає ліків, поки він не навчиться грати, тому що гра є джерелом творчості, а «у творчості людина виражає себе, свою сутність» [34]. Віннікотт також наголошував на важливості гри та майстерності психотерапевта. Творчість також є центральною для К. Г. Юнга - ідея юнгіанської психології полягає в тому, що ми стаємо собою, працюючи з символами в різних творчих актах. Ролло Мей визначає творчу дію як інтенсивну зустріч між людиною та її світом. Цю зустріч характеризують як «зустріч зі світом високо свідомої людини».

Основними елементами музики є тони чи звуки, що виникають у рядку (наприклад, мелодія) або кількох рядках (наприклад, гармонія), і напрямок руху звуку в часі (наприклад, ритм). Вони пов'язані з раннім розвитком людини. Як примітивна реакція, мелодія вперше з'являється, коли голос дитини передбачає характерний крик, за яким слідує безглузда мова. Увага в голосі матері в дитинстві - це перше емоційне переживання.

З іншого боку, народження і початок ритму вже існують в утробі матері, тобто до народження. Починаючи з серцебиття, рухів грудної клітки і кінцівок. Ритм відчувається і відчувається, коли ці рухи реагують на плід вібраційними звуками [30]. Ритм динамічно інтегрується на різних етапах раннього постнатального розвитку, наприклад, різні крики, ритм яких змінюється в різний час, ритми новонароджених і грудного вигодовування. Ритм особливо важливий, оскільки він керує музикою, тому що образ або спосіб його вираження визначає,

скільки енергії буде вкладено в музику [30]. Крім того, у цьому питанні необхідно додатково підкреслити такі його основні аспекти, як:

- внутрішні ритми (біоритми), їх вплив на стан свідомості, можливості та межі саморегуляції;

- зовнішні ритми (соціокультурні та групові), їх вплив на стан свідомості людини, можливості та межі саморегуляції;

- вплив зовнішніх (соціокультурних, колективних) і внутрішніх (біоритми) ритмів на темп і світогляд особистості [2].

- бінауральні ритми/часи - звукові імпульси певної частоти, що впливають на певні ділянки мозку, є основними типами електричних коливань мозку людини, відповідають різним станам людини і можуть змінювати стан свідомості цього образу [11]

Музичний розвиток також можна уявити за стадіями, запропонованими Піаже: дитина видає звуки і реагує на зміни звуку (етап сенсорної дії), звуки починають набувати загальноприйнятого значення (передопераційний етап, символічний етап), дитина може передавати звуки іншим [20].

Сучасна теорія розвитку дитини з самого початку розглядає дитину як активного та компетентного учасника міжособистісного спілкування. Ключовим тут є припущення, що дитина народжується з вродженим бажанням спілкуватися; вже несе в собі очікування контакту, контактує з матір'ю чи іншою референтною особою як «компетентна дитина». З самого початку людина розвивається і диференціюється в тісній взаємодії з навколишнім світом, і ця взаємодія відображається в інтерналізованих моделях відносин, які відповідають за побудову психічної структури і розвиток «Я». «Одна людина звертається до іншої просто тому, що вона особистість, а не «для задоволення своєї потреби в спілкуванні або відповідного потягу».

Таким чином, коли підліткове его або інфантильне его починає організовуватися, воно починає залучатися і зосереджуватися на референтних людях, які готові діяти. Через сприйняття та досвід дитина зв'язується зі світом.

Він осмислює світ, шукає те, що вважає частиною себе, і намагається це інтегрувати: «Як у світі, світ у ньому глибоко переплетений.»

Деніел Стерн окреслює чотири типи самосвідомості, які розвиваються, будуються одна на одній і відіграють важливу роль у самосвідомості протягом усього життя. Основною ознакою базового особистісного розвитку, яка виявляється на другому місяці життя, є досвід батьківства: «Дитина відчуває себе винуватцем своїх дій. Це і намір виконати певну дію, і досвід здатності контролювати свої дії, і очікування певних наслідків цих дій. Перетворивши це на роботу з голосом і музичними інструментами, він міг сказати: звук, який я чую, резонуватиме доти, доки я цього захочу; без активації. спочатку я чую і відчуваю свій голос; Я можу почути звук музичного інструменту, граючи на ньому руками, що також означає, що я повинен докласти активних зусиль, щоб створити звук, щоб мати можливість його почути, і коли я активний, я одразу отримую сенсорний вхід.

Стерн наводить три факти, безпосередньо пов'язані з досвідом батьківства:

- 1 - відчуття бажання, що передує власній руховій активності;
- 2 - пропріоцептивний зворотний зв'язок, який може виникати або не виникати під час акту;
- 3 - передбачуваність наслідків конкретної дії.

Ці три явища очевидні під час гри на музичному інструменті: якщо (здорова) дитина бачить або чує музичний інструмент, вона хоче грати на ньому. Звук може бути створений лише рухом, тому гра на інструменті забезпечує пропріоцептивний зворотний зв'язок. Коли рух припиняється, припиняється і звук. Ми бачимо те ж саме зі звуком: генерація звуку викликає певні явища резонансу в області шиї, грудей і черепа, які завжди сприяють сенсорній синхронізації. У свою чергу, розпізнавання часових, сенсорних і просторових зв'язків є ключовим для розуміння причинно-наслідкових зв'язків — усіх навичок, які Стерн приписує немовлятам як частину своєї концепції самовдосконалення. Тому досвід батьківства означає: я можу щось змінити, на

щось вплинути, коли захочу. Не менш важливою в цьому досвіді є можливість навчитися відрізняти себе від інших.

За впливом на поведінку та стан людини розрізняють два основних типи музики: заспокійливу, що характеризується рівномірним ритмом, передбачуваною динамікою та гармонійним звучанням, і збудливу, що додає енергії, стимулює дію та пробуджує емоції. . .

Узбецький вчений Мірзакарім Норбеков відкрив, що здоров'я залежить від емоційного центру людського тіла. Як він сам наголошував: «Хаос не в світі, він у нас. І саме музика долає цей хаос, гармонізуючи емоційну сферу людини [2].

Бразильські вчені провели експеримент на 60 пацієнтах з різними вадами зору. Половина учасників готувалася до очного тесту з музики Моцарта. Решта в цілковитій тиші чекали початку тесту. Пацієнти, які чекали початку тесту, слухаючи музику Моцарта, були набагато краще зосереджені і виконували завдання набагато швидше, ніж ті, хто спокійно готувався до тесту.

Італійський лікар Лучано Бернарді досліджував особливості італійської оперної музики і виявив, що арії Верді ідеально відповідають ритму серця.

1.3. Методи і прийоми музикотерапії

Методи музикотерапії поділяються за роллю пацієнта (активні та реактивні) або типом навчання (імпробізовані та структуровані). Найпоширенішими методами є музична імпробізація, інтерпретація готових музичних творів, сприйнятливий слухання, словесні дискусії про музику. Дослідження показали, що зміни в здоров'ї людей більш виражені, коли використовуються дисциплінарні методи музикотерапії, такі як імпробізація та вербальна музична дискусія. Результати цього дослідження також свідчать про те, що музичний терапевт повинен ретельно підходити до вибору методу для кожного пацієнта, адже від цього варіанту залежить позитивний чи негативний результат музикотерапевтичного лікування.

Наприклад, у практиці зарубіжних музичних терапевтів оцінка проводиться «з наголосом на основних категоріях психологічних, когнітивних, комунікативних, соціальних і фізіологічних функцій», відповідно до рекомендацій з клінічної практики Американської асоціації музичної терапії. – визначає потреби та сильні сторони пацієнта та визначає особливості реакції пацієнта на музику, музичні здібності та смак». За результатами оцінювання складається індивідуальний план музикотерапії.

Учні помічають позитивні наслідки прослуховування музики, такі як їхній емоційний стан, соціальна поведінка, формування власної особистості тощо. Музика, яка демонструє гармонію емоцій авторів та імітаторів із власними емоціями слухача, виступає елементом, що об'єднує людей з іншими і таким чином дає їм відчуття психічного благополуччя.

Розрізняють пасивну та активну музикотерапію, тому що музика знімає втому, заряджає енергією, позитивно впливає на кровообіг і дихання. Для кожного учня необхідно підібрати індивідуальні мелодії. Є мелодії - цілющі, мелодії - тривожні.

Певні тони впливають на певні органи: звукова частота, що відповідає тону, впливає переважно на функції шлунка і підшлункової залози; знову – в жовчний міхур і печінку; д – до органів зору та слуху; fa - до сечостатевої системи; сіль – для роботи серця; la - легені та нирки; як - для функцій енергообміну, нагрівання тіла.

Низькі тони більше резонують у нижній частині тіла, а вищі – у верхній частині (голові).

Музикотерапевти відзначають, що для кожного конкретного пацієнта необхідно підбирати індивідуальні мелодії, але є універсальні «мелодії-цілителі» для конкретного психічного стану чи захворювання.

Фольклор — синкретичне мистецтво (синтез пісень, танців, народної хореографії). Завдяки цьому можна з великим ефектом використовувати народну музику в різних формах музикотерапії в поєднанні з іншими техніками. Безпосереднє прослуховування колективного «живого» виконання чи народних

пісень сприяє творчому натхненню, викликає емоції, пробуджує радість творчості, збагачує відчуття, думки та має лікувальні властивості. Бо краса мелодії української народної пісні пов'язана з життям. Вони звучать живо, барвисто і правдиво, живою народною казкою, яку ми відчуваємо всім серцем.

Історична цінність стародавнього язичницького фольклору полягає в тому, що він є глибинним кодом, що несе інформацію з верхнього палеоліту (40 тис.). Пам'ять про всі минулі періоди живе глибоко всередині у вигляді логічних і змістовних структур. У кожній народній мелодії за допомогою спеціальних прийомів і досліджень можна аналітично виявити залишки фольклору минулих періодів, овіяні пізнішими успіхами. А ми знаємо, що зародження обрядового фольклору — кінець неоліту, 4-3 ст. тисячі років до нашої ери. Архаїчний пласт фольклору не зник: він зберігся патріархальним побутом і язичницькими уявленнями і сьогодні є найціннішою частиною обрядової музики, що дійшла до наших часів. Народні артефакти містять величезну культурно-історичну інформацію, а також можуть емоційно впливати на почуття людини.

У слуханні та виконанні народних пісень виявляється гуманістичний характер народної творчості, морально-естетичні ідеали в жанровому інтонуванні музичного фольклору, естетична своєрідність стильових закономірностей народних музичних традицій, особливий душевний стан народної музики. Українці стикаються зі студентами з усіма їхніми історичними втіленнями.

Йдеться про досвід сотень поколінь українців, залучених до презентації традиційного фольклору, інтонаційно-співочих та ритмічних структур. Синкретизм музично-фольклорних творів сприяє активізації та розвитку мислення учнів. Знання типів фольклорних ансамблів також є необхідним для студентів, щоб застосовувати музикотерапію в їхніх майбутніх професійних зусиллях зцілювати людей за допомогою фольклору.

За словами художнього керівника фольклорного гурту «Жива вода» Л. М. Бакланової, фольклор має надзвичайно важливі цілющі властивості. Під час слухання та виконання народних пісень учні стикаються з гуманістичним

характером народної музики, а особливо з настроями українського народу в усіх його історичних іпостасях.

Репертуар гурту «Жива вода» об'єднав кращі зразки фольклорної спадщини українців із таких різних регіонів, як Полтавщина, Слобобщина, Житомирщина, Чернігівщина, Київщина, Рівненщина. Черкаська та Сумська області.

Оволодіння видами фольклорних ансамблів має вирішальне значення для того, щоб студенти могли використовувати музикотерапію у своїй майбутній професійній діяльності для оздоровлення людей засобами фольклору.

Музикотерапія лікує емоційні відхилення, страхи, рухові та мовленнєві розлади, психосоматичні розлади, поведінкові відхилення, комунікативні проблеми тощо. Активно використовується для ремонту.

Музикотерапія сприяє покращенню потенційних характеристик особистості або відновленню функцій організму шляхом забезпечення вищого рівня міжособистісної інтеграції, а отже, кращої якості життя. Музикотерапія може бути засобом профілактики, реабілітації чи лікування.

Музикотерапія є універсальною освітньою системою, яка дозволяє оптимізувати процес розвитку особистості в складних умовах сучасного суспільного життя.

Зміна та коригування вашого психічного стану може змінити рівень цукру в крові. Дуже допомагають звуки природи: хвилі, спів птахів, гуркіт морських хвиль, грім, шум дощу.

Дослідження, проведені в центрі під керівництвом пана Лазарева, показали, що музичні вібрації благотворно впливають на весь організм, особливо на структуру кісток і щитовидної залози, масажуючи внутрішні органи, проникаючи глибоко в тканини і стимулюючи в них кровообіг. Музика збільшує здатність організму виділяти ендорфіни, біохімічні речовини мозку, які допомагають справлятися з болем і стресом.

Усі музичні твори можна умовно поділити на збудливі, підбадьорливі та розслаблюючі, заспокійливі. Сприйняття музики тісно пов'язане з психічними

процесами, тобто вимагає уваги, спостережливості та кмітливості. Музика, що сприймається слуховим рецептором, впливає на загальний стан всього організму, викликаючи реакції, пов'язані зі зміною кровообігу і дихання. Тому вчені вивчають музикотерапію в різних напрямках, наприклад, вплив певних музичних інструментів на живі організми; вплив музики великих геніїв людства, індивідуальний вплив окремих творів композиторів.

Психоаналіз зробив важливий внесок у визначення зв'язку між людською психікою та прослуховуванням музики. Більшість психоаналітичних теоретиків (включаючи его-психологів) погоджуються, що музика може виконувати три можливі функції: емоційне очищення від пригнічених бажань (Ід), зниження ризику травми (его) і дотримання прийнятних правил (суперего).

Психодинамічна музична терапія - це творчий процес, який використовує музику та слова у відносинах клієнт/група/терапевт, щоб сприяти безперервному діалогу між свідомим і несвідомим вмістом. Зв'язок між музикою та словами встановлюється через вербальну обробку музичного досвіду та/або музичну обробку усного досвіду. Психодинамічна музична терапія базується на перенесенні, контрперенесенні, опорі, розвитку его та інших концепціях, пов'язаних з аналітичною теорією. Творчий процес відкриття та інтеграції несвідомих аспектів психіки робить клієнта унікальною індивідуальністю.

Музика може виражати емоції, які люди не можуть висловити інакше. В основному він складається з переживань і несвідомих травматичних переживань, які не є лінгвістичними та недискурсивними та кореняться в ранньому дитинстві людини.

Д. У. Віннікотт припустив, що звуки, які дитина видає перед тим, як заснути, заспокоюють під час тривоги (втрати) і переносять як музику в наступну культуру життя. Іншими словами, музика - це мова, яка представляє емоційне життя і пропонує легший спосіб зламати захист і проникнути в несвідоме [34]. Крім того, музика здатна задовольнити всю ієрархію людських потреб Маслоу: фізіологічні потреби, потреби безпеки, приналежності, поваги та

самоактуалізації; і чотири функції душі Юнга: мислення, відчуття, сприйняття та інтуїція є невід'ємною частиною музичного досвіду.

Психічні механізми, задіяні під час прослуховування музики, включають різні інші пов'язані психічні дії. Перший – індивідуальна реакція на мелодію, яка має бути відображенням власних почуттів, а не прямим наслідком музики [30]. З цієї точки зору, музична мелодія функціонує більше як проєктивний тест особистості (подібний до тесту Роршаха), який припускає, що «те, що людина «бачить» у ноті, залежить від рис особистості». По-друге, хоч деяка музика викликає негативні емоції, люди все одно нею користуються. Ця тема про давню практику катарсису.

Тут варто додати, що методологічний поділ музикотерапії на «активну» і «рецептивну» форми існує десятиліттями і досі зберігається в популярних підручниках. Однак, як показала музикотерапевтична практика, це абсолютне розрізнення між активною та рецептивною формами музикотерапії часто застарівало, і «це розрізнення між активною та рецептивною формами втрачає сенс у музикотерапевтичній практиці, коли ці два процеси поєднуються» [6]. Важко уявити, щоб активні музикотерапевтичні процеси розвивалися без етапів рецепції, сприйняття, слухання - без перерв і тиші - так само, як активні елементи не можна виключити з рецептивних процесів. музикотерапія, тому що слухання – це теж діяльність, активна позиція по відношенню до почутого, а сприйняття значною мірою також вимагає активних процесів.

Основні моменти:

- Музика завжди має на увазі невербальний рівень спілкування, який «спочатку не піддається рефлексії та корекції». Щось важко вловити мовою, щось примхливе може знайти музичне вираження.

- Музична діяльність відображає інтенсивні події, які ми пережили разом. Музична подія дозволяє всім грати одночасно. Одночасність музичної діяльності посилює динамічні процеси. Отриманий музичний «гештальт» робить ці процеси як чутними, так і такими, що піддаються подальшій обробці.

- Музичні імпровізації відкривають простір для внутрішнього та міжособистісного досвіду, де нові ідеї можна випробувати на практиці. Це стосується як ігрового оформлення власного життєвого простору, так і організації стосунків у групі. «Жорсткість» аудіопродуктів дозволяє легко «розслабитися» в досвіді.

Музична імпровізація, безсумнівно, є «королівською дорогою» в музичній терапії: пацієнту надається «вільний простір для інструментального, вокального чи тілесного вираження без попереднього музичного чи іншого обумовлення». У той же час музичний терапевт проводить пацієнта «через чітку форму емпатичної присутності, щоб отримати відповідь, форму гри, що відповідає конкретній ситуації».

У контексті розуміння музичних імпровізацій наша цікавість і терапевтична увага виходять далеко за межі наших інтелектуальних музичних бажань зрозуміти їх; та розуміння стану психіки імпровізатора, емоцій, які дають йому імпульс до творчості. Тенбрінк, теоретик індивідуальної психології, пропонує кілька дуже цікавих міркувань у цьому контексті:

«Якщо ми почнемо з того факту, що здатність символізувати немовля чи маленьку дитину досягає певного рівня ефективності лише на другому році життя, і що це радикально змінює їхній досвід, тоді це також може зробити це для будь-якої людини - то в межах цієї межі. але це не зрозуміло - припустимо, що, спираючись на передсимволічний спосіб формування досвіду, він акумулює та асимілює надзвичайно величезний потенціал відчуттів, який не підлягає жодному прямому контролю чи непрямій символізації. Цей протосимволічний або несвідоме пізнання невичерпна динамічна основа нашого життя та нашого досвіду аж до смерті, і це також вимагає нашого вторинного процесу протягом життя, який, по суті, є існуванням, буттям, наступна символізація є частиною цього передсимволічного досвіду для нашого досвіду. і наші свідомі дії [7].

Коротше кажучи, це означає, що зміст і приклади, що виходять за межі всемогутнього досвіду Віннікотта (1991, 1988) у довербальних режимах, не можуть бути використані для формування структури его. Цей зміст і шаблони

утворюють ядро нашого несвідомого. І якщо цей зміст потім пов'язати з формуванням власних структур, то, як пише Тенбрінк, можна говорити про трансформацію несвідомого у свідомість. Певною мірою йдеться про пізнішу символізацію т. зв досвід перед виступом.

Таким чином, Тренбрінк розрізняє переживання, які є частиною всемогутнього досвіду (тобто досвіду власної особистості), і ті, які змушені відкинути всемогутній досвід через його травматичний потенціал.

Це поняття всемогутнього досвіду постає у Віннікотта як надзвичайно важливий фактор ранньої еволюції.

У музичній терапії, тобто під час роботи з пацієнтами, музичний терапевт часто має на увазі ці травматичні переживання перед промовою, і тому більш-менш виключений із всемогутнього досвіду. Він також робить іншу важливу відмінність між експресією та трансформацією.

Тому такий процес трансформації може призвести до більш-менш успішних процесів символізації в майбутньому. Ефективність такої пізньої символізації є для нас свого роду розширенням можливостей. Іншою важливою опорою цього явища є спосіб і спосіб, у який все це робиться в музичній терапії, і нас цікавить насамперед музикотерапевтична імпровізація, а не головним чином музичний продукт, маніфестне вираження, тобто раціональне сприйняття. музичних процесів, і перш за все - до «основи», до прихованого змісту і процесів, які знаходять свою символіку в музичному вираженні.

Це призводить до висновку, що диференційоване розуміння музичних процесів виграє від аналізу інтрапсихічних процесів, рефлексія яких дає змогу зрозуміти свободу вираження. Повертаючись до Фрейда та психоаналізу, ми таким чином приходимо до первинних і вторинних інтрапсихічних процесів; ми також вважаємо, що вони є частиною будь-якої музичної імпровізації з різними ефектами, одночасними чи відкладеними [7].

Головне завдання музикотерапії - відновити або зміцнити реальність. Шлях до цього лежить через переживання стосунків з конкретним іншим, шляхом підвищення самооцінки, залучення ресурсів і навіть відновлення

ідентичності. Це включає розуміння та інтеграцію відчужених. Музика може мати певний ефект. Він має такі параметри, як ритм, звук, гармонія, динаміка, агогія та багато можливих комбінацій, які можуть сприяти занепаду та деградації та водночас гальмувати їх.

Висновок до першого розділу

У першому розділі мною було висвітлено положення тривожних розладів в психології, де було виявлено багато напрямків розвитку цієї психічної хвороби, знайдено статистику скільки людей страждає від цього.

В іншому підрозділі мною було виявлено теоретичний напрям КПТ який напряму працює з тривожними розладами. Взагалі цей метод є унікальним, оскільки за його допомогою багато психотерапевтів допомагають людям при депресії, алкоголізмі, психічними порушеннями.

В третьому підрозділі було сформовано історію становлення музикотерапії починаючи з давнини і до сьогодення. Було виявлено особливості музикотерапії, його види та способи застосування.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ЗА ДОПОМОГОЮ МУЗИКОТЕРАПІЇ

2.1. Організація дослідження

Для того щоб здійснити емпіричне дослідження тривожних розладів за допомогою музикотерапії, мною було сформовано вибірку для подальшої роботи:

Кількість досліджуваних: 30 осіб.

Вікова категорія: 25-35 років.

Стать: 13 жінок, 17 чоловіків.

Етапи дослідження:

На першому етапі дослідження, мною було зроблено науковий аналіз тривожного розладу в психології, способи прояву та загальна теорія про дане положення. Мною було здійснено інформаційний відбір стосовно музикотерапії, оскільки даний напрямок має багато можливостей застосування, тому для здійснення дослідження необхідно було відібрати ефективні методи.

На другому етапі дослідження, мною було сформовано вибірку та відібрано методи для використання. Оскільки музикотерапія має на меті застосування інструментів та елементів музики, для мого дослідження було залучено барабан та колонки.

На третьому етапі дослідження було знайдено респондентів, які не мають прямих ознак тривожного розладу, проте страждають від хронічного стресу, через професійну діяльність. Разом з психотерапевтом, було зібрано 30 осіб різної вікової категорії у великій кімнаті з вікнами та барабаном по середині.

На четвертому етапі дослідження було проаналізовано отримані результати, сформовано висновки та у подальшому підтверджено гіпотезу.

На п'ятому етапі було сформовано невелику корекційну стратегію для подальшого одужання респондентів від стресових та тривожних чинників.

2.2. Методики дослідження

Методологічна основа першої методики «По черзі» заснована на тому, що кожному респонденту потрібно описано власні емоції на даний момент, рівень стресу та тривожності. Після чого, буде ввімкнена спокійна, без слів музика на 2 хвилини. По завершенню музики, кожен з респондентів повинен проговорити заново емоції, рівень стресу та тривожності вже після прослуховування. Для додаткової інформації, вони також можуть зазначити образи, які виникають після музики.

В активних формах музикотерапії (голосотерапія, інструментальна терапія) відбувається послідовний розвиток емоцій і зміна їх психологічного змісту: від усвідомлення негативного висловлювання до створення позитивного досвіду, пов'язаного з його набуттям шляхом емоційного реагування, задоволення.

Пасивна музикотерапія характеризується можливістю здійснення музичного впливу шляхом прослуховування спеціально створених музичних звукових програм. Прослуховування музикотерапевтичних треків призводить до катарсису, тобто всебічного дослідження почуттів і думок.

Музикотерапія, і особливо пасивна, пов'язана з розвитком наочно-образного мислення, уяви, здатності мислити, діяти і відчувати в умовній уяві, усвідомлювати ситуацію, оцінювати її.

Друга методика називається «Запитання/відповідь». Вона базується на тому, що необхідно відповісти на запитання «так» - один удар по барабану, «ні» - два удари по барабану. Цей метод ефективний тим, що непотрібно надавати відповідь напряму, можна просто без слів за допомогою звуку і всі один одного зрозуміють.

Третя методика «Барабан по коло» базується на тому, що серед невеликої групи людей буде один ведучий гравець на коло. Йому необхідно за допомогою барабану відтворити звук таким чином, щоб інші його повторили. Це може бути як тихий, так і гучний звук. Але степінь удару по звуку буде відображати емоційне самопочуття особистості. Можна сказати що даний метод направлений на зближення групи та розуміння емоційного стану один одного без слів. Така взаємодія допомагає знизити рівень тривожності, стресу та тривоги. Бо коли тобі погано і комусь поряд з тобою також, то настає момент полегшення, типу «ти не один».

2.3. Аналіз отриманих результатів у досліджуваних

За першою методикою, мною було систематизовано та висвітлено результати у таблиці 2.1.

Табл. 2.1.

Номер досліджуваного	Емоція/відчуття перед прослуховуванням	Емоція/відчуття після прослуховування
1	Спокій	Спокій
2	Легка тривожність	Спокій
3	Сум	Легка радість
4	Легка тривожність	Легкий спокій
5	Спокій	Легкий сум
6	Легка радість	Радість
7	Зацікавленість	Спокій, радість
8	Сум	Легке полегшення
9	Легка тривожність	Легкий спокій
10	Роздратованість	Легке полегшення
11	Втомленість	Легкий спокій

12	Втомленість	Легка радість, зацікавленість
13	Легка тривожність	Легкий спокій
14	Легка радість	Радість
15	Сум	Спокій, зацікавленість
16	Сум	Спокій
17	Спокій	Радість
18	Зацікавленість	Легкий спокій, радість
19	Зацікавленість	Радість
20	Легка радість	Спокій
21	Легка тривожність	Сум
22	Легка втомленість	Легкий спокій
23	Легке розчарування	Сум
24	Легке роздратування	Легке полегшення
25	Тривожність	Сум
26	Радість	Зацікавленість, радість
27	Зацікавленість	Радість
28	Легка тривожність	Легке полегшення
29	Втомленість	Спокій
30	Спокій	Спокій

Якщо робити висновок, по даній таблиці, то можна помітити, що більшість респондентів після прослуховування музики отримали піднесення настрою. Маленька частина навпаки, їх негативні емоції були посилення. Схематично це можна зобразити на малюнку 2.1.



Малюнок 2.1.

Погіршення самопочуття або підвищення тривожності може бути пов'язано з тим, що перед прослуховуванням були самі по собі «загострені», а композиція вивільнила їх назовні.

Якщо виділити респондентів 10 та 24, можна помітити що їх роздратування переросло в полегшення, що говорить про ефект одужання від прослуховування.

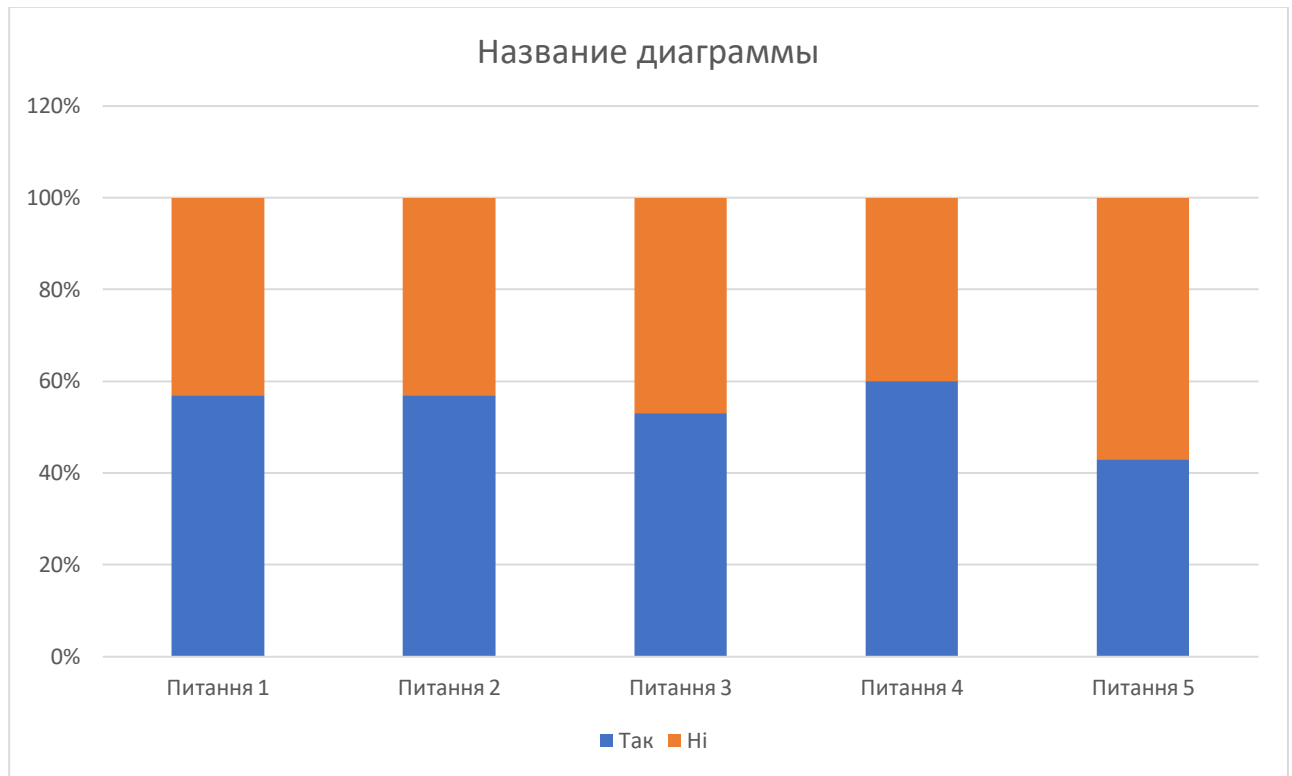
Для більш ефективного використання методу, кожному учаснику було задано по п'ять питань відповідь на які «так» або «ні». Результати зображені у таблиці 2.2.

Табл.2.2.

№	Чи вважаєш ти себе щасливою людиною?	Чи задоволений ти своїм оточенням?	Чи вдається тобі бути спокійним у важких ситуаціях?	Чи задоволений ти своєю роботою?	Чи активно ти проводиш час з собою?
1	Так	Так	Так	Так	Так

2	Так	Так	Hi	Так	Так
3	Hi	Так	Hi	Hi	Так
4	Так	Hi	Так	Hi	Так
5	Так	Так	Hi	Так	Так
6	Hi	Hi	Так	Hi	Hi
7	Так	Hi	Так	Hi	Hi
8	Hi	Hi	Так	Так	Hi
9	Так	Hi	Так	Так	Hi
10	Hi	Hi	Hi	Hi	Так
11	Так	Так	Так	Так	Так
12	Hi	Так	Так	Так	Hi
13	Так	Так	Hi	Hi	Так
14	Hi	Hi	Так	Так	Hi
15	Так	Hi	Hi	Hi	Так
16	Так	Так	Hi	Так	Так
17	Hi	Hi	Hi	Так	Hi
18	Hi	Так	Hi	Hi	Так
19	Так	Так	Так	Так	Hi
20	Так	Hi	Так	Hi	Так
21	Так	Так	Hi	Так	Так
22	Так	Hi	Hi	Так	Hi
23	Hi	Так	Hi	Так	Hi
24	Hi	Hi	Так	Так	Hi
25	Hi	Так	Так	Hi	Hi
26	Hi	Hi	Так	Hi	Hi
27	Так	Так	Hi	Так	Так
28	Так	Так	Так	Так	Hi
29	Hi	Так	Так	Hi	Hi
30	Так	Так	Hi	Так	Hi

Для більш зрозумілого аналізу та створення загального висновку, мною було створено діаграму 2.2.



Малюнок 2.2.

Питання було підібрано таким чином, щоб дослідити самопочуття досліджуваного, його оточення – чи є у нього підтримка людей, які поруч з ним у цей нелегкий етап життя, його робота – самоаналіз його професійної діяльності як результат продуктивності чи результат підтримки тривожності та стресу.

Однакове відсоткове відношення відповідей мають питання 1 і питання 2 – 57% так, 43% ні. Тобто більшість досліджуваних цілком задоволені власним життям та своїм оточенням. Ті у кого відповідь ні – скоріш за все це може бути як причина або як наслідок їх стресу та тривожності у цілому.

Більшість респондентів не ведуть активний образ життя – 43% так, 57% ні. При будь-якій ситуації у житті людини, для одних активний образ життя – спорт, йога, біг тощо може слугувати як рушійною силою для додаткового заряду енергії, так і причиною того, що їх самопочуття буде погіршуватись. При тривожних розладах, людина може постійно відчувати втому, через те що більшість її енергії уходить на боротьбу зі стресом та своїм станом.

За третьою методикою, мною було створено таблицю, для того щоб дізнатись продемонструвати за допомогою звуку, рівень тривожності та самопочуття кожного з респондентів. Результати у таблиці 2.3.

Табл. 2.3.

Номер досліджуваного	Гучність звуку удару по барабану
1	Тихо
2	Середньо
3	Тихо
4	Тихо
5	Середньо
6	Середньо
7	Тихо
8	Тихо
9	Гучно
10	Гучно
11	Тихо
12	Тихо
13	Тихо
14	Гучно
15	Середньо
16	Тихо
17	Тихо
18	Середньо
19	Тихо
20	Гучно
21	Тихо
22	Тихо
23	Середньо
24	Гучно

25	Тихо
26	Середньо
27	Середньо
28	Тихо
29	Середньо
30	Тихо

Більшість респондентів під час проходження цієї методики били у барабан достатньо тихо. Ця тенденція відбувалась з людьми, які мали спокійний стан під час дослідження й з людьми, які після двох попередніх методик змогли заспокоїтись та відповідно удар по барабану це підтвердив.

Інші досліджувані били на середньому рівні, що може значити про рівень напруги, стресу або тривожності, якій після двох попередніх методик підвищився за рахунок активності, соціальної взаємодії у незнайомій групі. Психологія називає це соціальна тривожність. Це більше, ніж сором'язливість. Тривога, яка продовжується та впливає на повсякденну діяльність, самооцінку, стосунки, роботу чи навчання. Більшість людей іноді відчувають тривогу в ситуаціях соціальної взаємодії, але люди з соціальною фобією відчувають сильну тривогу до, під час і після взаємодії.

Основними симптомами соціальної фобії є:

- ви відчуваєте страх і тривогу, коли інші можуть спостерігати за вами: публічні виступи, спілкування з незнайомими людьми, їжа в громадських місцях,
- проблеми з оточуючими: сильний неспокій і збудження, нездатність говорити, нездатність висловлюватися, нездатність підтримувати зоровий контакт, припливи, напруга м'язів, зміна голосу
- уникати спілкування з іншими людьми: уникати людних місць, зустрічей, вечірок, обмежити активність,
- страх через видимі ознаки страху: страх публічного осуду, збентеження, приниження.

У кожної людини, яка страждає від тривожного розладу, це може перетікати або інтерпретуватись по своєму в залежності від індивідуальності особистості. Серед досліджуваних, було помічено двоє людей, які були вміру сором'язливі, проте боялись проявляти себе під час проходження дослідження. Той факт, що вони були згодні це зробити – це великий крок на зустріч собі. Навіть по тенденції самопочуття деяких респондентів можна помітити наявність підвищення рівня тривоги.

Після закінчення проходження дослідження за всіма трьома методиками, мною було подяковано кожному учаснику і мені було цікаво почути зворотній зв'язок від кожного та стан самопочуття на той час. Більшість відповіли, що за допомогою музикотерапії їм значно стало легше та особливо під час взаємодії з іншими людьми, які відносно мають схожі симптоми, відповідно це теж вплинуло на них.

Частина досліджуваних відповіла, що їм також стало трішки легше, проте значного результату вони не відчули. Це пов'язано з особливістю характеру кожного та рівня тривоги та стресу, який вони відчули або відчують й нині. Для більш ефективного використання музикотерапії, необхідно регулярно робити певні вправи раз на тиждень разом зі спеціалістом, після чого стан значно полегшиться.

Відповідно до отриманих результатів та відгуків від кожного досліджуваного, я можу зробити висновок, що моя гіпотеза підтверджена: музикотерапія – є ефективним інструментом для роботи з тривожними розладами, тривогою та стресом цілому.

Висновок до другого розділу

У практичній частині мого дослідження, мною було сформовано вибірку досліджуваних, які активно брали участь у моїй роботі. Після чого було поетапно розписано кожен мою дію, перспективи цих дій та результати, які були отримані.

У третьому підрозділі мною було детально висвітлено в табличному варіанті кожен методик, проаналізовано особливості цих результатів та виділено деяких респондентів, чий дані відрізнялись від інших. Було сформовано графіки до перших двох методик, для наглядної демонстрації отриманих даних та підтверджен певних тенденцій перебігу тих чи інших явищ при виконанні вправ.

ВИСНОВОК

У теоретичній частині моєї роботи, мною було детально проаналізовано науковий аналіз тривожних розладів особистості у психології, виявлено напрямки терапевтичної роботи за допомогою яких можливо вилікувати та допомогти людям, які страждають від цього синдрому. Мною було детально описано історію розвитку музикотерапії, види використання музичних інструментів при терапії з клієнтами та виявлено методи для роботи.

У практичній частині моєї роботи, мною було сформовано вибірку досліджуваних, після чого детально розписано кожний етап дослідження та перспективи тих чи інших моїх дій. Після чого було відібрано, обґрунтовано та описано методики, які були застосовані для дослідження. Все це було продемонстровано у табличному варіанті та у вигляді діаграм для якісного висвітлення отриманої інформації.

Після закінчення роботи, кожен досліджуваний поділився своїм самопочуттям та підтвердив той факт, що музикотерапія є ефективним методом для боротьби з тривожними розладами, хронічним стресом та тривожністю.

Тому, я можу сказати, що вищесказане підтверджує мою гіпотезу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астапов В.М. Функціональний підхід до вивчення стану тривоги// Психологічний журнал. – 1992
2. Вахромов Є. Є., До постановки проблеми психології ритму// Світ психології, 2002 №3.
3. Коцур Н. І., Гармаш Л. С. Психогігієна: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги 21ст., 2005. – 380 с.
4. Львов О. О, жабко Н. В. Музична психодрама та музикотерапевтичні розстановки // Психологія і особистість. Науковий журнал № 2 (14) 2018, ISSN 2226-4078 (Print), ISSN 2410-3527 (online), УДК 159.9 + 37.015.311 (051)
5. Львов О. О., Музикотерапія - психологія, терапія, наука, творчість // Збірник матеріалів XVI Міжнародної міждисциплінарної науковопрактичної конференції «Арт-простір: мінливість та стабільність - пошуки балансу». м. Харків, 15-17 лютого, 2019 р.
6. Матеріали міжнародного навчального семінару: «Музикотерапевтична психологія». Музикотерапевтичні техніки у контексті музикотерапевтичного сеттінга. Музикотерапія в Україні. Випуск 2 [Текст]: зб. статей/ [пер. з нім. Костянтин Поліщук]; [заг. ред. Львова Олександра]. – Львів : ПП «Видавництво «БОНА», 2019. — 80 с. УДК 615.851.5:78](477)(06)
7. Музикотерапія в Україні. Випуск 1: зб. Статей / [пер. з нім. Галина Котовські, Костянтин Поліщук] ; [заг. ред. Львова Олександра, Вознесенської Олени] ; [вступне слово Андреас Веннінгер; Олександр Львов, Олена Вознесенська]. – Львів : ПП «Видавництво «БОНА», 2018. — 76 с. ISBN 978-966-2626-72-8.
8. Омельчинко Я., Кісарчук З. Психологічна допомога дітям з тривожними станами. – К.: Шкільний світ. 2008. – 112 с.
9. Основи практичної психології: Підручник / За заг. ред. В. Панок, Т. Титаренко, Н. Чепелева та ін. – К.: Либідь, 2003. – 536 с.

10. Савчин М. В., Василенко П.П. Вікова психологія: Підручник. – Київ: «Академвидав», 2005. – 360 с.
11. Седих К. В., Львов О. О., Бінауральна стимуляція як додатковий психотерапевтичний метод. // Психологія і особистість : наук. журнал., 2014. – Вип. 1(5). – 184 с. ISSN 2226-4078.
12. Скрипченко О. В., Долинська Л. В., Огороднійчук З. В. та ін. Вікова та педагогічна психологія: Навчальний посібник. – Київ: Каравела, 2009. – 400 с.
13. Сорочинська В. Є. Організація роботи соціального педагога: Навчальний посібник. – К.: Кондор, 2005. – 198 с.
14. Шанских Г. Музыка як засіб корекційної роботи / Г.Шанских // Мистецтво в школі. - 2003. - № 5.
15. Bourdon KH, Boyd JH, Rae DS, et al. Gender differences in phobias: results of the ECA community survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 1988; 2: 227-41.
16. Bremner JD, Randall P, Scott TM, et al. MRI-based measurement of hippocampal volume in combatrelated posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1995; 152:973-81.
17. Bromet E.J., Gluzman S.F., Panioitto V.I., et al. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine: findings from the Ukraine World Mental Health survey // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – Vol. 40. – P. 681-690
18. Bruscia Kenneth E. A Survey of Treatment Procedures in improvisational Music Therapy, *Psychology of Music*, 1988, 16, 1-24
19. Eysenck H.J. Neuroticism, anxiety, and depression // *Psychological Inquiry.* – 1991. – Vol. 2. – P. 75-76.
20. Goodman KD, author; Arieti S, Brodie HK, editors. Music therapy. *American Handbook of Psychiatry*. 1981. 2nd ed. New York: Basic Books Inc; p. 564–85
21. Gray J. A . *The Neurophysiology of Anxiety.* – New York: Oxford University Press, 1982. – 452 p.

22. Kadri N., Agoub M., Gnaoui S., et al. Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco // *Ann. Gen. Psychiatry.* – 2007. – Vol. 6, № 6.
23. Kalinin V.V. Anxiety disorders. – Rijeka: InTech, 2011. – 323 p.
24. Kaufman J., Charley D. Comorbidity of mood and anxiety disorders // *Depress. Anxiety.* – 2000. – Vol. 12. – P. 69-76.
25. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-V disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 2005. – Vol. 62. – P. 617-627.
26. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve- month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 2015 Jun;62(6):617-27.
27. Kharchenko D.M. Anxiety in Individuals With Different Levels of Alexithymia Disturbances / D.M. Kharchenko, S.O. Kovalenko, Yu.Yu. Chystovska. *Науково-практичний журнал «Наука і освіта» Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського. Випуск: Психологія. № 5-6. 2018.*
28. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 1990; 147(6): 685-95.
29. LeDoux J. Fear and the brain: where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 1998; 44(12): 1229-38.
30. Nizamie SH, Tikka SK. Psychiatry and music. *Indian J Psychiatry* 2014;56:128- 40
31. Regier DA, Rae DS, Narrow WE, et al. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry Supplement*, 1998; (34): 24-8.
32. Robins LN, Regier DA, eds. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area Study.* New York : The Free Press, 1991.
33. Stein MB, Hanna C, Koverola C, et al. Structural brain changes in PTSD: does trauma alter neuroanatomy? In: Yehuda R, McFarlane AC, eds. *Psychobiology of*

posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821. New York: The New York Academy of Sciences, 1997.

34. Winnicott DW, author; Spitz H, editor. *Art and Psyche*. 1985. New Heaven: Yale University Press; p. 22–3

35. Wittchen H.U., Zhao S., Kessler R.C., Eaton W.W. DSMV-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1994. – Vol. 51. – P. 355-364.