МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МУЗИКОТЕРАПІЇ В РОБОТІ ПСИХОЛОГА З ЖІНКАМИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0531-4-з
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: Психологія
Швецова Оксана Сергіївна
Керівник: к. психол. н., доцент кафедри психології Пучіна О. В.
Рецензент: Грандт В.В.,
к. психол.н., доцент кафедри психології

Запоріжжя
2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
к.психол.н., доцент, Н.О. Губа
«____»_____2024 р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Швецовій Оксані Сергіївні

Тема роботи Особливості застосування музикотерапії в роботі психолога з жінками в умовах воєнного стану
керівник роботи Пучина О. В. к.психол.н., доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «24» 09 2024 року № 1446-с
2. Строк подання студентом роботи _____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.
4.Зміст розрахунково-пояснювальної записки характеристика музикотерапії як напряму арт-терапії з корекції психологічного стану особистості, емпіричне дослідження роботи психолога з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану, тренінгова програма
5. Перелік графічного матеріалу: 12 рисунків.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Пучина О.В., доцент		
Розділ 1	Пучина О.В., доцент		
Розділ 2	Пучина О.В., доцент		
Розділ 3	Пучина О.В., доцент		
Висновки	Пучина О.В., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-березень 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2024 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-серпень 2024 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	вересень 2024 р.	Виконано
6	Написання висновків	жовтень 2024 р.	Виконано
7	Передзахист	листопад 2024 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2024 р.	Виконано

Студент _____О. С. Швецова

Керівник роботи _____О. В. Пучина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____О. М. Гредінарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 97 сторінка, 10 таблиць, 11 рисунків, 80 джерел, 3 додатка.

Об’єкт дослідження – музикотерапія як напрям арт-терапії в роботі психолога.

Предмет дослідження – особливості застосування музикотерапії в роботі психолога з відновлення психічного здоров’я жінок в умовах воєнного стану.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити особливості застосування музикотерапії в роботі психолога з жінками в умовах воєнного стану.

Гіпотеза дослідження полягає у припущеннях: ефективність відновлення психічного здоров’я жінок в умовах воєнного стану залежить від використання психологом засобів музикотерапії; у жінок між рівнями психічного здоров’я і благополуччя існує пряма залежність, яка зумовлює особливості застосування музикотерапії в роботі психолога в умовах воєнного стану.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз наукових джерел, систематизація й узагальнення теоретичних положень; емпіричні: анкетування, бесіда, спостереження, використання психодіагностичних методик; методи математичної статистики.

Наукова новизна полягає у розробці та впровадженні тренінгової програми з відновлення психічного здоров’я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану.

Галузь використання: заклади вищої освіти, заклади та установи формальної і неформальної післядипломної освіти.

АРТ-ТЕРАПІЯ, БЛАГОПОЛУЧЧЯ, ЖІНКА, КОРЕКЦІЯ, МУЗИКОТЕРАПІЯ, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ’Я, ТРЕНІНГ

SUMMARY

Shvetsova O. Peculiarities of music therapy application in the work of a psychologist with women under martial law.

The qualifying work consists of Iintroduction, 3 Chapters, Conclusion, References (80 items, 19 of foreign origin), 3 appendix on 7 pages. The qualifying work volume is 104 pages long, 81 of them – main text. There are 10 tables and 11 illustrations.

The qualification work provides a theoretical overview and describes an experimental study of the peculiarities of a psychologist's work with women using music therapy in martial law.

The master's thesis consists of 3 chapters, each of which is devoted to a separate aspect of the use of music therapy in working with women.

The research object: music therapy as a direction of art therapy in the work of a psychologist.

The research subject: peculiarities of using music therapy in the work of a psychologist to restore women's mental health under martial law.

The research goal: to theoretically substantiate and empirically investigate the peculiarities of the use of music therapy in the work of a psychologist with women under martial law

The research tasks are:

1. To theoretically analyse music therapy as a direction of art therapy for the correction of the psychological state of the individual.

2. To substantiate the peculiarities of music therapy application in the work of a psychologist with women under martial law.

3. To conduct an empirical study of the psychologist's work on the restoration of women's mental health through music therapy in martial law.

4. To develop a training programme for the restoration of women's mental health through music therapy.

5. To study the effectiveness of the training programme.

Chapter 1 «Theoretical and methodological bases of studying music therapy in the work of a psychologist with women» is devoted to the analysis of music therapy as a direction of art therapy for the correction of the psychological state of the individual, to identify and substantiate the peculiarities of using music therapy to restore women's mental health under martial law.

Chapter 2 «An empirical study of a psychologist's work on restoring women's mental health through music therapy in martial law» is dedicated to the organisation and methodology of empirical research, consideration of psychological characteristics of women in wartime.

Chapter 3 «Training programme on restoring women's mental health through music therapy under martial law» is dedicated to describing the content of the training programme and analysing the results of the study.

Key words: art therapy, well-being, woman, correction, music therapy, mental health, training.

ЗМІСТ

ВСТУП…… 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ МУЗИКОТЕРАПІЇ В РОБОТІ ПСИХОЛОГА З ЖІНКАМИ…… 12
1.1 Характеристика музикотерапії як напряму арт-терапії з корекції психологічного стану особистості ……... 12
1.2 Особливості застосування музикотерапії з відновлення психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стану…… 26
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОБОТИ ПСИХОЛОГА З ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ЗАСОБАМИ МУЗИКОТЕРАПІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ……. 38
2.1 Організація і методика емпіричного дослідження…… 38
2.2 Стан психологічних особливостей жінок в умовах воєнного часу 47
РОЗДІЛ 3. ТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА З ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ЗАСОБАМИ МУЗИКОТЕРАПІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ…….. 61
3.1 Зміст і структура тренінгової програми …… 61
3.2 Аналіз результатів дослідження…… 71
ВИСНОВКИ…… 86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….. 89
ДОДАТКИ…… 98

ВСТУП

У ХХ ст. дослідники поклали початок інтенсивному науковому обґрунтуванню профілактичних, лікувальних і оздоровчих можливостей музичних творів. У багатьох культурах впродовж тисячоліть музика використовувалася з метою досягнення зміни психо-емоційного стану людини. Уявлення про музику як про терапію ґрунтується на давніх міжкультурних віруваннях про те, що музика може мати «цілющий» вплив на розум і тіло. Пояснення терапевтичних механізмів у музиці майже завжди включало культурні та соціальні науково-наукові зв'язки щодо використання та функцій музики в суспільстві.

Музикотерапія як один із напрямів арт-терапії є з найдавніших часів прикладною формою застосування музичного мистецтва в суспільстві. Цілющі властивості музики проявились ще у глибокій давнині і не втратили своєї сили впродовж тисячоліть і до нині.

Серед зарубіжних дослідників, які вивчали проблему впливу музичного мистецтва на фізичне і психічне здоров'я людини, варто згадати американського психолога, спеціаліста з музикотерапії Д. Дж. Кемпбела, нейрологів Г. Шоу і М. Боднера, дослідників Ш. Острандер і Л. Шредера. Науковці поки що не прийшли до єдиної думки про те, яким чином музика може зцілювати людину.

Підґрунтям обґрунтування теоретичних засад музикотерапії становлять положення вікової музичної психології (В. Петрушин). Важливу роль відведено засобам музикотерапії в низці досліджень європейських та українських учених: Е. Доброжинської, М. Мушкевич, Г. Побережної.

У межах філософських, психологічних досліджень проблему впливу музичних творів на стан людини розглядали такі українські науковці як С. Шабутін, С. Хміль, І. Шабутіна.

Нині музикотерапію в роботі психолога як методу психокорекції досить

ґрунтовно вивчають В. Гриньова, Е. Куцин, Р. Призванська, Л. Сливка.

Критичне переосмислення успішного зарубіжного досвіду використання музикотерапії в роботі психолога з дітьми і дорослими, брак її розроблення в українській психологічній теорії та практиці засвідчують актуальність проблеми. Вищезазначене зумовило вибір теми магістерської роботи: «Особливості застосування музикотерапії в роботі психолога з жінками в умовах воєнного стану».

Об'єкт дослідження: музикотерапія як напрям арт-терапії в роботі психолога.

Предмет дослідження: особливості застосування музикотерапії в роботі психолога з відновлення психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стану.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати й емпірично дослідити особливості застосування музикотерапії в роботі психолога з жінками в умовах воєнного стану.

Завдання дослідження:

1. Теоретично проаналізувати музикотерапію як напрям арт-терапії з корекції психологічного стану особистості.

2. Обґрунтувати особливості застосування музикотерапії в роботі психолога з жінками в умовах воєнного стану.

3. Провести емпіричне дослідження роботи психолога з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану.

4. Розробити тренінгову програму з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії.

5. Дослідити ефективність тренінгової програми.

Гіпотеза дослідження полягає у припущеннях: 1) ефективність відновлення психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стану залежить від використання психологом засобів музикотерапії; 2) у жінок між рівнями психічного здоров'я і благополуччя існує пряма залежність, яка зумовлює особливості застосування музикотерапії в роботі психолога в умовах воєнного стану.

У дослідженні використано низку методів дослідження: теоретичні: аналіз наукових джерел (для порівняння різних наукових поглядів на досліджувану проблему), систематизація й узагальнення теоретичних положень (для з'ясування стану розробленості проблеми дослідження в психологічній теорії та практиці); емпіричні: анкетування, бесіда, спостереження (для виокремлення особливостей роботи психолога з жінками в умовах воєнного стану), використання психодіагностичних методик для вивчення психічних станів і рівнів соціального і психічного благополуччя жінок; методи математичної статистики (для узагальнення та унаочнення результатів емпіричного дослідження).

У ході емпіричного дослідження використано авторську анкету «Соціальне і психічне благополуччя» та психодіагностичні методики: «Шкала оцінки якості життя» (О. Чабан) і «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенка, опитувальники «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 WELL-BEING INDEX) в адаптації Л. Карамушки, К. Терещенко та О. Креденцер та «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form») (К. Кіз) в адаптації Е. Носенко та А. Четверик-Бурчак.

Наукова новизна роботи:

- уточнено і проаналізовано особливості музикотерапії як напряму арт-терапії в роботі психолога з жінками;

- розроблено: тренінгову програму з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану;

- дістали подальшого розвитку: погляди на роботу психолога з жінками в умовах воєнного стану з урахуванням особливостей їхнього психічного здоров'я.

Практична значущість дослідження полягає у розробці рекомендацій для психологів, що працюють з жінками в умовах воєнного стану.

Результати дослідження можуть бути використані в процесі фахової підготовки майбутніх психологів у системі вищої освіти, у підвищенні кваліфікації практикуючих психологів в закладах та установах формальної і

неформальної післядипломної освіти.

Надійність і достовірність результатів дослідження визначається репрезентативністю вибірки респондентів (у загальній кількості 97 осіб: 74 особи на констатувальному етапі і 23 особи на формувальному і контрольному етапах експерименту), узгодженістю психодіагностичних методик і методів дослідження.

Апробація результатів роботи. Основні положення дослідження опубліковано в тезах міжнародної конференції на тему «Корекційна робота психолога з жінками засобами музикотерапії в умовах воєнного стану».

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, який охоплює 79 найменувань, 3 додатків (на 7 сторінках). Загальний обсяг роботи складає 102 сторінки, із них обсяг основного тексту становить 80 сторінок. Робота містить 5 таблиць та 12 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ МУЗИКОТЕРАПІЇ В РОБОТІ ПСИХОЛОГА З ЖІНКАМИ

1.1 Характеристика музикотерапії як напряму арт-терапії з корекції психологічного стану особистості

Багатогранність впливу музичної діяльності проявляється на всіх рівнях особистісного розвитку – фізичному, психологічному, інтелектуальному, соціально-духовному, що зазначено в працях зарубіжних й українських науковців. Останнім часом увага дослідників привертається до арт-терапевтичних функцій музичного мистецтва, ефективність якого доведена в наукових розвідках фізіологів, медиків, психологів і педагогів.

Звернення уваги на проблему впровадження музикотерапії в систему надання психологічної допомоги населенню дає підстави стверджувати її потенційну ефективність і доцільність. Підстави такого припущення зумовлені специфікою музичного впливу на людину, а саме – його звуковими властивостями, хвильовою природою мелодій, різноманіттям засобів впливу н на різних рівнях розвитку особистості (спільноти): фізичному, фізіологічному, психологічному, когнітивному, соціальному тощо. Водночас, доцільно враховувати і функціональні можливості музичних творів, зокрема – гедоністичних, експресивно-виражальних, медитативно-релаксичних, духовно-катарсичних, комунікативних, організаційно-мобілізуючих, магічних, сугестивних, значна частка з яких часто набуває при прослуховуванні музично-терапевтичної спрямованості.

Проаналізуємо розвиток та поширення музикотерапії як ефективного напряму арт-терапії. Арт-терапію науковці (О. Вознесенська [6], О. Карапетова [14], О. Сорока [50]) визначають як один із потужних інструментів психологічної корекції тривожних станів у дорослих та дітей. Так

О. Сорока зазначає, що роль арт-терапії в роботі психолога визначена тим, що вона використовує невербальні форми самовираження та спілкування [50].

У психологічній практиці арт-терапію використовують при вирішенні діагностичних, корекційних, психопрофілактичних завдань [2].

В. Драганчук у навчальному посібнику «Музична психологія і терапія» зазначає, що ще в середньовічній науці надзвичайно популярними стали ідеї Ібн-Сіни (Авіценни) щодо лікування музикою. Музика, на думку Авіценни є засобом зцілення людини, а при контактах з хворим музика є ефективним засобом спілкування. Далі, в епоху еллінізму серед вчених «набула широкого розповсюдження гедоністична теорія, яка підносить фізіологічні можливості музики приносити насолоду» [9, 112].

У Середньовічній Європі відомі були випадки так званих «психічних епідемій», під час яких музика була єдиним дієвим засобом порятунку.

Терапевтичні втручання з використанням музичних творів для задоволення фізичних, емоційних, когнітивних та соціальних потреб людей і спільнот мають багату історію, починаючи з XYIII ст. Уперше згадка про музикотерапію як метод лікування деяких захворінь з'явилася в наукових джерелах ще в 1789 р. На початку XIX ст. у низці медичних дисертаційних досліджень було висвітлено музичні втручання як форму терапії для дітей і дорослих [77].

Фізіологам І. Сєченову та В. Бехтерєву на початку XX ст. вдалося експериментальним шляхом довести позитивний вплив музики на кровообіг, дихання та стан нервової системи людини. Відкриття вчених призвело до того, що в Колумбійському університеті з 1918 р. студентам-психологам почали читати лекції з музикотерапії. Уперше центр музикотерапії було відкрито в Англії в 1975 р. У Києві з ініціативи В. Петрушина були організовані курси з музично-раціональної психотерапії, які об'єднали медитацію, музику та танцювальні дії. На початку XXI ст. центри та асоціації практикуючих музичних терапевтів відкрилися в різних країнах. Після визнання музикотерапії як ефективного методу відновлювально-педагогічної психотерапії в 2010 р., цей

напрямок арт-терапії отримав новий поштовх розвитку та поширення як в Україні, так і в світі [37].

Досягнення в галузі сучасних терапевтичних утручань призвели до формалізації та визнання музичної терапії як окремої професії. Процес сертифікації, керований професійними асоціаціями, забезпечив стандартизацію та контроль якості в цьому напрямку арт-терапії.

Фахівці Всесвітньої федерації музикотерапії (WFMT) довели, що професійне використання музики в освітнє та повсякденне середовище з окремими людьми, родинами чи спільнотами, сприяє покращенню їхнього соціального, комунікативного та емоційного благополуччя, що впливає на стан їхнього психічного здоров’я [79].

Проаналізує тлумачення поняття «музикотерапія» у медичній, психологічній теорії і практиці.

За результатами досліджень зарубіжних науковців (К. Бодрі [65], Е. Доброжинська [67], М. Таут [74], Т. Фернандес Де Жуан [70]) встановлено, що наукове підґрунтя музичної терапії з'явилося лише після Другої світової війни, водночас терміносполука «музикотерапія» була введена в 1950 р. Сучасна музикотерапія використовується в сфері медицини, а також у спеціальній педагогіці та охороні психічного здоров'я. Віна доповнює фармакотерапію як частину комплексного лікування разом з іншими формами арт-терапії, психотерапії та фізіотерапії.

М. Таут зазначає, що пояснення терапевтичних механізмів у музиці майже завжди включає культурні та соціальні наукові зв’язки щодо використання та функцій музики в суспільстві [74].

Американська асоціація музичної терапії (AMTA) більш конкретно визначає музикотерапію як клінічне та обґрунтоване використання музичних впливів для досягнення індивідуалізованих цілей у терапевтичних відносинах з боку кваліфікованого фахівця. Ця асоціація вказує на те, що музикотерапію варто розглядати в контексті сфери охорони здоров’я, в якій музика використовується у терапевтичних цілях для вирішення фізичних, емоційних,

когнітивних та соціальних потреб окремих людей чи спільнот [63].

Колектив сучасних американських дослідників у статті «Музика як система культурної спадковості: контекстно-поведінкова модель символізму, значення та цінності музики» довів, що музика є складною символічною системою успадкування або вдосконаленою формою реляційного реагування, яка вимагає співпраці для розвитку та подальшого сприяння єдності та спорідненості між групами людей [76]. Погоджуємось з науковцями, що музика й мелодія є адаптацією особистості на культурному рівні через переваги виживання, які вона дає всім членам спільноти.

У зарубіжній психологічній теорії поняття «музикотерапія» обґрунтовується тим, що музика може впливати на емоційний стан, психічні процеси та фізіологію людини. Шляхи впливу музики можуть бути різними, включаючи відповідь на ритм, мелодію, гармонію, темп, тембр та текст пісні.

Дослідження в сфері нейробіології довели, що музика впливає на мозок людини. У науковій праці «Музична терапія в умовах медичної та неврологічної реабілітації» зарубіжні автори визначили, що музика розуміється як «складна, стструктурована у часі звукова мова, яка стимулює людський мозок одночасно на сенсорному, моторному, перцептивно-когнітивному та емоційному рівнях, а також стимулює та інтегрує нейронні зв'язки специфічним чином» [71, 526].

Дослідження польської вченої Е. Глінської показують, що музика після сприймання обробляється в багатьох ділянках головного мозку людини, тому вона активує низку процесів, які потім узагальнюються і переносяться також на немузичні операції і дії [68]. Дослідниця пояснила, що ритмічні сигнали, які відчуває людина, обробляються в префронтальній моторній корі, мозочку та інших стимулюючих областях нейронної мережі. До прикладу, слухання музичних творів, які приносять людині глибоке задоволення, пов'язане з ділянками мозку, відповідальними за позитивні емоції.

Отже, музика допомагає, по-перше, зняти напругу, тривожність, прийняти себе, створити позитивний образ себе, а по-друге, ці прояви

характеризують її як стимул, який позитивно впливає на переживання різних психосоматичних розладів людиною [24].

Колектив бразильських дослідників у статті «Аспекти музично-терапевтичної практики: соціальний контекст та емперспектива спільноти» («Aspectos da práctica musicoterapéutica: contexto social e comunitario emperspectiva») довід, що терміносполука «соціальна та громадська музична терапія» має психологічний зміст, що базується на критичному та соціально-історичному вимірі, який розглядає людські стосунки як єдине ціле, в комплексі різних взаємозв'язків. Науковці обговорювали такі поняття, як місце, простір і музикотерапевтична дія. Зроблено висновок, що практика музикотерапії сприяє зміні соціальної реальності, використовуючи звук як інструмент для міжособистісного зв'язку в активному процесі, заснованому на культурі та аспектах повсякденного життя людей [64].

Узагальнюючі відзначимо, що музикотерапія використовується для покращення психічного та фізичного здоров'я людини, а також у психотерапії, реабілітації та стимулюванні творчих можливостей. Музикотерапія здатна покращити настрій, зменшити стрес, покращити якість сну та сприяти покращенню загального самопочуття людини. Зарубіжні дослідження також показують, що музика може впливати на когнітивні і фізіологічні характеристики (інтелектуальний розвиток, пульс, кров'яний тиск та рівень гормонів стресу).

У першій чверті XXI ст. в українській науці зростає увага до дослідження феноменології арт-терапії та використання її можливостей у роботі психологів з різними категоріями населення. Застосування засобів арт-терапії дає змогу психологові реалізувати процес інтеграції психологічної допомоги і творчості. У світовій практиці достатньо широко застосовують такий підхід, як психотерапія мистецтвом у галузі освіти, психології та медицини [24].

Психотерапія мистецтвом за міжнародною класифікацією («Eropean Conortium for Arts Terapies Education») представлена чотирма напрямами:

1) арт-терапія (психотерапія за допомогою образотворчої діяльності);

2) драматерапія (психотерапія за допомогою сценічної гри);

3) танцювально-рухова терапія (психотерапія за допомогою танцювальних рухів);

3) музична терапія (психотерапія за допомогою музики та звуків) [62].

Філософські засади арт-терапії схарактеризовані українськими дослідниками під керівництвом Т. Бондар. Дослідниця довела, що арт-терапія є практичною технологією, що виникла як частина психотерапії й використовує мистецтво в контексті вивчення процесу сприйняття художнього образу людиною [66].

У нашому дослідження терміносполуки «музична терапія» і «музикотерапія» є синонімічними. Загальновідомо, що терміни «терапія», «терапевт» належать до медичної галузі, проте, в перекладі з грецької «therapies» означає не лише лікування, а й ще і турбота чи догляд [29].

Доцільність розроблення музичної терапії як напряму арт-терапії в Україні в процесі надання психологічної допомоги зумовлена завданням посилити увагу підвищенню стану здоров'я населення країни. Невідкладність його вирішення підкреслена в комплексі нормативних документів українського уряду, серед яких – Наказ Міністерства охорони здоров'я «Про організацію роботи стратегічної дорадчої групи з питань реформування системи охорони здоров'я України» (2014 р.) [41], Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Концепції розвитку системи громадського здоров'я» (2016 р.) [42]. Зазначене спонукало українських науковців до вивчення різноманітних можливостей застосування потенціалу музико-терапевтичних технологій у відновленні здоров'я населення.

В Україні на початку 2000-х рр. широкого огляду набули питання застосування музики та звуків з метою оздоровлення та гармонізації психофізіологічного стану людини в контексті музикотерапевтичного впливу (В. Драганчук [9], Г. Локарєва [26], В. Петрушин [37], Г. Побережна [38]).

До прикладу, у 2002 р. у Запорізькому національному університеті (завдяки співробітництву з університетом соціальних і прикладних наук

Магдебург-Стендаль у Німеччині) для студентів факультету «Соціальна педагогіка і психологія» було дистанційно проведено навчальний курс «Введення в групову музикотерапію» (автор – доктор Магдебурського університету Томас Вош). Цей курс присвячений питанням історичного становлення музикотерапії в Німеччині, розкриттю змісту поняття «музикотерапія», психологічним механізмам музичного впливу на людину.

Дослідженням проблематики вивчення музикотерапії у різних видах професійної психологічної діяльності в останні роки займаються такі українські науковці як В. Гриньова [8], С. Ковальова [17], Р. Призванська [40], М. Репетій [45], Л. Руденко [47].

Вивчаючі вплив музикотерапії на студентів, В. Гриньова зазначила, що «музикотерапія (музична терапія) – це процес міжособистісного спілкування, у якому кваліфікований музикотерапевт застосовує музику та всі сторони її впливу – фізичну, емоційну, інтелектуальну, соціальну, естетичну і духовну – з метою покращення чи збереження здоров'я студентів» [8, 20]. Погоджуємось також з твердженням авторки, що музикотерапію варто розуміти як психотерапевтичний метод, який дозволяє музикотерапевту активізувати в клієнтів пізнавальні процеси, моторику, унормувати емоційний розвиток, набути комунікативні вміння та навички.

С. Ковальова вивчаючі музикотерапію як ресурс збереження здоров’я та попередження синдрому «професійного вигорання» в педагогічних працівників зазначає, що музикотерапію слід вважати діяльністю з міжособистісного спілкування, у якій музикотерапевт застосовує музичне мистецтво, яке, в свою чергу, впливає на емоційну, інтелектуальну, фізичну, соціальну, естетичну, вольову та духовну сфери людини з метою її оздоровлення [17]. Погоджуємось з авторкою, що музикотерапію варто розглядати в контексті медичного напряму (лікування хворих і профілактична діяльність захворювань різного спрямування), як психотерапевтичного методу (попередження негативних емоційних, психологічних, психічних негативних проявів) та як засобу підтримки емоційної стабільності особистості.

М. Репетій визначає музикотерапію як «контрольоване використання музики в лікуванні, реабілітації, освіті та вихованні дітей і дорослих, які страждають від соматичних і психічних захворювань» [45, 260].

Слушною є твердження Л. Руденко щодо значення музикотерапії. Дослідниця характеризує активну музичну терапію як відтворення, імпровізацію за допомогою співу (людського голосу) та обраних музичних інструментів, що сприяє зниженню у людини керованої психічної напруги і сприяє досягненню катарсису [47, 129].

М. Крет і Н. Левчук зазначають, що музикотерапія є системним використанням музики в роботі психологів «з метою лікування фізіологічних та психосоціальних аспектів хвороби та різноманітних розладів» [22, 164].

О. Федій наголошує, що музикотерапія в професійній діяльності педагога є ключовим видом психолого-педагогічного впливу на особистість дитини [55].

У дисертаційному дослідженні Р. Призванської розглянуто музикотерапію як «інтегративний засіб попередження та корекції розладів поведінки, інтелекту, мовлення та емоційно-вольової сфери. У психологічному вимірі музика має сприятливий вплив на центральну нервову систему, дихання, емоційно-афективну сферу та спонукає до більш активного подолання хворобливого стану, негативізму, тривоги, страхів, стереотипій, ехолалічного мовлення, агресії та самоагресії тощо» [40, 176].

У посібнику І. Цимбаляк «Психологічне консультування та корекція» виокремлено медичний напрям (лікування, попередження і профілактика захворювань) застосування музикотерапії [56]. Так С. Шабутін, С. Хміль, І. Шабутіна у творі «Зцілення музикою» відмітили, що музикотерапія активізує функції нервової системи, знижує стрес, впливає на серцевий ритм і пульс, коригує кров’яний тиск, може знижувати м'язову напругу і покращувати координацію рухів [58].

Цікавим є твердження Л. Сливки про те, що оскільки музика «за своєю природою є явищем фізичним, хвильовим, то звукові сигнали, попадаючи у резонансну частоту, яка відповідає фізичним характеристиками того чи іншого

органу, виявляє стимулюючу дію на нього» [49, 165]. На думку дослідниці, у природі все підпорядковано певним ритмам, робота людських органів підпорядкована вібраціям, які співпадають з ритмом музичних звуків чи музичних інструментів.

Музикотерапевт В. Драганчук вважає, що «музикотерапія належить саме до методів цілісного впливу на організм… Мозок посилає імпульс-команду до проблемних ділянок. Таким чином запускається механізм саморегуляції організму» [9, 158].

Г. Побережна характеризує використання музичної терапії як засобу розвитку емоційної стабільності. Авторка доводить, що музикотерапія є провідним інструментом підвищення соціальної активності, комунікативних здібностей особистості, засобом її адекватної соціалізації в суспільстві [38].

Таким чином, розглянуті тлумачення зарубіжними й українськими науковцями терміносполуки «музикотерапія» дозволили зробити висновок про відсутність однозначного трактування змісту цього поняття. Музикотерапія є одним із напрямів арт-терапії в роботі психологів, що заснований на застосуванні музичних творів і композицій. Нині арт-терапія є однією з найбільш популярних технік практичної психології та допомагає у вирішенні широкого кола психологічних проблем особистості.

Переважна більшість психологів схиляються до того, що музикотерапія є самостійним напрямом в арт-терапії, що тісно пов’язаний з нейрофізіологією і музикознавством. Основна мета цього напряму – це покращення фізичного та психічного стану людини, оптимізація її особистісного розвитку в складних життєвих ситуаціях.

У роботі з дорослими музикотерапію психологи використовують з метою корекції емоційних станів, страхів, рухових і мовних розладів, психосоматичних захворювань. Музикотерапія є ефективним засобом з корекції порушень спілкування, що виникли у дорослих з різних причин. Сеанси музикотерапії безпечні, ненав'язливі, сприяють зняттю напруженості і страхів. Музикотерапія ґрунтується на дослідженнях, які належать музичній психології.

За результатами зарубіжних й українських досліджень проілюструємо вплив музичної терапії на людину, групи чи спільноти в конкретних умовах (див. табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Вплив музикотерапії в роботі з населенням

Налаштування	**Зміст впливу**
Програми роботи з громадськістю	Використовується для сприяння соціальній згуртованості населення, розширення можливостей маргінальних спільнот і покращення результатів психічного здоров'я особистості.
Петенціарні заклади	Є реабілітаційним інструментом для сприяння емоційному вираженню та покращення навичок спілкування в середовищі ув'язнених.
Реабілітаційні центри	Сприяє відновленню стану клієнтів після травми або залежності, покращує когнітивні здібності, фізичну координацію та емоційне благополуччя.
Відділення паліативної допомоги	Допомагає полегшити біль, занепокоєння, забезпечуючи комфорт і покращуючи якість життя невиліковно хворих пацієнтів.
Військові частини	Допомагає ветеранам керувати такими станами, як тривога та депресія, формує усвідомлення шляхів відновлення психічного здоров'я.

Узагальнення наукових джерел дозволяє визначити, що в усьому світі надійні терапевтичні методології справили значний вплив на різноманітні групи населення в різних культурних і суспільних контекстах.

Теоретичний аналіз праць О. Вознесенської [6], С. Науменко [33], В. Петрушина [37] дозволяє констатувати, що основними завданнями музикотерапії в роботі психолога є:

1) поява у клієнтів під час музикотерапевтичних занять вібраційного

масажу внутрішніх органів;

2) навчання клієнтів психосоматичному контролюванню своєї поведінки;

3) налаштування клієнтів на позитивне сприйняття дійсності і поліпшення психоемоційного фону.

Проаналізувавши низку психолого-педагогічних джерел, присвячених музикотерапії як напряму арт-терапії [3; 24; 26; 64], узагальнимо їх зміст у таких положеннях:

1) грамотно відібрана музика сприяє загальній гармонізації фізіологічних проявів, емоційних і психічних станів людини;

2) однією з важливих цілей музикотерапевтичного впливу є інтеграція особистості в соціальну групу, оскільки в музичній співтворчості добре випрацьовуються різні комунікативні навички, усувається підвищена напруженість;

3) використання засобів музики допомагає гармонізувати стан особистості і сприяти її соціальній адаптації;

4) музичні твори є потужними засобами позитивного впливу на психологічний, фізіологічний і когнітивний стан дітей і дорослих;

5) музику, мелодію можна вважати невербальною формою комунікацій, які є більш результативними, ніж безпосереднє мовне спілкування. Обґрунтуємо форми і характеристики музикотерапії.

С. Ковальова зазначає, що музикотерапія існує в трьох формах: активній, рецептивній (пасивний) та інтегративній [17]. Проаналізуємо їх.

1. Активна музикотерапія є музичною діяльністю, яка терапевтично цілеспрямована і містить процеси відтворення, імпровізації за допомогою або людського голосу, або гри на обраних музичних інструментах. Така музикотерапія передбачає активне включення людини в музикотерапевтичний процес завдяки співу (вокалотерапія), рухів (кінетотерапія) чи грі на музичних інструментах. Слід підкреслити значення вокалотерапії. Саме завдяки співу забезпечується корекцію мовленнєвих функцій людини, а також здійснюється активізація діафрагмального типу дихання, що є основою формування культури

і правильності мовлення. Основною метою цієї форми музикотерапії є інтеграція людини в соціальні спільноти, тому в музичному супроводі відпрацьовуються різні міжособистісні і комунікативні навички.

Методи та прийоми активної музикотерапії розвивають і посилюють переживання почуттів, надають людині можливості для самовираження й самопізнання, допомагають сформувати комунікативні навички та досвід творчої роботи в колективі, сприяють розвитку творчого мислення.

2. Рецептивна або пасивна музикотерапія визначається тим, що музичний вплив на людину здійснюватися в процесі прослуховування нею спеціально створених звукових програм. При впровадженні технік рецептивної музикотерапії у людини музичні переживання виникають внаслідок чуттєвого сприймання звуків, мелодії. При прослуховуванні музики людина пасивно отримує глибокий емоційний вплив. Бажано, щоб музика для прослуховування відповідала внутрішньому порушеному світу людських переживань і емоцій. Музичні твори в контексті рецептивної музикотерапії слід застосовувати як засіб соматичної і психічної релаксації, а також як седативний вплив на підсвідомість [47]. За результатами дослідження Л. Литвинчук встановлено, що психологи в роботі частіше використовують рецептивну музикотерапію (сприймання музики людиною з корекційною метою) [27].

Рецептивна музикотерапія, як визначає С. Ковальова, пов’язує сприйняття музики людиною з терапевтичною метою. Ця форма існує у трьох аспектах:

1) комунікативній (як сумісне (міжгрупове, міжособисте) прослуховування музики, що спрямоване на підтримку взаємин, взаєморозуміння, встановлення контактів й довір'я);

2) реактивній (спрямованість прослуховування музики на досягнення катарсису);

3) регулятивній (сприяє зниженню наявної в людині нервової (психічної) напруги [17].

3. Інтегративна музикотерапія поєднує психотерапевтичний вплив музики

та інших видів творчості і мистецтва. До прикладу, це може бути пантоміма, пластична драматизація під музику, малювання під музику, застосування прийомів музичної казкотерапії, рухова релаксація та злиття з ритмом музики, музично-ігрова діяльність, дихальні та гімнастичні вправи під музику, творчість після прослуханої музики [17].

Завданням інтегративної музикотерапії є гармонізація психофізіологічного стану та підвищення життєвого потенціалу особистості завдяки позитивним емоціям у поєднанні з різновекторними творчими діями. Ця форма музикотерапії може слугувати дієвим інструментом в роботі психолога щодо зниження емоційної напруги, формування емоційної стійкості та навичок міжособистісного спілкування клієнтів.

Е. Куцин зазначає, що інтегративні заняття музикою разом з іншими видами творчості сприяють зниженню рівня тривожності в людині [25].

О. Федій запропонувала власну класифікацію форм музикотерапії, серед яких авторка виокремила такі:

1) спільне прослуховування музичних творів, спрямоване на підтримку вербальних комунікативних контактів (комунікативна форма);

2) досягнення катарсису (реактивна форма);

3) зниження нервово-психічної напруги (регулятивна форма);

4) терапевтично спрямована музична діяльність, яка пов’язана із відтворенням оповідань, казок, розповідей, з подальшим дофантазуванням уявних образів у дискурсі, зі словесно-мовною імпровізацією [55].

З позиції авторки, музикотерапію слід вважати ефективним засобом у розвитку позитивних комунікацій, міжособистісної та особистої відповідальності та навичок поведінки людини.

Унаочнимо на рис. 1.1. узагальнені форми музикотерапії в роботі психолога.



Рис. 1.1. Форми музикотерапії в роботі психолога

Музикотерапія у вищезазначених формах є самостійним психокорекційним напрямом арт-терапії, який використовує психолог при взаємодії з клієнтами і який має два аспекти впливу на людину:

1) психосоматичний (здійснюється лікувальний вплив на функції організму);

2) психотерапевтичний (за допомогою музичних композицій і творів здійснюється корекція відхилень в особистісному розвитку, психоемоційного стану людини).

М. Мушкевич визначає такі характеристики музикотерапії, що пов'язані з коригуючим впливом на стан особистості як: емоційне активування в ході вербальної психотерапії; розвиток комунікативних функцій і здібностей, формування навичок міжособистісного спілкування; регулюючий вплив на вегетативні процеси центральної нервової системи; підвищення естетичних потреб особистості [32].

Підсумовуючи, можна стверджувати, що музикотерапія як засіб корекції психологічного стану особистості базується на використанні музики для здійснення психотерапевтичних впливів на емоційну сферу людини. Музикотерапія може бути використана для покращення настрою, зниження стресу, коригування самопочуття людини. Незважаючи на тісний зв'язок з

корекційно-лікувальною практикою, музикотерапія набуває переважно психопрофілактичної, корекційної та розвивально-соціалізуючої спрямованості.

У наступному підрозділі визначимо та обґрунтуємо особливості застосування музикотерапії з метою відновлення психічного здоров'я жінок.

1.2 Особливості застосування музикотерапії з відновлення психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стану

Концептуальні засади відновлення психічного здоров'я дорослих ґрунтуються на теоріях і положеннях гуманістичної філософії та ідеї людиноцентризму (Е. Помиткін [39]), психологічних теоріях мотивації, вчинків, діяльності особистості (Г. Костюк [20], В. Рибалка [46] та ін.).

Проаналізуємо зміст терміносполук «здоров'я», «психічне здоров'я», «відновлення психічного здоров'я».

Поняття «здоров'я» у Великому тлумачному словнику української мови визначено, як стан організму, при якому нормально функціонують усі його органи, або, як той чи інший стан самопочуття людини [5].

Л. Карамушка та Т. Дзюба визначають категорію «здоров'я» як «функціональний стан організму людини, який забезпечує тривалість життя, фізичну та розумову працездатність, достатньо високий рівень самопочуття, а також відтворення здорового потомства» [12, 25].

Характеризуючі поняття «здоров'я», психологи пов'язують його з особистісними і психологічними властивостями особистості.

Проаналізуємо визначення психічного здоров'я людини. О. Корольчук досліджуючі охорону психічного здоров'я в умовах ведення антитерористичної операції зазначає, що психічне здоров'я слід вважати ресурсом людини, «завдяки якому вона може долати стреси, … складнощі, що виникають у певних виняткових обставинах і неодмінно призводять до зростання психічних розладів серед населення країни» [19, 97].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), у відповідності до

принципів Гельсінкської декларації (2005 р.), визначає такі першочергові завдання держави в сфері збереження і відновлення психічного здоров'я населення:

1) сприяння розширенню серед населення країни усвідомлення важливості психічного благополуччя;

2) здійснення сумісних заходів і дії, спрямованих на боротьбу з дискримінацією, стигматизацією, нерівністю, а також розширення прав і можливостей осіб із психічними розладами і вадами, надання їм підтримки з метою залучення до активної участі у процесі відновлення власного психічного здоров'я;

3) розроблення та впровадження комплексних, ефективних систем охорони психічного здоров'я, з урахуванням профілактики, лікування та реабілітація, догляду і відновлення;

4) забезпечення потреб у висококваліфікованому персоналі (сфера медичної психології, психіатрії), який зможе ефективно працювати з різними категоріями населення;

5) визнання важливості досвіду користувачів служб охорони психічного здоров'я, членів їх родин та осіб, які здійснюють за ними догляд, як підґрунтя для планування й удосконалення діяльності таких служб [80].

Комісія Глобального психічного здоров'я журналу «Ланцет», ураховуючи Цілі Сталого Розвитку ООН, запропонувала розуміння психічного здоров'я людини в таких напрямах:

1) «психічне здоров'я є глобальним суспільним благом і має стосунок до сталого розвитку в усіх країнах, …, оскільки всі країни можна вважати країнами, що розвиваються, в контексті охорони психічного здоров'я;

2) проблеми з психічним здоров'ям існують у континуумі від легкого, обмеженого в часі дистресу, до хронічного, прогресуючого та важкого інвалідизуючого стану…;

3) психічне здоров'я кожної людини є унікальним продуктом соціальних та екологічних впливів, зокрема, протягом раннього етапу життя, взаємодіючи з

генетичними, нервово-розвитковими та психологічними процесами, та впливаючи на біологічні шляхи розвитку мозку…» [16, 5-6].

Л. Коробка визначає двоформатну структуру психічного здоров’я. На думку дослідниці до неї належить структурно-процесуальне психічне здоров'я і психологічне здоров'я. Структурно-процесуальне психічне здоров'я, у контексті теми нашого дослідження, стосується психічної діяльності, особливостей інтелектуальної, когнітивної та емоційно-вольової сферос особистотсті. Проте, психологічне здоров'я є показником соціального, емоційного благополуччя, оскільки є передумовою забезпечення життєвих потреб щодо соціальної активності людини. Психологічне здоров'я визначає властивості «Я-Образу» та охоплює сутнісність мотиваційно-ціннісної сфери особистотсті [18, 324].

Таким чином, психічне здоров'я особистстості складається з когнітивної (здорового способу бачення світу, країни і власно себе), емоційної та поведінкової сфер особистості (див. рис. 1.2).

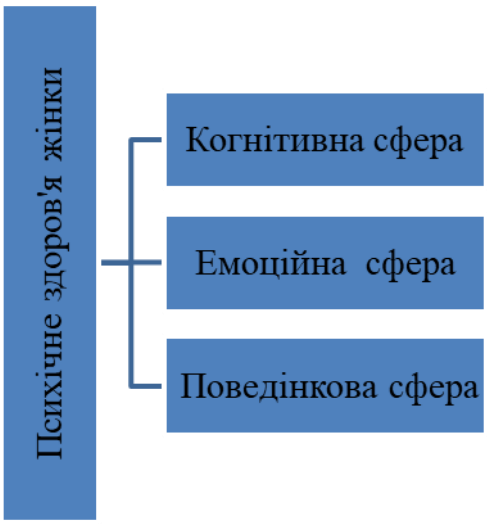


Рис. 1.2. Склад психічного здоров’я жінки

Когнітивна сфера визначає здатність людини правильно мислити, адекватно розуміти і запам’ятовувати інформацію. Це важливий компонент психічного виконання повсякденних дій. Емоційна сфера характеризує почуття благополуччя, здатність справлятися з життєвими подіями, визначає емпатичні риси особистості. Поведінкова сфера характеризує можливості людини

мислити й ухвалювати рішення, справлятися зі стресовими станами і керувати власними емоціями. Ця сфера відповідає за поведінку людини в соціальному середовищі, яке впливає на її психічне благополуччя.

Зазначені на рис. 1.2 складові психічного здоров'я особистості допомагають усвідомити, як слід ставитися до оточуючих, справлятися зі стресом і приймати правильний вибір в умовах воєнного стану. Ця модель ілюструє також благополуччя життя, яке складається з трьох компонентів психічного здоров'я і як ці компоненти пов'язані між собою.

Теоретичний аналіз психологічної літератури з проблеми психічного здоров'я довів необхідність врахування співвідношення понять «психічне здоров'я» та «психологічне здоров'я».

У зарубіжній психології переважно використовується поняття «mental health» (в перекладі на українську мову означає «психічне здоров'я»). Воно відноситься до психічної сфери різних категорій дорослого населення. Щодо української психологічної теорії і практики, то поняття «психічне здоров'я» науковці використовують з метою вивчення поведінки осіб, які мають психічні вади і захворювання [73; 75].

Узагальнимо визначення поняття «психічне здоров'я»:

1) процес життєдіяльності особистості, у якому збалансовані психічні, емоційні, когнітивні, рефлексивні та поведінкові аспекти (M. Prince e el. [73]);

2) «інтегральна характеристика повноцінного функціонування всіх психічних структур індивіда (рівень і якість мислення, розвиток пам'яті та уваги, ступінь емоційної стійкості, розвиток вольових якостей), що забезпечують відчуття суб'єктивного психічного комфорту, здатність до осмисленої діяльності та адекватні форми поведінки» (Л. Карамушка і Т. Дзюба [12, 26]);

3) «стан благополуччя та умова для реалізації людиною власного потенціалу, здолати виклики, стреси, продуктивно та плідно працювати, бути активним та творчим членом українського суспільства» (О. Корольчук [19, 98]);

4) стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі

стресами життя, реалізовувати свої здібності, добре вчитися і працювати, а також робити внесок у життя своєї громади (H. Whiteford [78]).

У контексті дослідження психічне здоров'я жінок в умовах воєнного стану слід розуміти як наявне емоційне, психологічне та соціальне благополуччя в складних умовах. Воно впливає на те, що жінка відчуває та як вона діє. Стан благополуччя також допомагає визначити, як жінка справляється зі стресом, тривожністю.

У Міністерстві охорони здоров'я України розраховано на перспективу, що через війну психологічної підтримки потребуватимуть понад 15 млн. українців. Проте через декілька років очікується зростання кількості осіб з видами залежностями. Завдяки пережитому психоемоційному напруженню і стражданням, українське доросле населення постаріє на 10–15 років, тобто хвороби, притаманні лише для літнього віку, будуть траплятися на 10–15 років раніше, ніж це було до війни [44]. У зв'язку з цим специфіка відновлення психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стану залежить від організації підтримки психічного здоров'я за допомогою напрямів арт-терапії.

Діапазон послуг з відновлення психічного здоров'я різним категоріям жінок на рівні громад, як зазначають В. Климчук і О. Сахно, повинен бути максимально наближений до місця проживання та праці. До таких послуг віднесено: ведення (соціально-психологічний супровід) випадку, реабілітаційні центри, програми попередження госпіталізації, мобільні кризові служби, заклади проживання гуртожиткового типу, постійна допомога в працевлаштуванні, допомога сім'ям та інші послуги з підтримки (зменшення дистресу, просвіти та інформування) [16, 12].

Н. Якобсон і Д. Гренли рекомендують розпочинати відновлення із розуміння внутрішніх почуттів особистості, яка перебуває в процесі відновлення, а потім із зовнішніх умов, що сприяють відновленню: дотримання прав людини, позитивна культура відновлення, та послуги, орієнтовані на відновлення тощо [69, 482].

Відновлення психічного здоров’я включає в себе різноманітні методи і техніки надання психологічної допомоги, що спрямовані на покращення психічного самопочуття та благополуччя людини. Це може включати консультації з психологом або психіатром, вживання лікарських препаратів у разі необхідності, фізичну активність, здоровий режим харчування, медитацію та йогу, підтримку від близьких та друзів, а також будь-які інші дії, які допомагають знизити стрес та покращити емоційний стан людини.

Охарактеризуємо методологічне підґрунтя відновлення психічного здоров’я жінок засобами музикотерапії.

Найбільш доцільними методологічними підходами до розуміння процесу відновлення психічного здоров’я жінок вважаємо такі: гендерний, діяльнісний, системний, особистісно орієнтований.

Гендерний підхід як наукова методологія психологічних характеристик міжособистісних і міжгрупових відносин пропонує організацію нової професійної взаємодії в роботі психолога з жінками. З позиції цього підходу детермінантами в роботі психолога є статева поведінка, соціальні очікування і ролі жінок в соціумі. Задача психолога полягає в подоланні гендерних стереотипів і конструктивного вирішення гендерно-рольових проблем.

З позиції гендерного підходу дії психолога з відновлення психічного здоров’я особистості жінки орієнтовані на такі положення:

1) визнання того, що кожна жінка є експерткою у власному житті і що відновлення передбачає партнерську роботу, яка надають їй допомогу, змістовну підтримку;

2) жінка цінує важливість обміну інформацією та необхідність забезпечення зрозумілої комунікації з психологом.

У психологічній теорії і практиці системний підхід схарактеризовано як засіб, який передбачає, що кожний психічний процес чи явище в житті особистості повинні розглядатися як окрема наукова система [28]. Системний підхід щодо відновлення психічного здоров’я жінок в умовах воєнного стану, є результатом розвитку теоретико-методологічного рівня психологічної науки, де

особистість жінки стає інтегральною ланкою системи роботи психолога, який взаємодіє з нею.

Українські представники положень особистісно-орієнтованого підходу (Л. Бурлачук [4], Е. Помиткін [39], В. Рибалка [46]), суб'єктність дорослих розглядали в контексті уявлень психологів про активну роль особистості в процесі життя і діяльності. Принцип суб'єктності визначає психічні стани особистості як єдине ціле з усіма відмінностями і проявами, коли суб'єкт може самостійно організовувати і контролювати власні дії і вчинки.

До прикладу, В. Рибалки наголошував на тривимірної моделі поетапно конкретизованої психологічної структури особистості, де всі складові розглядаються як методи та здібності [46].

З позицій діяльнісного підходу (Г. Костюк [20]), основоположним принципом відновлення психічного здоров'я жінок виступає принцип різноаспектної діяльності. Цей принцип зумовлює розвиток особистісних якостей жінки, а також його можна пов'язати з багатоаспектними соціальними взаємодіями та взаємозв'язками, які суттєво характеризують процес відновлення. Водночас важливою теоріє у цьому підході є теорія вчинку, на підставі якої і слід розглядати відновлення психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стану.

Наголосимо, що за нашими спостереженнями, за особистісно-орієнтованим і діяльнісним підходами формування позитивних змін у психіці жінки під впливами соціального середовища відбувається опосередковано. На появу цих змін впливає морально-ціннісна сфера жінки і техніки роботи психолога.

Поняття «відновлення психічного здоров'я жінки» у дослідженні розуміємо як збереження стану психічного і соціального благополуччя, як інтегральну характеристику повноцінності психічного функціонування жінки, основу якого становить повноцінний розвиток психічних процесів. Воно виступає складовою моделі здоров'я та умовою самоактуалізації особистості жінки, її повноцінного розвитку та функціонування в соціальному

середовищі. Відновлення психічного здоров'я жінок у воєнний час є складним і актуальним процесом. Це потребує від психолога застосування вищезазначених методологічних підходів.

Узагальнимо, що результатом відновлення психічного здоров’я жінок має бути включення їх у діяльність, що супроводжується реалізацією внутрішньо особистісних ресурсів підтримки когнітивної і психічної активності, підвищення життєстійкості в умовах воєнного стану.

У психологічних дослідженнях останніх років (В. Панок [35; 36]) встановлено, що для жінок під час воєнного стану характерним є:

1) переважна частина форм і механізмів психологічного захисту, які жінка використовувала впродовж усього минулого життя, в умовах воєнного стану виявляються недієвими;

2) поява агресивності і тривожності, що призводить до зниження соціальної і когнітивної активності;

3) поява кризи «Я-ідентичності».

Л. Литвинчук зазначає, що психологи виділяють чотири напрями корекційного впливу музикотерапії:

1) емоційна активізація людини в ході вербальної психотерапії;

2) розвиток міжособистісного спілкування при прослуховуванні музичних композицій в спільнотах;

3) регулюючий вплив гармонічних звуків на психовегетативні процеси;

4) підвищення естетичних потреб особистості [27, 325].

Серед психологічних механізмів лікувальної дії музики на людину авторка виділяє: катарсис, емоційну розрядку, регулювання емоційного стану, полегшення усвідомлення особистих переживань, зняття нервової напруги, підвищення соціальної активності, засвоєння нових засобів поведінки [27].

Корекційний вплив музикотерапії на процес відновлення психічного здоров’я жінки характеризується послідовною реалізацією у взаємодії з психологом певних кроків.

По-перше, це формування в жінки позитивної настанови на отримання музики, вироблення стереотипу задоволення від прослуховування музичних творів. По-друге, це фантазування під музику із динамічно-руховими діями. По-третє, це введення жінки в світ музичної семантики, починаючи від елементарних поспівок і позамузичних понять.

Динаміка відновлення психічного здоров'я жінки засобом музикотерапії розвивається у декілька послідовних стадій:

1) встановлення стереотипу задоволення музикою та порушення цього стереотипу;

2) співставлення різного емоційного навантаження творів через співпереживання, асоціації із варіантами єдиної музичної композиції.

Переваги музикотерапії як напряму арт-терапії в роботі з жінками по відновленню психічного здоров'я в тому, що вона:

1) надає можливість для вираження жінкою агресивних почуттів у соціально прийнятній манері завдяки розрядці напруги через прослуховування музичних композицій і творів;

2) прискорює прогрес в терапії, бо підсвідомі конфлікти і внутрішні переживання легше виражаються за допомогою слухових образів, ніж під час вербальної взаємодії з психологом;

3) дає підстави для інтерпретацій і діагностичної роботи в процесі терапії, бо музичні звуки не можуть заперечуватися жінкою;

4) дозволяє працювати з думками і почуттями, які для жінки здаються непереборними (до прикладу, почуття втрати, смерть, образи сновидіння);

5) допомагає зміцнити терапевтичні взаємини між жінкою і психологом, бо збіги музичних «смаків» можуть прискорити розвиток емпатії і позитивного ставлення;

6) розвиває і посилює увагу жінки до власних переживань і почуттів;

7) підсилює відчуття власної особистісної цінності, підвищує музичну компетентність [3].

З’ясовано, що музикотерапія як напрям арт-терапії представляє собою лікувальне застосування музичного мистецтва, що передбачає взаємодію між музичним твором, жінкою і психологом. Виникнення в свідомості слухових образів розглядається в психологічній допомозі по відновленню психічного здоров’я як важливий засіб міжособистісної комунікації і як форма пізнавальної активності жінки, що дозволяє їй висловити й усвідомити актуальні переживання, вчинки і дії.

Ключові особливості використання музичної терапії для відновлення психічного здоров’я жінок в умовах воєнного часу включають:

1. Зменшення стресу. Музика, її прослуховування зменшує рівень стресу та сприяти розслабленню, що може бути особливо корисним для жінок, які пережили психічні травми в воєнних умовах.

2. Вираження емоцій. Музика може служити формою вираження емоцій для жінок, які не можуть сформулювати свої переживання і почуття вербально. Це може допомогти їм усвідомити власні емоції та подолати психічну травму.

3. Соціальний зв’язок. Групові сеанси музичної терапії можуть створити відчуття спільності та соціального зв’язку між жінками, які пережили подібні психічні травми. Це може допомогти побороти почуття ізоляції та відчуженості.

4. Механізм подолання. Музична терапія може надати жінкам механізми подолання, щоб впоратися зі своїм минулим негативним досвідом, пропонуючи їм безпечний і здоровий вихід для їхніх емоцій.

5. Когнітивна стимуляція. Заняття музикою можуть стимулювати когнітивні процеси, покращувати пам’ять і розвивати когнітивну функцію, що може бути особливо важливим для жінок, які переживають вплив наслідків воєнного стану на своє психічне здоров’я.

Таким чином, музикотерапія є корисною для відновлення психічного здоров’я жінок в умовах воєнного часу. До особливостей застосування музикотерапії з відновлення психічного здоров’я жінок в умовах воєнного стану віднесено зниження стресу, формування відчуття психічного і

соціального благополуччя, наявність когнітивної активності і відсутність самотності.

У розділі проаналізовано філософську, психолого-педагогічну та мистецтвознавчу наукову літературу з теорію та практики музичної терапії в контексті сучасних наукових підходів. Розкрито сутність, зміст музикотерапії. Теоретичний огляд психологічної літератури засвідчує відсутність єдиного погляду зарубіжних й українських науковців на визначення феномену «музикотерапія». Аналіз наукових джерел свідчить про те, що стародавні філософські уявленя про музику та її вплив на життя і формування людини отримали низку підтверджень у новітні часи, за розвитку музикознавства, музичної психології та музичної терапії. Поняття «музикотерапія» має греко-латинське походження, що в перекладі є «лікування музикою».

Встановлено, що в психологічній роботі музикотерапію слід розуміти як форму терапевтичного втручання, яка використовує музику та музичні процеси з метою покращення психічного, фізичного та емоційного благополуччя клієнта. Особливістю застосування музикотерапії в роботі психолога з клієнтом є взаємодія з музикою за допомогою гри на інструментах, співу, рухів під музику або простого слухання спеціально підібраних музичних композицій. Музикотерапія може бути використана психологом як ефективний інструмент, техніка для розв'язання психологічних проблем, підтримки емоційного стану самопочуття клієнта.

З’ясовано, що музикотерапія існує в активній, рецептивній (пасивний) та інтегративній формах. Такі форми музикотерапії є ключовими варіантами використання музики в терапевтичному процесі. Активна музикотерапія передбачає активну участь клієнта у музичному процесі, як от гра на музичних інструментах, спів, танцювальні дії тощо. Рецептивна музикотерапія орієнтована на сприймання музики, слухання спеціально підібраних музичних композицій з певною метою (зняття стресу, підтримка позитивного психічного стану). Інтегративна музикотерапія поєднує в собі як активні, так і рецептивні методи з метою досягнення гармонії та покращення психофізіологічного стану

людини.

Обґрунтовано, що в умовах воєнного стану, потреби у сфері відновлення психічного здоров'я населення зростають. Такі несприятливі події змушують уряд країни звертати більшу увагу на сферу охорони психічного здоров'я, а саме: на доступність та відповідність послуг до потреб жінок як громадянок.

Доведено, що музична терапія в умовах воєнного часу може відігравати вирішальну роль у підтримці психічного здоров'я жінки та сприянні процесу його відновлення. Розкриваючи питання надання психологічної допомоги з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії слід зазначити, що музикотерапія використовується як засіб відображення актуального психофізіологічного стану і його рефлексії, що може в подальшому стати механізмом пошуку необхідних ресурсів для відновлення психічного здоров'я.

У наступному розділі проаналізуємо результати емпіричного дослідження роботи психолога з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОБОТИ ПСИХОЛОГА З ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ЗАСОБАМИ МУЗИКОТЕРАПІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1 Організація і методика емпіричного дослідження

У відповідності до завдань дослідження була проведена дослідно-експериментальна робота з психологічної діяльності з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану, яка складалася з п'яти етапів:

1. Теоретичний аналіз проблеми дослідження роботи психолога з жінками засобом музичної терапії (див. розділ 1);

2. Збір первинних емпіричних даних (методами спостереження, бесіди та анкетування).

3. Констатувальний етап дослідження, який був проведений із застосуванням психодіагностичних методик для обстеження жінок.

4. Формувальний та контрольний етапи дослідження – це апробація тренінгової програми з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії.

5. Узагальнюючий етап дослідження – систематизація й узагальнення результатів емпіричного дослідження.

Основні завдання емпіричного дослідження полягали у визначенні особливостей і діагностуванні психічного і соціального благополуччя жінок та апробації тренінгової програми з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану.

Метою констатувального етапу було здійснення відбору та обґрунтування методик діагностики жінок в умовах воєнного стану, формування та опис вибірки респондентів.

До завдань цього етапу віднесено:

1) відбір методів і методик діагностики жінок з метою виявлення їх психічного здоров'я;

2) формування вибірки респондентів;

3) проведення первинного діагностування.

Констатувальний етап емпіричного дослідження складався з двох послідовних кроків. На першому кроці було проведено відбір та апробацію психодіагностичних методик і складено послідовну схему проведення діагностики жінок. На другому кроці – за результатами діагностики було сформульовано гіпотезу дослідження і проведено розподіл жінок на експериментальну (ЕГ) і контрольну (КГ) групи для проведення формувального і контрольного етапів.

Математична обробка отриманих у ході діагностування жінок результатів на всіх етапах дослідження проводилася за допомогою спеціалізованої прикладної програми Microsoft Office Excel 2003.

На констатувальному етапі дослідження було сформовано вибірку жінок-респонденток у кількості 74 особи і використано комплекс методик діагностики. На цьому етапі також було використано спостереження, бесіди та анкетування.

Не дивлячись на значне різноманіття психодіагностичних методик дослідження психічного здоров'я у жінок, нами не виявлено стандартизованого опитувальника. Тому було використано авторську анкету «Соціальне і психічне благополуччя» (додаток А) і наступні психодіагностичні методики:

1) методика «Шкала оцінки якості життя» (О. Чабан) [57];

2) опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 WELL-BEING INDEX) в адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко та О. Креденцер [31, 31].

3) методика «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенка [43];

4) опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form»), автор К. Кіз в адаптації Е. Носенко та А. Четверик-Бурчак [34].

Надаємо детальний опис авторської анкети і вищезазначених методик.

Авторська анкета «Соціальне і психічне благополуччя» складалась з двох блоків запитань. Запитання анкети були сформовані на підґрунті монографії Ю. Швалба «Еколого-психологічні детермінанти суб'єктивного благополуччя особистості» [60]. До першого блоку яких віднесено такі загальні запитання як: Ваш вік, Ваша стать, наявність/відсутність шлюбних відносин, стаж професійної діяльності. У другому блоці анкети були пропоновані такі запитання:

1. Як Ви вважаєте, чи Вам вдалося досягти психічного благополуччя?

2. Як Ви вважаєте, у якому віці Вам вдалося досягти професійного успіху?

3. Рівень Вашої задоволеності професійною діяльністю під час війни (0 – повністю не задоволений/не задоволена, 5 – повністю задоволений/задоволена)

4. Чи впливають Ваші сімейні проблеми на успішність Вашої взаємодії з оточуючими?

У подальшому отримані результати анкетування жінок вплинули на створення тренінгової програми з відновлення їх психічного здоров'я засобами музикотерапії в умовах воєнного стану.

Методика «Шкала оцінки рівня якості життя» (CQLS), розроблена й апробована українським психотерапевтом О. Чабаном [57]. Ця шкала є самоопитувальником і містить 10 питань, що дозволяють встановити у жінок задоволеність різними аспектами життя.

Назви шкал: «Чи задоволені Ви:

1. Своїм фізичним станом?

2. Настроєм?

3. Проведенням вільного часу?

4. Любов'ю, сексуальною активністю?

5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?

6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?

7. Фінансовим благополуччям?

8. Умовами проживання?

9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?

10. Загальний рівень задоволеності життям?» [57].

Кожне із запропонованих запитань можна оцінити за 11-бальною шкалою від 0 (зовсім не задоволений) до 10 (надзвичайно задоволений). Шкала самооцінювання має 5 ступенів задоволеності якістю життя: починається з вкрай (дуже) низької (0–56 балів), низької (57–66 балів), середньої (67–75 балів), високої (76–82 бали), завершується дуже високою (83–100 балів).

Обробка отриманих результатів. Кількість балів по кожному із 10 тверджень підсумовується та вираховується загальний бал. Мінімально можливий бал, який може отримати респондент – це 0, максимально можливий – це 100. Шкала має гарну внутрішню узгодженість (α = 0,905) та надійність (r = 0,923), конвергентну та дискримінантну валідність [57].

У дослідженні ми розраховували середнє значення показників відповідей жінок щодо рівнів якості життя, яке обчислили з а формулою:

$$\overline{X} = (X_1 + X_2 + X_3 + X_4 + X_5) / 5, \quad (2.1)$$

де 5 – це кількість рівнів якості життя.

Опитувальник «Індекс благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 WELL-BEING INDEX) в адаптація Л. Карамушки, К. Терещенко та О. Креденцер [31].

Ця методика пропонує жінкам оцінити 5 тверджень та вимірює рівень їхнього психологічного благополуччя. Жінкам запропоновано дати відповіді (від 0 до 5 балів) на наступні твердження:

1. Я відчувала бадьорість і була у гарному настрої

2. Я відчувала спокій і розслабленість

3. Я почувалась активною і повною енергії.

4. Я прокидалась свіжою і відпочившою.

5. Моє щоденне життя було наповнене цікавими речами.

Інтерпретація відповідей і балів така: 0 – ніколи; 1– певний час; 2 – менше

половини часу; 3 – більше половини часу; 4 – більшість часу; 5 – весь час [31].

Обробка результатів: загальний бал обчислюється шляхом підсумовування балів на всі відповіді. Мінімальний бал, який може набрати жінка при діагностуванні дорівнює 0, а максимальний – 25. Для отримання відсоткового показника від «0» до «100», загальний бал кожної опитаної множать на «4». Інтерпретація й опис отриманих результатів діагностування. Показник «0 %» характеризує найнижчий рівень благополуччя, а «100 %» – найвищий:

0% – 40% – це низький рівень благополуччя;

41% – 62% – це середній рівень благополуччя;

63% – 100% – це високий рівень благополуччя.

Методика «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенка. Ця психодіагностична методика в дослідженні призначена для оцінювання неадаптивних станів у жінок, як то тривога, фрустрація, агресія, а також їхніх властивостей особистості (агресивність, тривожність, фрустрованість, ригідність).

Гендерна специфіка самооцінки жінок характеризує зростання (чи зниження) самосвідомості, зміну ціннісного ставлення до себе й оточуючих. Тільки адекватний рівень самооцінки дозволяє жінці адекватно усвідомлювати власний психічний стан і знаходити правильні стратегії спілкування з оточуючими, дозволяє спрямувати активність на продуктивну діяльність.

Жінкам пропоновано визначити у себе наявність (або відсутність) різних психічних станів за шкалами тривожності (як негативного емоційного стану, що супроводжується безпричинним очікуванням несприятливої життєвої ситуації та напруженням психіки і нервової системи), фрустрації (як психологічного стану, що характеризує зростання напруження емоційно-вольової сфери, що виникає, якщо жінка опиняється в несприятливій чи конфліктній ситуації), агресивності (як ситуативного стану жінки, який характеризується афективними проявами гніву та імпульсивними проявами поведінки) та ригідності (як тенденції до збереження жінкою минулих способів мислення, неспроможності змінити власне судження, зробити нові висновки).

Для оцінювання жінкам запропоновано описати ці станів.

Методика складається із 40 тверджень по 10 в кожній групі в залежності від назви шкали. В інструкції вказано, що якщо твердження з опису збігаються зі наявним станом жінки і цей стан виникає часто, то їй необхідно оцінити його в максимальні 2 бали. Водночас, якщо описаний психічний стан виникає у жінки зрідка, то вона його оцінює лише в 1 бал. Якщо не збігається з наявним станом жінки, то тоді слід виставити 0 балів. Кожна шкала має по 10 тверджень. Для оцінки підсумкових результатів жінкам необхідно підрахувати суму балів за кожну з чотирьох шкал тверджень [43].

Інтерпретація результатів опитування жінок щодо їхньої самооцінки психічних станів: якщо в сумі за кожною шкалою отримано від 0 до 7 балів, то це низький рівень самооцінки; від 8 до 14 балів – це середній рівень та від 15 до 20 балів – це високий рівень самооцінки психічних станів.

Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form») (К. Кіз) в адаптації Е. Носенко та А. Четверик-Бурчак [34]. Цей опитувальник розроблено К. Кіз з урахуванням тривимірної структури психічного здоров'я, представленої у термінах переживання проявів суб'єктивного, психологічного та соціального благополуччя. Соціальне благополуччя характеризується комфортністю відносин з оточуючими людьми, яка визначається сприйняттям соціального оточення. Обрано цей опитувальник тому, що він дозволяє встановити задоволеність/незадоволеність жінки власним життям.

У бланку опитувальника пропонується відповісти на таке узагальненне запитання: «Як часто протягом двох тижнів Ви відчували…»: «щастя», «задоволення», «цікавість до життя», «що можете зробити важливий внесок для суспільства», «належність до певної соціальної групи», «що наше суспільство стає кращим для таких людей як Ви», «що маєте мету і сенс жити» [34, с. 95]. Також слід визначити частоту переживання станів, що пропоновані в бланку опитувальника. Всі відповіді можуть мати від 0 до 5 балів: «ніколи (0 балів)», «1–2 рази на тиждень (1 бал)», «приблизно 1 раз на тиждень (2 бали)»,

«приблизно 2–3 рази на тиждень (3 бали)», «майже кожен день (4 бали)» та «кожен день (5 балів)». Всі бали треба підсумувати.

Сумма балів можє знаходиться в діапазоні від 0 до 70. Категорія «Процвітання» характеризується відповідями на запитання 1–4 як «кожен день». Ця категорія діагностується, якщо опитаний відчуває принаймні один із трьох симптомів гедонічного благополуччя (запитання 1–3) «Кожен день» або «Майже кожен день» і переживає принаймні 6 із 11 симптомів позитивного функціонування (питання 4–14) «Кожен день» або «Майже кожен день» [34, 96].

Категорія «Пригнічення» встановлена, коли жінка надає більшість відповідей «ніколи» або «1–2 рази на тиждень». Цю категорію діагностують у жінок, якщо вони впродовж останнього місяця (двох тижнів) не переживали жодного із трьох симптомів гедонічного благополуччя (запитання 1–3), 6 з 11 симптомів позитивного функціонування (запитання 4–14, серед яких 4–8 твердження є показниками соціального благополуччя, а 9–14 – показниками психологічного благополуччя) [34, 96].

У жінок, які не увійшли до цих двох категорій діагностується помірний (задовільний) рівень психічного здоров'я.

Для отримання характеристик рівнів психічного благополуччя було проаналізовано результати спостережень, бесід з жінками, також узагальнено отримані бали за методикою «Шкала якості життя» і опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5».

Відзначимо, що під час проведення діагностики жінок, було використано діагностичні і психоконсультативні заходи. Так на констатувальному етапі дослідження під час діагностування використовувались також спостереження і бесіди. Метою бесід стало з'ясування ключових проблем (сімейних і професійних) жінок в умовах воєнного стану.

Запитання до бесід:

1) Як змінився Ваш спосіб життя під час війни?;

2) Чи позитивно Ви відноситесь до проведення психологом музикотерапевтичних заходів?;

3) Чи є у Вас прагнення до підвищення рівнів психічного і соціального благополуччя?

4) Як нині Ви може охарактеризувати своє сімейне благополуччя?

Проведений відбір та використання анкети і вищезазначених методик довели необхідність узагальнення рівнів психічного і соціального благополуччя (див. табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Характеристика рівнів психічного і соціального благополуччя у жінок

Рівні	Соціальне благополуччя	Психічне благополуччя
Низький	Низький рівень якості життя, емоційне напруження, апатія, депресивність, постійна втома. Значна деформація соціальних стосунків, зростання залежності від оточуючих, поява цинізму.	Відсутність позитивних переживань і сприятливого емоційного життєвого фону в родині, незадоволеність (відсутність) шлюбом, сімейними ролями.
Середній	Достатній рівень якості життя, незначна агресивна поведінка, ситуативне нервове напруження, втома, ознаки депресії, наявність деформації стосунків, зниження соціальної активності.	Ситуативна відсутність позитивних переживань і сприятливого емоційного життєвого фону, недостатня задоволеність шлюбом, сімейними ролями, близькими.
Високий	Високий рівень якості життя, активна професійна діяльність, наявність впливу на життєві і професійні ситуації. Відсутність емоційного напруження, апатії, втоми, деформації стосунків.	Переживання позитивних емоцій, сприятливий емоційний життєвий фон з близькими, задоволеність шлюбом і сімейними ролями, реалізацією базових потреб.

Формувальний етап емпіричного дослідження проводився на базі студії практичної психології «Персона» у місті Запоріжжі в травні-червні 2024 р.

Цільову аудиторію жінок-респондентів формувального етапу склали жінки, які відвідували психологічну студію. З-поміж респондентів було

утворено дві групи: до експериментальної групи (ЕГ) увійшло 10 жінок, а до контрольної групи (КГ) – 13 жінок. Частота зустрічей психолога з жінками ЕГ відбувалася 1 раз на тиждень впродовж 4 тижнів та складала 4 академічних години, заняття психолога з жінками КГ не проводились.

Метою формувального етапу була розробка й апробація тренінгової програми з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану.

Завдання формувального етапу:

1) скласти тренінгову програму для жінок;

2) апробувати цю тренінгову програму в умовах психологічної студії.

На формувальному етапі емпіричного дослідження після кожної зустрічі з жінками з ЕГ проводились індивідуальні бесіди, що були спрямовані на підвищення їхньої соціальної і когнітивної активності, розширення способів конструктивної міжособистісної поведінки з метою подолання виникаючих конфліктних ситуацій при взаємодії з оточуючими.

Після проведення формувальних заходів в ЕГ – з'ясовувалась результативність та ефективність розробленої тренінгової програми. З цією метою був реалізований контрольний етап дослідження.

Завдання контрольного етапу:

1) проведення повторної діагностики жінок з ЕГ та КГ за психодіагностичними методиками;

2) порівняння результатів діагностування жінок в ЕГ та КГ;

3) висновок про підтвердження (або спростування) гіпотези дослідження.

Контрольний етап було проведено у липні 2024 р. За отриманими результатами контрольного етапу було перевірено ефективність проведеної тренінгової роботи з жінками і зроблено висновок.

Наголосимо, що в процесі діагностики на констатувальному і контрольному етапах дослідження використовувався один і той же комплекс психодіагностичних методик. Також на контрольному етапі емпіричного дослідження з жінками з ЕГ проводились групові заняття просвітницької

спрямованості. З жінками з КГ таких заходів проведено не було.

На узагальнюючому етапі емпіричного дослідження систематизовано результати дослідно-експериментальної роботи.

В узагальненому унаочненому вигляді послідовність проведення емпіричного дослідження мала таку логіку (див. рис. 2.2).



Рис. 2.2. Логіка проведення емпіричного дослідження з жінками

Таким чином, емпіричне дослідження містило наступні етапи: констатувальний, формувальний, контрольний та узагальнюючий. Для діагностування було використано діагностичний комплекс із авторської анкети і чотирьох психодіагностичних методик. У дослідженні використовувались такі емпіричні методи як: бесіди, спостереження, анкетування, експеримент. Узагальнено й охарактеризовано рівні соціального і психічного благополуччя у жінок (низький, середній, високий).

У наступному підрозділі висвітлимо результати діагностування жінок на констатувальному етапі.

2.2 Стан психологічних особливостей жінок в умовах воєнного часу

Проаналізуємо результати діагностування жінок, які були клієнтками студії практичної психології «Персона» у м. Запоріжжі в кількості 74 особи на констатувальному етапі дослідження.

Авторська анкета «Соціальне і психічне благополуччя» складалась з двох блоків запитань. До першого блоку було віднесено загальні відомості про жінок, які брали участь на констатувальному етапі дослідження.

За віком розподіл опитаних жінок такий: 28 (37,84 %) віком від 20 до 25 років, 22 (29,73 %) мають вік від 26 до 30 років, 6 (8,11 %) віком від 31 до 35 років, 12 (16,21 %) від 36 до 44 та решта 6 (8,11 %) старше 45 років. Наймолодшій жінці було 20 років, найстаршій – 56 років.

Більше половини опитаних жінок – 38 (51,35 %) – мала стаж роботи від 5 до 10 років, 10 (13,51 %) осіб працюють впродовж 20 років і більше, майже чверть жінок 18 (24,32 %) мали стаж роботи до 5 років, решта 8 (10,81 %) не працювали, бо доглядають малих дітей. Отже, переважна більшість (майже 90 %) в умовах воєнного стану є працюючими жінками.

Проаналізуємо відповіді на запитання «Чи знаходитесь Ви зараз у шлюбних відношеннях?». Встановлено, що переважна більшість жінок 52 (70,27 %) знаходяться у шлюбі, проте 22 (29,73 %) осіб не мають шлюбних відносин (див. рис. 2.3).



Рис. 2.3. Розподіл жінок за шлюбними відносинами

На запитання «Як Ви вважаєте, чи Вам вдалося досягти психічного благополуччя?» жінки отримано такі відповіді: після системного відвідування психолога (24 (32,43 %); після перегляду передач психологічної спрямованості

(10, або 13,51 % жінок); ще не досягли (40, або 54,05 % жінок). Встановлено, що більше половини жінок (54,05 %) вважають, що вони ще не досягли психічного благополуччя.

На запитання «Як Ви вважаєте, у якому віці Вам вдалося досягти професійного успіху?» більшість жінок відзначили, що після 10 років праці (30, або 40,54 %), до 5 років праці (32 або 43,24 %), проте 12 (16,22 %) жінок не змогли для себе визначити, чи досягли вони професійного успіху чи ні.

На запитання «Рівень Вашої задоволеності трудовою діяльністю під час війни (0 – повністю не задоволений/не задоволена, 5 – повністю задоволений/задоволена)» більше половини опитаних жінок 38 (51,25%) відповіли, що «майже задоволені» (визначили 4 бали за шкалою), тоді як 36 (48,65%) жінок сказали, що частково задоволені (обрали 3 бали за шкалою). Такі відповіді можна пояснити тим, що анкетування проходило в умовах воєнного стану і працювати стало важче.

На запитання «Чи впливають Ваші сімейні проблеми на успішність Вашої взаємодії з оточуючими?» переважна більшість жінок відповіли, що «так» 48 (64,86 %), проте 26 жінок (35,14 %) відповіли, що «ні» (див. рис. 2.4).

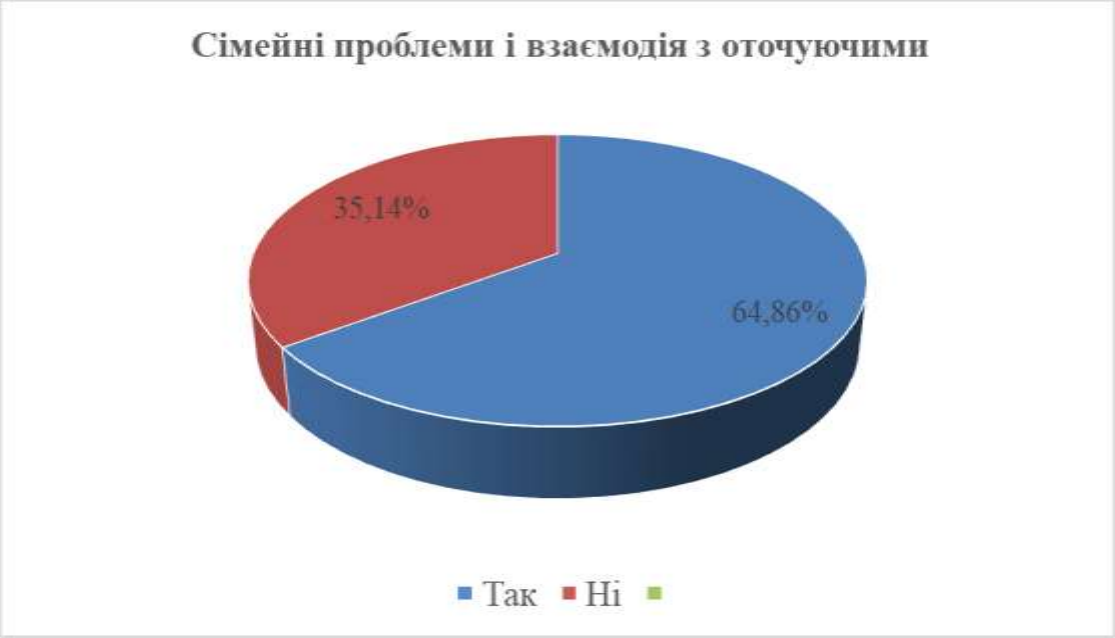


Рис. 2.4. Вплив сімейних проблем жінок на успішність соціальної взаємодії з оточуючими

Отже, отримані відповіді свідчать про наявність зв'язку між сімейними проблемами жінок і їхніми комунікаціями з оточуючими.

Анкетування ще було доповнено проведенням індивідуальних бесід з жінками і спостереженням за їх поведінкою. Отримані результати анкетування, спостережень і бесід дозволили сформувати уявлення про жінок, які звертаються за психологічною допомогою, визначити їх особливості і розуміння ними важливості психічного здоров'я в умовах воєнного стану.

У ході проведення з жінками методики «Шкала оцінки якості життя» отримано такі результати (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Рівень якості життя жінок на констатувальному етапі

Рівень	**К-ть**	**У %**	**Середнє значення ($\overline{X}$) у балах**
Дуже високий	0	0	Відсутнє
Високий	4	5,41	76,67
Середній	12	16,21	69,83
Низький	30	40,54	60,39
Дуже низький	28	37,84	50,42
Разом	74	100	$\overline{X}$ = 51,48

Дуже високий рівень якості життя у жінок, який б вони відзначили, не виявлено. У 4 (5,41 %) жінок встановлено високий рівень. Ці жінки в ході бесід сказали про задоволення власним фізичним здоров'ям, емоційним станом, вони, на їх думку, насичено організовували власне дозвілля і дозвілля родини, продовжували бути соціально активними, мали достатньо грошей. Зазначимо, що це були жінки віком 48 і 56 років, тобто мали значний життєвий досвід.

Середній рівень якості життя визначено в 12 (16,21%) жінок. Ці жінки були задоволені власним фінансовим станом, фізичним здоров'ям, умовами проживання і професійною реалізацією, мали позитивну взаємодію з членами родини та можливості бути соціально активними в складних умовах воєнного

стану. Низький і дуже низький рівень було встановлено разом у 58 (78,38%) жінок. Це переважно більша частина опитаних жінок. Для них характерною (встановлено за спостереженнями і бесідами) стала постійна втома, депресія, наявні проблеми з фізичним здоров'ям, зниження мотивації до професійної діяльності, складні взаємини з оточуючими, недостатність вільного часу, фінансова незабезпеченість.

Узагальнений за формулою 2.1 середній показник рівнів склав 51,48 бали, що відповідає дуже низькому рівню якості життя. Отже, у жінок, які брали участь в дослідження в середньому визначено дуже низький рівень задоволеності якістю життя в умовах воєнного стану.

Узагальнення результатів діагностики за методикою, власних спостережень і бесід з респондентами на констатувальному етапі дозволили зробити висновок, що якість життя – це інтегральна характеристика сучасної працюючої дорослої людини щодо задоволення нею власних матеріальних, особистісних, сімейних, професійних і культурних потреб. Ця характеристика включає показники комфорту і безпеки існування, рівня добробуту, доступність освіти і культури, наявність вільного часу тощо.

Отримані результати діагностування за методикою «Шкала оцінки якості життя» указують на те, що жінками бажано було б провести тренінгову програму засобами музикотерапії з розуміння шляхів підвищення якості власного життя в умовах воєнного стану.

Результати діагностування жінок за опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5». В опитаних жінок встановлено такі рівні благополуччя: низький визначено у 28 (37,84%) осіб, середній – у 42 (56,76%) жінки та високий лише у 4 (5,40%) жінок (див. рис. 2.5).

Характеристика цих рівнів надана в попередньому підрозділі в табл. 2.2. Підсумовуючи відзначимо, що визначений у ході опитування індекс благополуччя у жінок може проявитися через відчуття стресу, тривоги, стан депресії. Важливо вчасно виявляти ці ознаки та надавати цим жінкам невідкладну психологічну допомогу або навчити їх використовувати методи

самодопомоги, наприклад, медитацію, музикотерапію або спорт.



Рис. 2.5. Результати діагностування жінок за опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5»

Отже переважна більшість жінок (94,60%), які взяли участь в опитуванні мають низький і середній рівень соціального і психологічного благополуччя. Соціальне благополуччя жінок включає аспекти, такі як рівні можливості на ринку праці, доступ до освіти та охорони здоров'я, підтримка від соціальних мереж та спільнот. Психічне благополуччя жінок визначається рівнем стресу, тривожності та депресії. Жінкам важливо мати підтримку від рідних та друзів і можливість самостійно впоратися з емоційними труднощами.

Узагальнюючи результати цього опитування, додаткових бесід і спостережень за поведінкою жінок встановлено, що соціальне благополуччя жінок в умовах воєнного стану має прояв через різноманітні аспекти, такі як:

1) наявність емоційних стосунків (маючи підтримку від родини, друзів та спільноти, жінки відчувають себе захищеними);

2) гендерна рівність (така можливість як мати доступ в соціумі до однакових прав, як і чоловіки, сприяє соціальному благополуччю жінок);

3) економічна самодостатність (характеризує можливість жінки мати стабільний дохід та фінансову незалежність, що дозволяє їм бути соціально активними і впливати на власну життєдіяльність);

4) доступ до освіти та охорони здоров'я (можливість отримання освіти та якісної медичної допомоги допомагає жінкам розвивати свій потенціал та зберігати власне здоров'я).

Результати діагностування жінок за методикою «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенка, яка дозволила оцінити у жінок такі психічні стани як агресія, тривожність, фрустрація та їх властивості.

У дослідженні тривожність розуміємо як переживання жінкою емоційного дискомфорту, що пов’язаний з очікуванням неблагополуччя, з передчуттям появи небезпеки. Фрустрація розуміється як психічний стан, викликаний неуспіхом у задоволенні жінкою власних (особистісних чи соціальних) потреб, як неможливість реалізації очікувань і бажань. Наявність стану агресії характеризує здатність жінки до ворожості по відношенню до оточуючих. Ригідність як властивість особистості характеризує в жінки нездатність до діяльності в умовах воєнного стану.

Результати діагностування жінок на констатувальному етапі узагальнено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Діагностика психічних станів жінок на констатувальному етапі

Психічні стани і властивості	**Рівні прояву психічних станів**					
	низький		**середній**		**високий**	
	к-ть	**%**	**к-ть**	**%**	**к-ть**	**%**
Тривожність	4	5,41	20	27,02	50	67,57
Агресивність	14	18,92	36	48,65	24	32,43
Фрустрація	2	2,70	48	64,87	24	32,43
Ригідність	30	40,54	30	40,54	14	18,92

У жінок перебільшує показник високої тривожності, який встановлений у 50 (67,57 %) осіб. Це свідчить, що переважній більшості жінок з високим рівнем тривожності властиві такі риси як замкнутість, самозвинувачення, неадекватна оцінка поведінки оточуючих людей. Їм також характерне почуття

провини, яке у подальшому зумовлює появу негативної самооцінки. Такі жінки вирізняються наявністю традиційних соціальних стереотипів, які сприяють підвищенню негативних емоцій.

Середній рівень тривожності встановлено лише в 20 (27,02 %) жінок. Цей рівень характеризує наявність у них адекватного сприйняття ситуації воєнного стану, в якій вони опинилися під впливом військової агресії проти України. Низький рівень тривожності має 4 (5,41 %) жінки.

Щодо агресивності в ході діагностування отримано, що її високий рівень властивий 24 (32,43 %) жінкам, середній рівень встановлено в 36 (48,65 %) осіб, а низький – лише в 14 (18,92 %) жінок. Висока агресивність жінок характеризується наявними в них неочікуваними з боку оточуючих нападами лихослів'я, дратівливості, появою фізичної та непрямої (до прикладу, безпідставними звинуваченнями членів сім'ї та оточуючих) агресії. За результатами проведеного діагностування в переважній більшості жінок спостерігається середній рівень агресивності, який свідчить про наявність у них переносити агресію на оточуючі їх предмети чи людей. Це можна пояснити страхом жінки бути соціально неприйнятою в змінному соціальному оточенні, якщо прояв власної агресії спричиняє шкоду життю чи здоров'ю інших людей.

Фрустрація на низькому визначена у 2 (2,7 %) жінки, на середньому рівні – у 48 (64,87 %) жінок, проте високі показники фрустрації властиві для 24 (32,43%) жінок. Високий рівень фрустрації проявляється в негативних переживаннях жінкою свого нинішнього емоційного, соціального чи професійного стану. Жінка відчуває розчарування, роздратування, розпач і не знає як їх подолати. У жінок висока фрустрація частіше має вияв як реакція агресивної поведінки до оточуючих чи їх повне ігнорування. Середній рівень фрустрації жінок має прояв в їхніх поведінкових діях, які мають як зовнішню, так і внутрішню спрямованість.

Цікавим є той факт, що показники високого рівня агресивності і фрустрації в жінок однакові – 32,43 %.

Т. Каткова і С. Мельникова визначають, що таке співвідношення може характеризувати ситуативну поведінку жінок, яка визначається спалахами злості, гніву, імпульсивними проявами конфліктних ситуацій [15]. Також важливо підкреслити, що причини агресії можуть знаходитись як в особливостях самої жінки, так і під впливом оточуючих. Зазначена властивість жінки в психології розглядається як амбівалентний феномен: по-перше, як негативна характеристика особистості,а по-друге, – як пристосувальна функція людини, що спрямована на адаптацію до умов нової життєдіяльності.

Отримано такі результати діагностики ригідності жінок: високий рівень встановлено у 14 (18,92 %) жінок, середній і низький – у 30 (40,54 %) жінок для кожного із рівнів. Жінки з показниками низькою ригідності характеризуються повільним пристосуванням до нових змін в соціумі, відсутністю гнучкості дій і мислення. Жінки з високим і середнім рівнями ригідності можуть достатньо швидко адаптуватись до нового стану й обставин, гнучко мислити, знаходити нові форми поведінки в соціумі, встановлювати соціальні зв'язки з іншими людьми. Ригідні жінки мають такі риси характеру як практичність, акуратність, вірність значущім для них принципам й цінностям.

За даними науково-психологічних досліджень (Т. Каткова [15]; Т. Криворучко [23]; В. Татенко [52]; Д. Шаріпова [59]) завдяки кореляційному аналізу встановлено існування прямого взаємозв'язку рівня самооцінки та рівнів тривожності, фрустрації і ригідності у жінок. Самооцінка формується під впливом багатьох чинників впродовж усього життя жінки, а причина її неадекватного рівня може характеризуватись впливом психічних станів, в яких жінка знаходиться довгий час.

За узагальненнями даних діагностування рівні самооцінки психічних станів жінок як середніх показників за шкалами тривожності, фрустрації і ригідності розміщено в табл. Б.1 «Узагальнені результати діагностики жінок на констатувальному етапі дослідження» додатку Б.

Характеристики самооцінки жінок після проведення діагностування за методикою отримано такі: низька встановлена в 50 (67,57 %) жінок, середня

(адекватна) – у 16 (21,62 %) жінок, завищена самооцінка визначена лише у 8 (10,81 %) жінок (див. рис. 2.6).

У переважній більшості жінок (67,57 %) встановлена низька самооцінка. Це свідчить про відсутність у них адекватного сприйняття обставин свого нинішнього життя, вони демонструють погане відношення до оточуючих, проте спостерігається підвищена турбота про власне здоров'я, його збереження і підтримку.

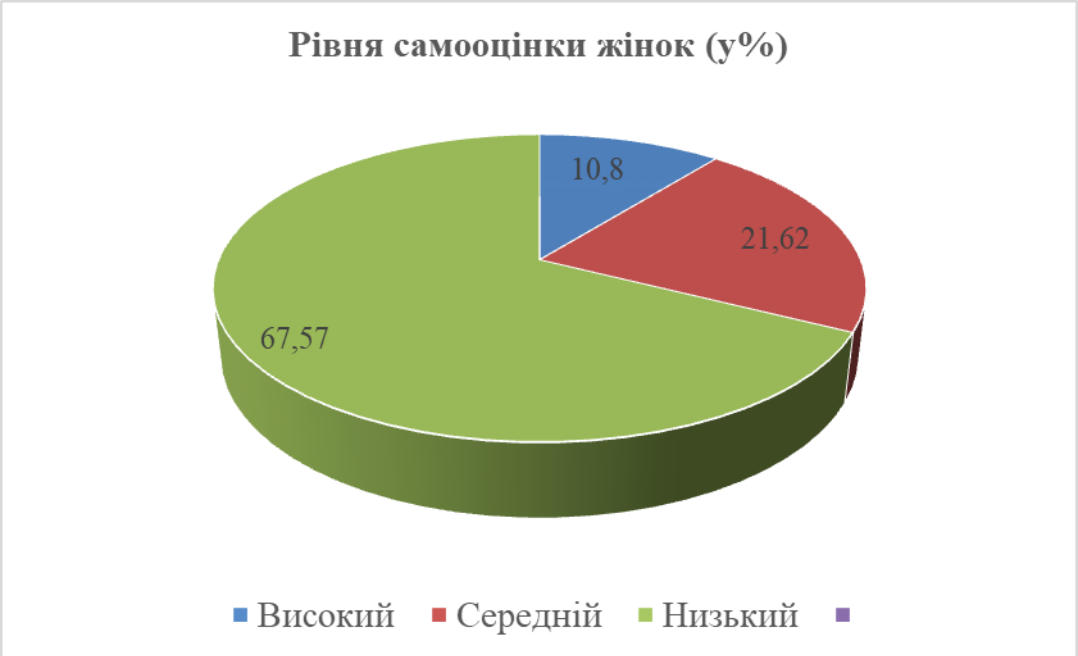


Рис. 2.6. Самооцінка психічних станів жінок на констатувальному етапі

Середня або адекватна самооцінка визначена у незначної кількості жінок – у 21,62 %. Жінки з цим рівнем самооцінки відрізняються підвищенням турботи про власне існування в умовах воєнного стану, турботою про власне здоров'я, наявною потребою у спілкуванні з оточуючими. Високий рівень самооцінки встановлений лише в 10,81 % жінок. Ці жінки мають завищенні вимоги до власного існування в умовах воєнного стану. Вони потребують до себе підвищеної уваги з боку соціального оточення, врахування іншими людьми їхніх інтересів і потреб.

Результати діагностування жінок за опитувальником «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» К. Кіз в адаптації Е. Носенко та

А. Четверик-Бурчак передбачало визначення характеристик категорій «Процвітання», «Помірність», «Пригнічення» психічного здоров'я як то переживання жінками ознак психічного, соціального та суб'єктивного благополуччя (див. табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Категорії психічного здоров'я жінок на констатувальному етапі

Категорії	**Кількість**	**У %**	**Середні бали ($\overline{X}$)**
Процвітання	0	0	0
Помірність	10	13,51	33,56
Пригнічення	64	86,49	14,27
Разом	74	100	15,98

У переважної більшості жінок встановлено необґрунтовану тривожність, понижений (пригнічений) емоційний настрій, дратівливість або прояви злості по відношенню до себе чи оточуючих людей, також апатія, неуважність. У них додатково, у ході бесід, встановлені негативні думки про своє майбутнє. Особливо це стосується жінок у віці після 40 років.

Для підрахування й узагальнення отриманих результатів діагностування жінок було застосовано програму спеціалізованої прикладної програми Microsoft Office Excel 2003.

Отримані результати дозволяють сформулювати гіпотезу дослідження у двох частинах: 1) ефективність відновлення психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стану залежить від використання психологом засобів музикотерапії; 2) у жінок між рівнями психічного здоров'я і благополуччя існує пряма залежність, яка зумовлює особливості застосування музикотерапії в роботі психолога в умовах воєнного стану.

У подальшій психологічній роботі варто привернути увагу на відновлення і підтримку психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стану. Низький рівень психічного здоров'я відображається на фізичному і психічному самопочутті, працездатності й активності жінки. Під час воєнного стану

психологові важливо враховувати когнітивне складні міжособистісних комунікацій, необхідність постійного підвищення для жінок професійної компетентності, щоб бути конкурентоспроможними і мати можливість працевлаштуватись, проблеми адаптації до нового середовища і нових людей.

На підставі вивчення сучасної психологічної літератури з проблеми дослідження (К. Кальницька [11], Н. Маркіна [30], В. Синишина [48]) встановлено інтегрований характер роботи психолога з жінками в умовах воєнного стану. Так находження в постійно діючих негативних умовах воєнної агресії спонукає жінок використовувати такі механізмами психічного захисту як витіснення неприйнятних почуттів, регресію та заміщення [48].

К. Кальницька зазначає, що особливості індивідуальної роботи психолога з жінками, по-перше, враховують проведення консультації, метою яких є гармонізація особистості. Це пов'язано з тим, що психологу важливо акцентувати увагу жінки на її позитивних якостях і властивостях. Нейтралітет, доброзичливість, емпатія, чесність та не засудження – основні принципи індивідуальної роботи з жінками в умовах воєнного стану [11, 144].

Н. Маркова зазначає, що у випадках сильної психологічної травми жінки психологічна корекція і реабілітація можуть займати тривалий час. Застосування психологом технік посттравматичної інтервенції дозволить створити для жінок сприятливі умови щодо вираження почуттів [30, 117]. Використання музикотерапії психологом для відтворення й переробки травмуючих спогадів дозволить жінці визначати проблему та отримати здатність сприймати й оцінювати власні травматичні переживання.

З огляду на зазначене, робота психолога з жінками повинна починатись з повідомлення про принци збереження конфіденційності отриманої у ході взаємодії інформації, а потім приступати до аналізу події, яка їх сильно травмувала. Потрібно пам'ятати, що ретравматизація виникає при спогадах, прослуховуванні де яких музичних композицій, розповіді про травмуючу подію. Після вищезазначено наступним кроком психолога повинна стати робота з проживання жінкою травмуючих подій. Погоджуємося з В.

Синишиною, що важливо звернути увагу на реконструювання психічних травм жінок та інтеграцію їх у автобіографічну пам'ять [48].

Таким чином до особливостей застосування музикотерапії в роботі психолога з жінками в умовах воєнного стану слід віднести розширення вікна толерантності (когнітивна психотерапія), застосування техніки відволікання, заснованої на здатності переключатися на сенсорні відчуття, такі як звуки, мелодія і, тим самим, повертати себе до реальності.

У розділі описано методику організації і проведення емпіричного дослідження, представлено результати констатувального етапу .

Дослідно-експериментальна робота складалася з констатувального, формувального, контрольно та узагальнюючого етапів. На констатувальному етапі емпіричного дослідження було сформовано вибірку жінок і впроваджено авторську анкету «Соціальне і психічне благополуччя» та комплекс відібраних психодіагностичних методик. Цей етап дослідження виконувався методами спостереження, бесіди й анкетування зі застосуванням психодіагностичних методик «Шкала оцінки якості життя», «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенка та опитувальників «Індекс благополуччя ВООЗ-5» і «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма».

За результатами констатувального етапу дослідження були узагальнені характеристики жінок та сформовано гіпотезу дослідження. На формувальному етапі дослідження була складена й апробована тренінгова програма з музикотерапії для жінок. Контрольний етап включав повторне проведення діагностування жінок з метою визначення змін до та після проведення тренінгової програми. На узагальнюючому етапі дослідження було узагальнено та унаочнено результати емпіричного дослідження і зроблено висновок про прийняття чи відхилення гіпотези.

За опрацьованими результатами анкетування, бесід, спостереження сформовано уявлення про жінок, які звертаються за психологічною допомогою, визначено їх особливості і розуміння ними важливості психічного здоров'я в умовах воєнного стану.

У жінок за результатами опитування встановлено такі рівні соціального і психічного благополуччя: низький визначено у 37,84 % жінок, середній – у 56,76 % жінок та високий – у 5,40 % жінок. З'ясовано, що соціальне благополуччя жінок в умовах воєнного стану залежить від наявності емоційних стосунків, гендерної рівності в суспільстві, економічної самодостатності та доступу до освіти та охорони здоров'я. За результатами діагностування агресивності, тривожності, фрустрованості і ригідності обраховано рівні самооцінки жінок: низький визначено у 67,57 % жінок, середній – у 21,62 % жінок, високий – лише в 10,81 % жінок.

За результатами констатувального етапу дослідження висунуто гіпотезу.

У наступному розділі презентуємо тренінгову програму з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії і результати формувального, контрольного й узагальнюючого етапів дослідження.

РОЗДІЛ 3
ТРЕНІНГОВА ПРОГРАМА З ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОК ЗАСОБАМИ МУЗИКОТЕРАПІЇ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

3.1 Зміст і структура тренінгової програми

В основу розробки тренінгової програми покладено результати наукових праць О. Сороки [50], Н. Тавровецької [51], Т. Титаренко [53; 54].

Використання тренінгової форми роботи психолога з жінками зумовило можливість комплексно підходити до відновлення психічного здоров'я людини в умовах воєнного стану. Тренінгові заняття ефективні для жіночої аудиторії і дозволяють ефективно знайти вирішення проблем, що пов'язані з підвищенням соціального і психічного благополуччя. На цих заняттях жінки навчаються керувати та контролювати власні фізіологічні і психоемоційні стани, розвивати вміння розуміти емоції і поведінку інших людей та толерантно виражати власні. Тренінгова взаємодія також сприяє самопізнанню жінкою самої себе, що особливо важливо для відновлення її психічного здоров'я.

Пропонуємо опис розробленої авторської тренінгової програми з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану згідно до результатів констатувального етапу дослідження.

Мета програми: відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану.

Завдання тренінгової програми:

1. Ознайомити жінок навичкам саморегуляції поведінки засобами музикотерапії.

2. Сформувати у жінок розуміння відповідальності за соціальне і психічне благополуччя.

3. Розвивати в жінок складові благополуччя як то особистісне зростання,

соціальна адаптація й інтеграція.

4. Ознайомити жінок із засобами ефективного використання особистісних ресурсів під впливом музичних композицій.

Методи тренінгової діяльності:

1) інформаційно-просвітницьке забезпечення занять у формі прослуховування музичних композицій, творів, пісень, проведення міні-лекцій і презентацій;

2) використання вокалотерапії і танцювально-рухових дій в ігрових технологіях для жінок;

2) методи, що пов'язані із отриманням зворотного зв'язку (рефлексія, саморефлексія) як від учасників до психолога, так і від психолога до учасниць.

Для впровадження тренінгових занять з жінками було використано інтерактивні техніки (дискусії, «мозкові штурми», робота в парах, рольові ігри, робота з відкритими інтернет-ресурсами, психологічні практикуми, заповнення робочих аркушів як форми виконання учасницями домашніх завдань,), спрямовані на організацію спільної командної (групової) діяльност іжінок. Підкреслимо, що всі використані на заняттях інтерактивні техніки, за своїм змістом були авторськими, але будувались на основі аналізу зарубіжних й українських психологічних джерел.

Організаційні умови: тренінгові заняття проводили в студії практичної психологія «Персона» у м. Запоріжжі у вихідний день, зручний для всіх учасниц. Одне заняття було розраховано на 4 академічних години взаємодії. Разом кількість тренінгових занять склала 4, а кількість академічних годин – 16.

Очікувані результати тренінгової програми:

1. Відпрацювання наявних психічних травматизацій жінок в умовах воєнного стану, подолання минулих спогадів про негативний соціальний та особистісний досвід взаємодії з оточуючими.

2. Зняття напруги, стресу, дратівливості жінок засобами музикотерапії.

3. Набуття жінками практичних навичок емоційної саморегуляції засобами музикотерапії.

4. Підвищення рівнів психічного здоров'я і благополуччя у жінок-учасниць.

Організація занять: програма розрахована на 4 тренінгових заняття.

Тренінгова програма мала такі змістові блоки:

Блок 1. «Психологічна робота зі стражданнями і травмами»;

Блок 2. «Подолання сорому і невпевненості. Прагнення жінки до досконалості»;

Блок 3. «Робота з почуттям провини жінки. Усвідомлення себе, своєї цінності»;

Блок 4. «Як впливає соціальне і психічне благополуччя на психічне здоров'я жінки?».

Тренінгові блоки було побудовано на засадах ситуативного підходу та активних і пасивних продуктивних (адаптивних) копінг-стратегій, представлених Л. Карамушкою та Ю. Снигур у статті «Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації» [13].

Зміст тренінгових блоків складався із трьох компонентів:

а) теоретико-змістового (орієнтований переважно на оволодіння жінками знаннями про зміст музикотерапії та складові психічного здоров'я і благополуччя);

б) діагностико-оцінного (орієнтований на визначення з метою подальшої психологічної роботи в жінок рівнів психічного здоров'я і благополуччя);

в) корекційно-розвивального (орієнтований на відновлення психічного здоров'я жінок на заняттях засобами музикотерапії) [7].

Згідно з технологією тренінгу теоретико-змістовий компонент передбачав оволодіння й усвідомлення жінками як учасницями інформацією щодо сутності психічного здоров'я, його структури, чинників, які впливають на нього, прийомів відновлення. У тренінгу цей компонент було реалізовано за допомогою інформаційних повідомлень психолога, «мозкових штурмів»,

роботи учасниць в парах, у групових дискусіях.

Значну роль у реалізації діагностико-оцінного компоненту тренінгу відігравали психологічні практикуми, але також певне значення мало виконання учасницями домашніх завдань, які передбачали активну позицію жінки щодо засвоєння вивчаємого матеріалу.

Корекційно-розвивальний компонент тренінгу передбачав оволодіння жінками вміннями і навичками відновлення психічного здоров'я. Цей компонент включав використання музикотерапевтичних вправ, вокалотерапії, танцювальних рухів, пасивне прослуховування музичних творів, а також інтерактивні техніки: рольові ігри, за допомогою яких моделювались різні психотравмуючі ситуації, що зумовили виникнення стресу, емоційного напруження, втоми, дратівливості, депресії; виконання учасниками аналітичних завдань під час зустрічей в парах; виконання домашніх завдань з метою пошуку особистісних ресурсів відновлення психічного здоров'я. Підкреслимо, що музикотерапевтичні вправи в тренінгу використовувались як психотерапевтичний прийом зняття у жінок невротичних станів. Цей прийом заснований на пригадуванні жінкою травмуючи життєвих ситуацій в умовах воєнного стану, і знятті напруги за допомогою прослуховування чи програвання музичних композицій і творів.

Характеристика змісту тренінгових занять з жінками.

Кожне із тренінгових занять спрямовано на зниження рівня страждань, негативних переживань, на підвищення психічного здоров'я і благополуччя. Напочатку першого заняття було використовано кілька вправ, які допомагають учасникам включитись у спільну групову роботу, дізнатись про інших учасників більше інформації та згуртуватись. Наприкінці кожного заняття обговорювали рефлексію і проводили кілька прощальних вправ, щоб завершити заняття в позитивній психологічний атмосфері для кожної із жінок. Останнє заняття спрямовано на отримання від учасниць зворотнього зв'язку, обговорення результатів занять, очікувань від психологічної роботи та їх рефлексію.

Виконання учасницями тренінгової програми домашніх завдань сприяло:

а) засвоєнню й відпрацюванню нової інформації, яку отримали під час тренінгових занять;

б) усвідомленню розуміння музичних творів, їх впливів на стан жінки;

в) осмисленню проблем (сімейних, особистісних і професійних), які потребують подальшого вирішення.

У табл. 3.6 представлено структуру й опис тренінгового заняття №1. Більша частина цього заняття є організаційною. Тобто, спочатку учасниці знайомляться одна з одною, дізнаються більше про обставини, що привели їх до тренінгова кола, спільно встановлюють правила спілкування і взаємодії на заняттях та і будують довірливі і комфортні відносини.

Таблиця 3.6

Приклад структури початкового заняття

Тема	Мета	Завдання	Структура
Заняття 1. «Ми разом!»	Знайомство учасниць, встановлення правил спілкування і взаємодії в групі.	1. Сформувати в жінок важливість роботи в групі. 2. Сприяти формуванню позитивної оцінки щодо минулого й набутого досвіду життєдіяльності. 3. Сформувати навички відстеження негативних настанов щодо власного сприйняття, їх усвідомлення та трансформація в позитивні. 4. Сприяти розвитку рефлексії.	1. Вступне слово тренера (психолога), привітання. 2. Спільне визначення правил роботи у групі. 3. Міні-лекція, музичні вправи. 4. Домашнє завдання №1.

Представлена структура тренінгова заняття є спеціально підготовленою діяльністю психолога, яка спрямована на набуття жінками інформації та вмінь і навичок, які необхідні для подолання емоційного виснаження, тривожності та підвищення якості життя.

Серед допоміжних тренінгових дій з підвищення рівнів психічного здоров'я і благополуччя Т. Титаренко зазначає вправи на підвищення суб'єктивного задоволення жінки власним життям. Це підвищення досягається розвитком у жінки вмінь «інтегрувати травматичний досвід, включати його в автонаратив; досягати балансу між внутрішньою автономією і навичками ефективної взаємодії з оточенням; підвищувати самоефективність завдяки активізації відповідальності за власне майбутнє, за подальшу розбудову власного життя» [53, 112].

Блок 1. «Психологічна робота зі стражданнями і травмами».

Тема «Ми разом!».

Вступне слово тренера (психолога), привітання учасниць.

Вправи на знайомство. Мета: познайомити учасниць тренінгу, вивчити їх очікування від занять.

Учасниці по черзі відповідають на такі запитання:

1. Що цікавого для мене в музикотерапії?;

2. Чи приємно і комфортно мені в групі?;

3. З яким особистісним результатом я хотіла б завершити тренінг?.

Установлення правил взаємодії учасниць в групі:

1. Правило «Спочатку «Я» (увага на процесах самопізнання, самоаналізі та саморефлексії).

2. Правило «Довір'я, відвертість, щирість» (сприяє отриманню чесного зворотного зв'язку від учасниць по відношенню як до себе, так і до оточуючих).

3. Правило «Стоп» (слово «стоп» використовувати в тренінгу, коли учасниця більше не хоче відповідати на запитання, відчуваючи дискомфорт).

4. Правило «Толерантність та активність» (обовязкова активність і

толерантність на заняттях усіх учасниць).

5. Правило «Конфіденційність» (обговоренні в групі, має залишитися всередині цієї групи, що є умовою психологічної безпеки і комфорту).

Вправи на прослуховування музичних творів.

Музичний матеріал: Перша симфонія П. Чайковського. II частина – «Похмурий край»; Шоста симфонія. I частина, фрагмент розробки; IV частина (фінал).

Слово тренера (психолога): «Займіть зручну позу, починайте під музику спостерігати за своїм диханням. Ваше дихання стає глибоким, рівним, розміреним. Ваша свідомість занурюється в стан глибокого спокою, зосередьтеся на своїх внутрішніх переживаннях; ритмі биття Вашого серця, на спокійному подиху. Ця приємна музика заспокоює Вас і наводить на спогади. Приємно згадувати своє життя» [24].

Групова рефлексія та пояснення виконання домашнього завдання.

Домашнє завдання:

1) учасницям пропоновано відслідковувати негативні особистісні і професійні переживання, які в них виникли під час прослуховування музичних творів, записати й проаналізувати їх на наступне заняття;

2) завдання на формування вміння аналізувати позитивні та негативні впливи музики на свідомість і поведінку жінки.

Блок 2. «Подолання сорому і невпевненості. Прагнення жінки до досконалості».

Тренер (психолог) починаємо заняття з привітання, налаштування жінок на подальшу роботу.

Інформаційно-ознайомче повідомлення «Про невпевненість і досконаліть». Мета: надати інформацію про невпевненість, тривожність, стрес та їх впливи на організм і поведінку жінки.

Мультимедійна презентація: «Вивчаємо досконаліть мого життя» Мета: ознайомлення з особливостями поведінки жінки в умовах воєнного стану.

Музичний супровід. Шоста симфонія П. Чайковського, ІІІ частина «Марш». Життєстверджуючий ритм маршу наповняє жінку енергією і силою. Дивіться з оптимізмом у своє майбутнє, а музика допомагає Вам це робити.

Групове обговорення теми: «Подолання сорому і невпевненості». Мета: обговорення організаційних моментів професійної діяльності, правил взаємодії фахівців та їх колег на підприємстві тощо.

Авторська гра «Профіль міс-досконалість». Ця гра є способом розширення соціального досвіду, сприяє більшому саморозкриттю жінок, формуванню позитивного уявлення про себе, послабленню негативного сприйняття себе, зняттю напруги, тривожності й розвитку ресурсів особистості. Музичний супровід. «Festa Mediterrana» у виконанні італійського камерного оркестру «Rondo Veneziano».

Групова рефлексія проведеної гри.

Вправа «Груповий спів». Використання вокалотерапії як різновиду музикотерапії. Вокалотерапія сприяє лікуванню та профілактиці у жінок неврозів, фобій, бронхіальної астми, хвороби голови. Жінки на вибір співають разом пісню.

Психологічний практикум: «Дослідження автентичності самопрезентації жінки» за допомогою визначення видів психологічних захистів (за опитувальником Р. Плутчика в адаптаціїї Л. Васермана та ін.). Мета: визначення учасницями власних механізмів психологічного захисту в умовах воєнного стану.

Вправа «Танцюємо разом!». Мета танцювально-рухової терапії – розширення рухового діапазон у жінки як особистості, що виражає себе в рухах, поведінці. Музичний супровід Р. Шуман «Токкато».

Групова рефлексія. Підведення підсумків другого заняття тренінгової програми.

Домашнє завдання: проведіть інтерв’ю з кимось і Вашого оточення та визначте їх рівень психологічного здоров’я. Зробіть узагальнення.

Блок 3. «Робота з почуттям провини жінки. Усвідомлення себе, своєї цінності».

Починаємо заняття з привітання тренера, налаштування учасниць на подальшу групову роботу.

Музична вправа. Прослуховування Восьмої симфонії, III частини О. Шостаковича. Слово тренера (психолога): «Любі учасниці, Ви пригадуєте ситуації, коли ви були в гніві, роздратуванні, відчували злість. Відчуваєте, як музика підсилює ваше роздратування від спогадів? Відчуття гніву і роздратування стають потужними. Ви відчуваєте, як Вам когось хочеться вдарити. Яскраво пригадуйте ситуацію, що Вас розлютила. Ви відчуваєте, що готові вибухнути праведним гнівом? Ви фіксуєте цю думку і силою свідомості переводите своє тіло в стан розслаблення» [24].

Обговорення результатів прослуховування симфонії в парах.

Обговорення в групі результатів роботи жінок у парах.

Музична вправа. Прослуховування частини твору Й.-С. Баха «Бранденбурзькі концерти» Бранденбургський концерт №3 «Соль мажор».

Слово тренера (психолога): «Пригадайте ситуаціє з Вашого життя, коли Ви отримали поразку чи розчарування. Починаємо уважно аналізувати, чому Ви опинились у цій ситуації. Ви чітко бачите свою слабкість, що привела вас до поразки. Просто спостерігаєте її, але не страчуєте себе при цьому. Починаєте шукати шляхи до того, щоб впоратися з вашою слабкістю. Направляєте свою енергію на своє самовдосконалення. Ваше прагнення до досконалості шириться і росте. Направляєте всі сили на відновлення і зміцнення свого «Я» [24].

Обговорення в групі результатів прослуховування.

«Мозговий штурм» на тему «Що Вам допомагає подолати емоційне напруження, злість?». Мета: групове узагальнення засобів подолання жінками емоційного напруження, злості.

Вправа «Малювання під музику». Мета: сприяти зняттю в жінок афекті, сприяти появі катарсису, активізувати невротично пасивно настроєних жінок.

Малювання під музику як вид музикотерапії є спокійною діяльністю, що допомагає формувати у жінок здорові психічні структури. Зазначимо, що малювати музичні образи на папері можна різними способами. Краще малювати на підлозі, на стіні, на великих аркушах паперу великими олівцями, пензлями тощо. Привабливою технікою сучасного мистецтва є малювання пальцями з використанням кольорових фарб.

Музикальний супровід. Композиція «Ранок» Р. Глієра.

Групова рефлексія результатів вправи.

Вправа «Танцюємо разом!». Музичний супровід. М. Мусоргський «Ніч на Лисій горі».

Підведення підсумків третього заняття.

Домашнє завдання: «Розробка інструкції: «Як можна запобігти розчаруванню в людях?» Обговорьте із членами своєї родини (близькими), як можна протидіяти розчаруванню і зробити спілкування в родині більш приємним, а спільне життя – більш радісним. Представьте результати виконання домашнього завдання в вигляді спеціальної «Інструкції» чи презентації.

Блок 4. «Як впливає соціальне і психічне благополуччя на психічне здоров'я жінки?».

Психолог починає заняття з привітання, налаштування жінок на взаємодію.

Вправа «Мій емоційний досвід». Мета: розвиток у жінок навичок концентрації уваги на власних переживаннях та емоціях.

Презентація на тему «Психічне здоров'я і благополуччя». Мета: надати жінкам інформацію про залежність психічного здоров'я від соціального і психічного благополуччя.

Вправа «Танцюємо разом!». Музичний супровід І. Штраус «Віденський вальс».

Вправа «Дихання. Спів». Мета – активізація пізнавальних процесів, гармонізація психоемоційного стану жінок, зміцнення їх нервової системи,

Групова рефлексія результатів проведених вправ.

Підбиття підсумків занять.

Описаний зміст тренінгових занять спрямований на усвідомлення жінки суті відновлення психічного здоров'я засобами музикотерапії.

Специфіка корекційної роботи психолога з жінками засобами музикотерапії відображена в авторських тезах «Корекційна робота психолога з жінками засобами музикотерапії в умовах воєнного стану» [61].

У наступному підрозділі проаналізуємо результати контрольного й узагальнюючого етапів дослідження.

3.2 Аналіз результатів дослідження

Формувальний етап дослідження характеризувався завершенням обґрунтування вибірок (ЕГ та КГ) із жінок, проведенням за відібраним на констатувальному етапі діагностичним інструментарієм діагностуванням цих жінок; розробленістю тренінгової програми та її впровадженням в ЕГ.

Для проведення формувального етапу дослідження було залучено 23 жінки, які відвідували студію практичної психології «Персона» у м. Запоріжжі. Ці жінки складали однорідну випадкову вибірку на початку формувального етапу і мали майже однакові показники рівнів благополуччя і психічного здоров'я. Випадковим чином, а також з урахуванням їх побажань, вони були розподілені до ЕГ та КГ.

До ЕГ жінок увійшло 10 осіб. До початку тренінгової програми, яка почалася наприкінці травня і продовжилась у червні 2024 р., з р жінками ЕГ була проведена первина діагностика за двома психодіагностичними методиками «Шкала оцінки якості життя» і «Діагностика самооцінки психічних станів» та опитувальників «Індекс благополуччя ВООЗ-5» і «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма». Після завершення тренінгової програми було проведено повторне діагностичне обстеження жінок ЕГ.

До КГ респондентів увійшло 13 жінок з м. Запоріжжя, які відвідували

епізодично психологів. З ними наприкінці травня також була проведена первина психодіагностика за вищезазначеними методиками. З жінками КГ не проводились тренінгові заняття, але вони за бажанням могли відвідувати психологічні консультації. На початку липня з представницями КГ була проведена вторинна діагностика з метою встановлення їх результатів і порівняння з результатами жінок із ЕГ.

Після впровадження занять тренінгової програми в ЕГ жінок було проведено контрольний та узагальнюючий етапи дослідження.

Проаналізуємо результати контрольного етапу емпіричного дослідження, за допомогою яких перевіримо ефективність впровадженої тренінгової програми засобами музикотерапії для жінок в умовах воєнного стану.

1. Результати діагностики жінок ЕГ та КГ за методикою «Шкала оцінки якості життя» унаочнено в табл. 3.7.

Таблиця 3.7

Рівень якості життя жінок ЕГ та КГ на контрольному етапі

Рівні	**ЕГ**				**КГ**			
	До		**Після**		**До**		**Після**	
	К-ть	**%**	**К-ть**	**%**	**К-ть**	**%**	**К-ть**	**%**
Дуже високий	0	0	0	0	0	0	0	0
Високий	1	10	1	10	0	0	0	0
Середній	4	40	7	70	6	46,16	5	37,46
Низький	3	30	2	20	4	30,77	6	46,16
Дуже низький	2	20	0	0	3	23,08	2	15,38
Разом	10	100	10	100	13	100	13	100
$\bar{X}$ (у балах)	56,48		67,14		57,67		58,42	

У жінок ЕГ не спостерігаємо наявність дуже високого рівня якості життя після проведення тренінгової програми засобами музикотерапії: як було 0 % так і залишилось. Водночас у жінок КГ дуже високий рівень якості життя також не визначено. Це поясняється тим, що жінки в Україні живуть в умовах

воєнного стану і знаходяться в постійній небезпеці.

В ЕГ жінок спостерігаємо відсутність змін показників високого рівня (залишився на рівні 10 %). Проте спостерігаємо підвищення на 30 % (70 % – 40 %) показника середнього рівня якості життя і, водночас, зменшення на 10% показника низького рівня. Дуже низький рівень не встановлено після проведення тренінгової програми з жінками, що увійшли до ЕГ, що є позитивним результатом дій психолога.

Цікавим є факт, що жінок КГ незначно підвищився показник низького рівня (з 30,77 % до 46,16 %) і змінився показник дуже низького рівня: було 23,08 %, а стало 15,38 % жінок з цим рівнем. Це свідчить, що з часом у жінок може зникати і підвищитись дуже низький рівень якості життя.

Узагальнений за формулою 2.1 середній показник рівнів якості життя жінок ЕГ після формувальних заходів склав 67,14 бали, що характеризує середній рівень якості життя. Доведено підвищення в середньому якості життя жінок ЕГ з низького рівня до середнього, бо різниця середніх показників склала 10,66 балу (67,14 – 56,48). Це свідчить про ефективність проведення тренінгових занять з музикотерапії з жінками ЕГ.

У жінок КГ середній бал рівнів якості життя підвищився на 0,75 (58,42 – 57,67) бала, проте залишився на низькому рівні. Отже змін в рівнях якості життя у жінок КГ не спостерігалось.

Результати діагностики жінок ЕГ до і після впровадження тренінгової програми унаочнено на рис. 3.7

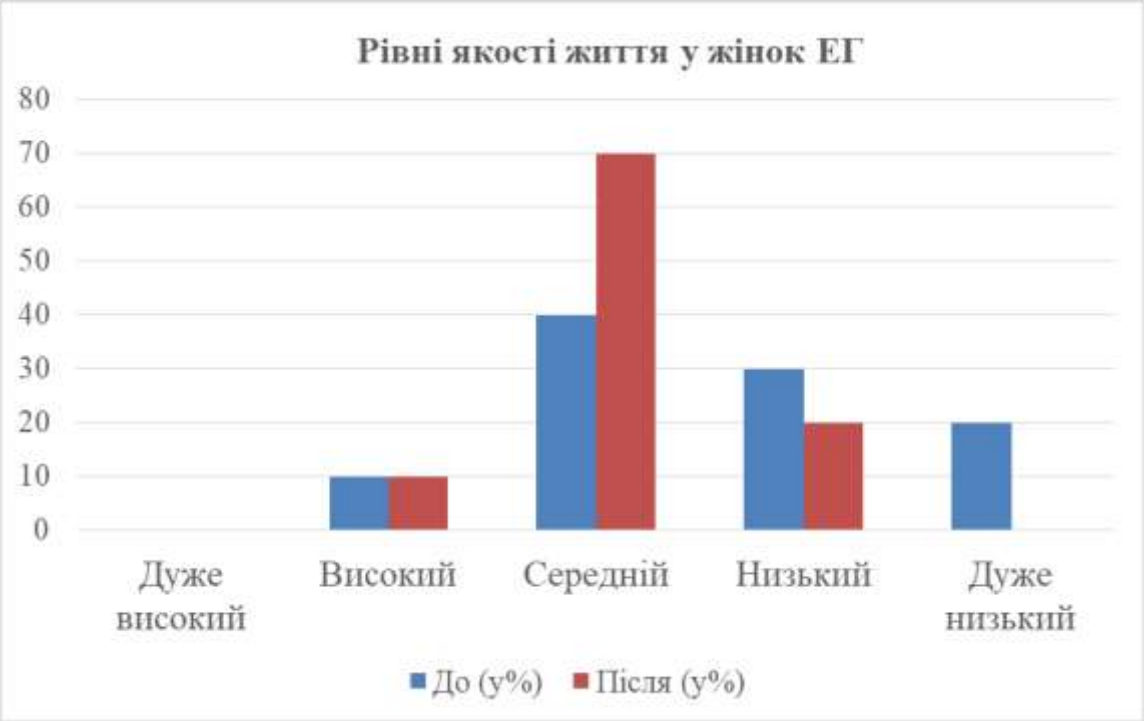


Рис. 3.7. Результати діагностики рівнів якості життя жінок ЕГ до і після впровадження тренінгової програми

Таким чином, у жінок в ЕГ встановлено зниження низького рівня, підвищення середнього рівня і зникнення дуже низького рівня. Позитивним також є те, що не знизились показники високого рівня якості життя (залишилися ті самі (10 %). Такі результати є наслідком проведення з ними систематичних занять з відновлення психічного здоров'я засобами музикотерапії.

2. Результати діагностування жінок ЕГ та КГ за опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5» на контрольному етапі узагальнено в табл. 3.8.

Таблиця 3.8

Результати діагностування рівнів благополуччя у жінок ЕГ та КГ на контрольному етапі

Рівні	**ЕГ**				**КГ**			
	До		**Після**		**До**		**Після**	
	К-ть	**%**	**К-ть**	**%**	**К-ть**	**%**	**К-ть**	**%**
Низький	6	60	2	20	5	38,46	4	30,77
Середній	4	40	7	70	8	61,53	9	69,23

Продовження таблиці 3.8

Високий	0	0	1	10	0	0	0	0
Разом	10	100	10	100	13	100	13	100

У жінок ЕГ спостерігалось зниження низького рівня благополуччя на 40 %, підвищення на 30 % середнього рівня і поява у 10% жінок високого рівня благополуччя. У ході спостереження за жінками в процесі тренінгових занять встановлено, що в них з'явилась схильність до просоціальних практик: взаємовиручки, підтримки, безкорисливої допомоги. Важливо підкреслити, що наявність зв'язку між позитивними емоціями внаслідок надання допомоги іншим, з одного боку, і благополуччям, з іншого, є цілком доведеною зарубіжними науковцями істиною [72].

У жінок КГ встановлено такі результати: підвищився показник середнього рівня благополуччя з 61,53 % до 69,23 %, а показник низького рівня, в свою чергу, знизився з 38,46 % до 30,77 %. Показників високого рівня благополуччя в жінок КГ не встановлено.

Згідно перевірки висунутого припущення (гіпотези дослідження) унаочнимо результати діагностування жінок ЕГ до і після проведення тренінгової програми засобами музикотерапії (див. рис. 3.8).

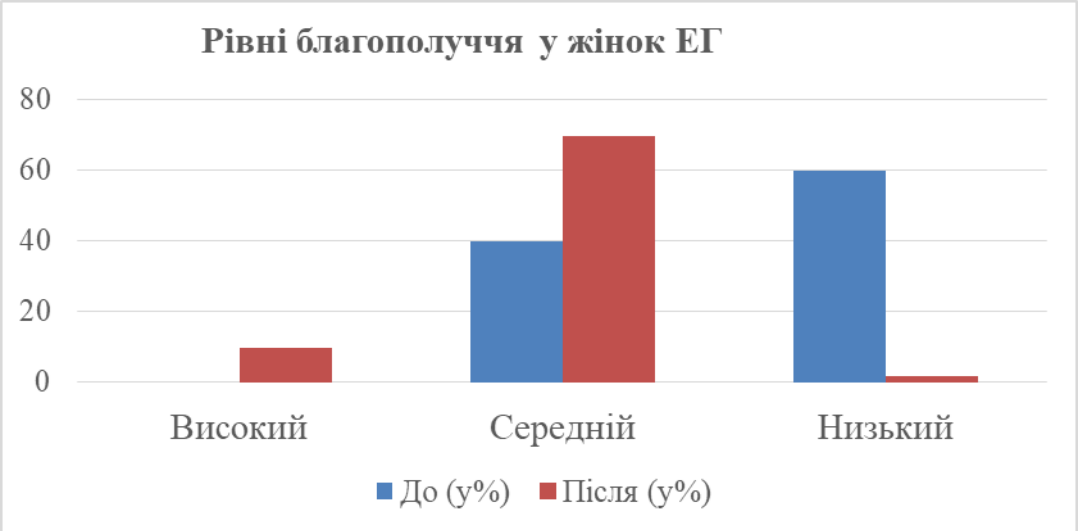


Рис. 3.8. Результати діагностування жінок ЕГ за опитувальником «Індекс благополуччя ВООЗ-5» до і після проведення тренінгової програми

Встановлено, що після проведення тренінгової програми з жінками ЕГ засобами музикотерапії, визначено підвищення високого і середніх рівнів благополуччя і значне зниження низького рівня. Жінки ЕГ на заняттях мали змогу оцінити результати власної діяльності, усвідомити набутий досвід використання музичнотерапевтичних прийомів. Отримані результати вторинної діагностики свідчать про ефективність проведення психологом тренінгових занять з жінками в ЕГ.

3. Результати діагностування жінок ЕГ та КГ за методикою «Діагностика самооцінки психічних станів» Г. Айзенка на контрольному етапі узагальнено в табл. 3.9. і на рис. 3.9.

Відзначимо, що згідно до предмету дослідження і завдань тренінгової програми цікавлять результати повторного діагностування у жінок ЕГ та КГ показників особистісної, реактивної тривожності і відповідні середні показники тривожності та агресивності.

Таблиця 3.9

Оцінка рівнів тривожності й агресивності жінок ЕГ та КГ на контрольному етапі

Рівні	**ЕГ (n=10)**				**КГ (n=13)**			
	До		**Після**		**До**		**Після**	
	к-ть	**%**	**к-ть**	**%**	**к-ть**	**%**	**к-ть**	**%**
Особистісна тривожність								
Низький	1	10	3	30	1	7,69	1	7,69
Середній	5	50	6	60	3	23,08	1	7,69
Високий	4	40	1	10	9	69,23	11	84,62
Реактивна тривожність								
Низький	2	20	3	30	4	30,77	3	23,08
Середній	4	40	5	50	5	38,46	4	30,77
Високий	4	40	2	20	4	30,77	6	46,15

Продовження таблиці 3.9

Тривожність (середні показники)								
Низький	2	20	3	30	3	23,08	2	15,38
Середній	4	40	6	60	4	30,77	3	23,08
Високий	4	40	1	10	6	46,15	8	61,54
Агресивність								
Низький	2	20	5	50	3	23,08	3	23,08
Середній	3	40	1	10	4	30,77	3	23,08
Високий	5	50	4	40	6	46,15	7	53,85

Я. Андрушко зазначає, що тривожність особистості є провідної її емоційної компоненти [1]. Використання в тренінговій програмі засобів музикотерапії в ЕГ призвело до зміни в жінок ЕГ показників тривожності й агресивності, проте майже не вплинуло на їх рівень самооцінки.

В ЕГ після проведення тренінгової програми засобами музикотерапії показники низького рівня особистісної тривожності підвищилися на 20 % (були 10 %, а стали 30 %), також підвищилися показники середнього рівня на 10 %, проте показники високого рівня особистісної тривожності у жінок знизилися на 30 % (40 % –10 %).

За узагальненням середніх показників тривожності в ЕГ на 10 % знизився показник низького рівня, на 20 % підвищився показник середнього рівня та на 30 % знизився показник високого рівня. Це свідчить про ефективність роботи психолога з жінками під час проведення психологічної роботи засобами музикотерапії в контексті відновлення психічного здоров’я.

Водночас в КГ спостерігаємо, що показники високого рівня особистісної тривожності підвищились (було встановлено у 69,23 % жінок спочатку, стало 84,62 % на контрольному етапі). Також спостерігаємо для показника високого рівня реактивної тривожності підвищення з 30,77 % до 46,15 %. Загалом у жінок КГ знизився показник низького рівня (було 30,77 %, а стало 23,08 %) реактивної тривожності. Наголосимо, що показник середнього рівня

тривожності в КГ жінок також незначуще знизився з 30,77 % до 23,08 %, що свідчить про наявність у них тривожності як риси особистості.

В ЕГ жінок показники низького рівня агресивності підвищились на 30 % (було 20 % і стало 50 %). Показники середнього рівня знизилися на 30 %, водночас на 10 % знизився показник високого рівня. Цікавим фактом є те, що використання засобів музикотерапії впливало на де які фізіологічні прояви в жінок (зниження кров'яного тиску, заспокоєння нервової системи, зняття психічної напруги тощо), але, до прикладу, прослуховування музики мало незначний вплив на агресивне поводження по відношенню до оточуючих.

У КГ спостерігаємо незмінність показників низького рівня агресивності (залишилось 23,08 %) та незначне зниження показника середнього рівня на 7,69 % (30,77 % – 23,08 %) та зниження на 7,70 % показника високого рівня. Суттєвих змін в проявах агресивності у жінок КГ не спостерігалось.

Отже, представлені в табл. 3.4 данні підтверджують ефективність проведення в ЕГ жінок тренінгової програми засобами музикотерапії в напряму зниження показників високих рівнів тривожності й агресивності.

За даними табл. Б.2. Додатку Б рівні самооцінки жінок ЕГ та КГ в кінці формувального етапу представлено на рис. 3.9.

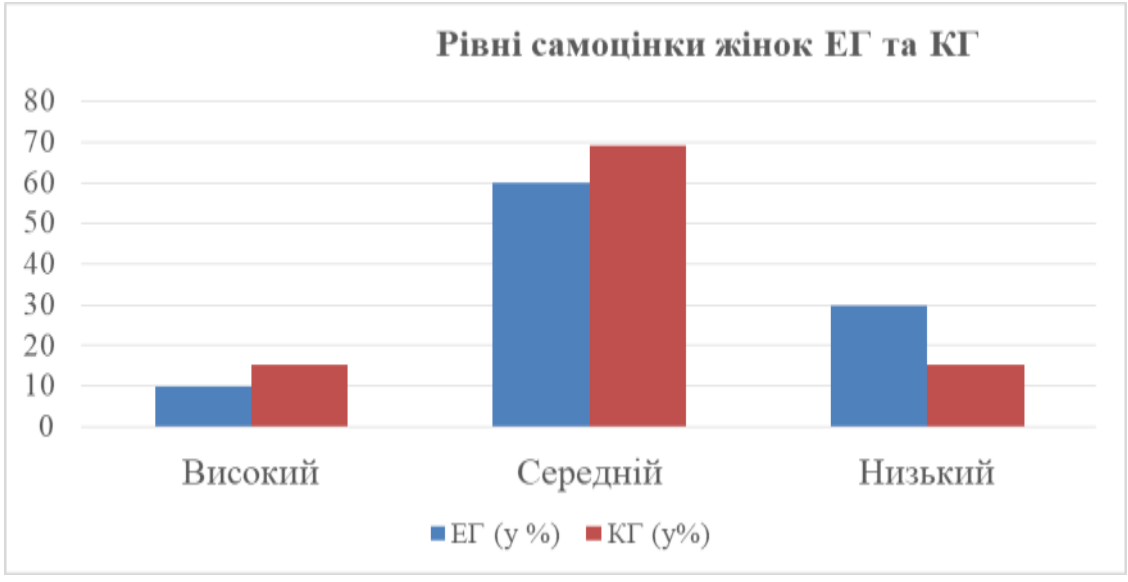


Рис. 3.9. Рівні самооцінки жінок ЕГ та КГ після проведення тренінгової програми

Встановлено, що в жінок КГ більший показник середнього рівня (69,24 %), ніж у жінок ЕГ (60 %) і показник високого рівня (15,38 % ніж 10 %). Проте в жінок ЕГ перевищує показник низького рівня самооцінки в 30% замість наявних 15,38 % у жінок КГ (див. табл. Б.2 додатку Б).

Можна констатувати, що тренінгові заняття з використанням засобів музикотерапії недостатньо впливають на формування самооцінки у жінок в умовах воєнного стану.

4. Результати діагностування жінок ЕГ та КГ за опитувальником «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» в адаптації Е. Носенко та А. Четверик-Бурчак на контрольному етапі (див. табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Категорії психічного здоров'я у жінок ЕГ та КГ на контрольному етапі

Категорії	**До**			**Після**		
	К-ть	**У %**	**($\overline{X}$)**	**К-ть**	**У%**	**($\overline{X}$)**
ЕГ(n=10)						
Процвітання	0	0	0	0	0	0
Помірність	4	40	33,56	8	80	36,78
Пригнічення	6	60	14,27	2	20	12,34
КГ (n=13)						
Процвітання	0	0	0	0	0	0
Помірність	2	15,8	32,68	4	30,56	32,82
Пригнічення	11	84,62	13,87	9	69,23	14,46

Встановлено, що такої категорії психічного здоров'я як «Процвітання» у жінок після проведення тренінгових занять в ЕГ не визначено, як не було її визначено і на початку дослідження. Це пояснюється тим, що в країні досі тривають військові дії. Помірність стосовно психічного здоров'я визначена у 8 (80 %) жінок ЕГ, а «Пригніченість» – лише у 2 (20 %) осіб, що брали участь у заняттях програми з відновлення психічного здоров'я.

Унаочнимо результати діагностування жінок ЕГ до і після тренінгової програми на рис. 3.10.

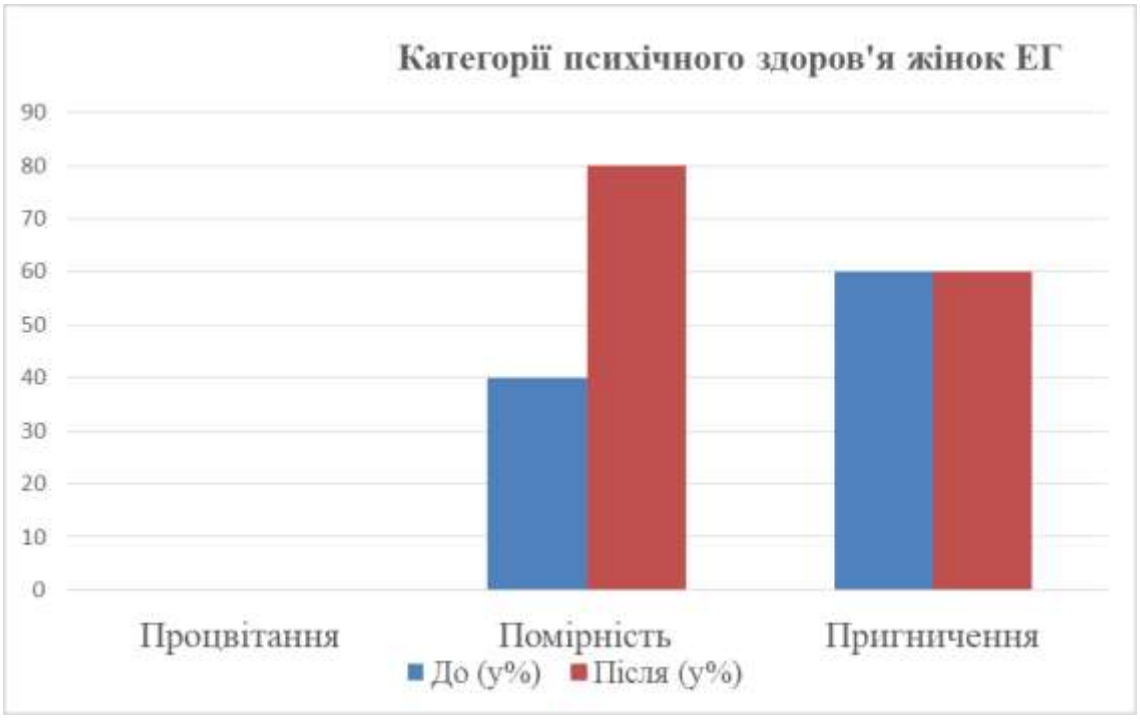


Рис. 3.10. Категорії психічного здоров'я жінок ЕГ до і після проведення тренінгової програми

У жінок КГ також не виявлено категорії психічного здоров'я як «Процвітання» до і після 0 %. Спостерігаємо зростання показника категорія «Помірність» з 15,80 % до 30,56 %. Майже в 2 рази частіше жінки КГ стали усвідомлювати власне соціальне оточення, отримувати від спілкування з іншими людьми задоволення. Спостерігаємо наявність значного показника категорії «Пригнічення» (була встановлена в 84,62 % жінок КГ, потім визначення цієї категорії знизилось до 69,23 % жінок).

Унаочнимо за даними табл. 3.10 результати в ЕГ та КГ жінок після тренінгової програми на рис. 3.11.

Спостерігаємо, що в жінок ЕГ на 49,44 % (80 % – 30,56 %) перебільшує вибір категорії «Помірність». Водночас на 49,23 % (69,23 % – 20 %) у жінок КГ перебільшує вибір категорії «Пригнічення». Отримані дані підтверджують ефективність проведеної тренінгової програми з жінками ЕГ. Отже, спостерігаємо ефективну роботу психолога з відновлення психічного здоров'я

жінок в ЕГ.

У жінок КГ також не виявлено категорії психічного здоров'я як «Процвітання» до і після 0 %. Спостерігаємо зростання показника категорія «Помірність» з 15,80 % до 30,56 %. Майже в 2 рази частіше жінки КГ стали усвідомлювати власне соціальне оточення, отримувати від спілкування з іншими людьми задоволення. Спостерігаємо наявність значного показника категорії «Пригнічення» (була встановлена в 84,62 % жінок КГ, потім визначення цієї категорії знизилось до 69,23 % жінок).

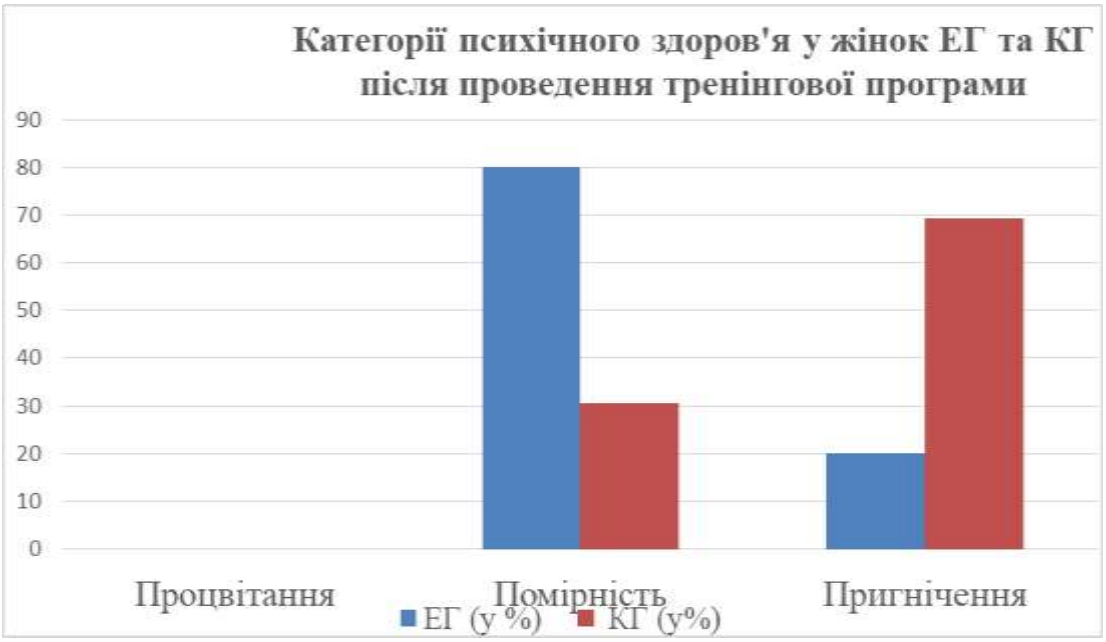


Рис. 3.11. Результати визначення категорій психічного здоров'я в жінок ЕГ та КГ до і після тренінгової програми

Спостерігаємо, що за даними рис. 3.5 у жінок ЕГ на 49,44 % (80 % – 30,56 %) перебільшує вибір категорії «Помірність». Водночас на 49,23 % (69,23 % – 20 %) у жінок КГ перебільшує вибір категорії «Пригнічення». Отримані дані підтверджують ефективність проведеної тренінгової програми з жінками ЕГ. Отже, спостерігаємо ефективну роботу психолога з відновлення психічного здоров'я жінок в ЕГ.

У результати контрольного етапу емпіричного дослідження підтверджено ефективність проведеної психологом тренінгової роботи в ЕГ.

Представимо результати узагальнюючого етапу дослідження.

Можна констатувати підтвердження першої частини гіпотези про те, що ефективність відновлення психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стану залежить від використання психологом засобів музикотерапії.

Другу частину гіпотези щодо припущення, що в жінок між рівнями психічного здоров'я і благополуччя існує пряма залежність, яка зумовлює особливості застосування музикотерапії в роботі психолога в умовах воєнного стану, перевіримо за рахунок обчислювання коефіцієнта кореляції Пірсона для ЕГ і КГ після проведення тренінгової програми.

За результатами таблиць 3.3 і 3.5 узагальнимо показники рівнів психічного здоров'я і благополуччя жінок ЕГ і КГ в табл. Б.3 «Показники рівнів благополуччя і психічного здоров'я жінок ЕГ і КГ на узагальнюючому етапі» додатку Б.

Обчислимо показник взаємної спряженості φ^2, а потім розрахуємо коефіцієнт парної кореляції Пірсона. Використовуємо формули показника взаємної спряженості:

$$\varphi^2 = \varepsilon_1 + \varepsilon_2 + \varepsilon_3 - 1 \qquad (3.1)$$

та коефіцієнт Пірсона :

$$r_{1,2} = \sqrt{\frac{\varphi^2}{(1+\varphi^2)}} \qquad (3.2)$$

За даними табл. Б.3 додатку Б щодо встановлення залежності рівнів психічного здоров'я і благополуччя жінок ЕГ маємо, що показник взаємної спряженості $\varphi^2_{\text{ЕГ}} = 0{,}49$ (розраховано за формулою 3.1), тоді коефіцієнт Пірсона $r_{\text{ЕГ}} = 0{,}70$ (розраховано за формулою 3.2). Це свідчить про наявність середнього прямого кореляційного зв'язку з тенденцією до посилання між рівнями психічного здоров'я і благополуччя в жінок ЕГ після проведення тренінгової програми засобами музикотерапії.

За даними табл. Б. 3 додатку Б щодо порівняння рівнів жінок КГ маємо, що показник взаємної спряженості $\varphi^2_{\text{КГ}} = 0{,}28$, тоді коефіцієнт Пірсона $r_{\text{КГ}} = 0{,}46$. Це свідчить про наявність прямого кореляційного зв'язку між рівнями

психічного здоров’я і благополуччя у жінок КГ. Отримане значення характеризує наявність середнього прямого зв'язку між рівнями психічного здоров’я і благополуччя в жінок КГ. Цікаво, що коефіцієнт кореляції Пірсона більше в жінок ЕГ, ніж у жінок КГ.

Отримані результати підтверджують другу частину гіпотези про те, що в жінок між рівнями психічного здоров’я і благополуччя існує пряма залежність, яка зумовлює особливості застосування музикотерапії в роботі психолога в умовах воєнного стану.

За результатами емпіричного дослідження пропонуємо рекомендації з удосконалення роботи психолога засобами музикотерапії з жінкам в умовах воєнного стану.

Провідною стратегією в роботі психолога з жінками в умовах воєнного стану є психологічна допомога щодо змін загального ставлення жінки до воєнної травматизації. Т. Титаренко наголошує, що пережиті жінкою психічні травми можуть мати не лише негативні, а й позитивні наслідки [54]. Українській жінці зовсім необов’язково відчувати себе жертвою життєвих обставин і випробувань, адже наслідки стресу можна перетворювати на позитивні та ефективно використовувати. Таке розуміння сутності пережитих страждань формує ставлення до них як до психологічного ресурсу, посилює розуміння ролі травматизації в житті жінки і сприяє підвищенню її рівня психологічного благополуччя.

Жінкам, в яких є члени родин, що беруть участь у бойових діях, варто зрозуміти, що під час воєнних дій люди зрозуміли, наскільки дорогими є для них близькі, які залишилися вдома і чекають на їхнє повернення. В умовах воєнного стану соціальне благополуччя жінки багато в чому залежить від оточуючих, які поруч і яким вона довіряє. До важливих стратегій в роботі психолога з жінками варто також віднести і допомогу у поглибленні суб’єктності, формуванні самоповаги, усвідомленні жінкою власної ролі у всьому, що відбувається нині.

У посттравматичний період життя люди починають реалістичніше оцінювати

відповідальність за кожний прожитий день, кожний вчинок [54].

До форм роботи психолога з жінками засобами музикотерапії рекомендуємо віднести групові заняття. Ці заняття краще проводити у формі тренінгу з музичного мистецтва.

На підставі аналізу наукових джерел [2; 7; 10; 21; 50; 54; 70; 72] виокремимо такі характерні особливості тренінгу для жінок з використанням засобів музикотерапії, як: 1) короткостроковість проведення занять; 2) інтерактивність спілкування і емоційність міжособистісної взаємодії; 3) залученість на заняттях усіх без винятку учасниць і можливість самовираження.

Основні рекомендації щодо роботи психолога з жінками спрямовані на такі аспекти вдосконалення відновлення їхнього психічного здоров'я і підвищення соціального і психічного благополуччя як: а) організація ефективної соціальної-групової взаємодії; б) підтримка позитивного минулого і набутого досвіду жінок, спрямованого на підвищення рівня їхньої життєстійкості в умовах воєнного стану; в) діяльність психолога обов'язково містить музикотерапевтичні вправи, інтерактивні методи і техніки.

Психологу необхідно врахувати у корекційній діяльності з жінками такі сучасні види музикотерапії як: клінічна музикотерапія; інтеграційна музикотерапія; тематична музикотерапія; фонова музикотерапія, музикомалювання. Також варто використовувати таку вправу як «Музикограма». Під музикограмою науковці розуміють графічне відтворення музики, що дозволяє людині її активно слухати, сприймати та відтворювати.

Рекомендований список музичних творів і вправ до різних видів музикотерапевтичної діяльності психолога пропоновано в додатку В. Цей список містить як класичні музичні твори і так і сучасні.

У розділі пропоновано опис змісту тренінгової програми з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану, яка складалась із 4 тренінгових занять по 4 академічних години кожне. Завдання тренінгової програми: ознайомити жінок навичкам саморегуляції поведінки

засобами музикотерапії; сформувати у жінок розуміння відповідальності за соціальне і психічне благополуччя; розвивати в жінок складові благополуччя як то особистісне зростання, соціальна адаптація й інтеграція; ознайомити жінок із засобами ефективного використання особистісних ресурсів під впливом музичних композицій. До змістових блоків програми віднесено такі: «Психологічна робота зі стражданнями і травмами»; «Подолання сорому і невпевненості. Прагнення жінки до досконалості»; «Робота з почуттям провини жінки. Усвідомлення себе, своєї цінності»; «Як впливає соціальне і психічне благополуччя на психічне здоров'я жінки?». У ході впровадження програми використано музичні вправи, тренінгові вправи, роботу в малих групах, у парах, дискусії, презентації і міні-лекції.

Встановлено, що в ЕГ жінок спостерігалось зниження на 40 % низького рівня благополуччя, підвищення на 30 % середнього рівня і поява у 10% після участі в тренінговій програмі високого рівня благополуччя. У жінок КГ на контрольному етапі дослідження підвищився показник середнього рівня благополуччя до 69,23 %, а показник низького рівня знизився до 30,77 %. Водночас показників високого рівня благополуччя в жінок КГ не встановлено. Доведено, що після проведення тренінгової програми у жінок ЕГ покращився психоемоційний стан, знизилась агресивність і тривожність.

Обчислено коефіцієнт Пірсона з метою з'ясування наявності чи відсутності впливу рівнів психічного здоров'я на благополуччя у жінок ЕГ і КГ. Встановлено наявність середнього прямого зв'язку: для ЕГ $r_{ЕГ}$= 0,70, для КГ – $r_{КГ}$= 0,46.

Емпірично підтверджено, що особливостями застосування музикотерапії в роботі психолога з жінками в умовах воєнного стану є показники рівнів психічного здоров'я і благополуччя жінки.

За результатами впровадження тренінгової програми з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану, було пропоновано низку практичних рекомендацій для психологів, які надають психологічну допомогу жінкам.

ВИСНОВКИ

У дослідженні теоретично обґрунтовано та емпірично підтверджено особливості застосування музикотерапії в роботі психолога з жінками в умовах воєнного стану. Отримано такі висновки:

1. Теоретично проаналізовано зарубіжні й українські наукову літературу з проблем вивчення музикотерапії як напряму арт-терапії. З'ясовано, що арт-терапія дає змогу людині постати учасником творчого процесу, проводити рефлексію свого травматичного минулого і набутого досвіду, транспортуючи інформацію про нього з емоційного до когнітивного рівня. Арт-терапія містить у собі широке коло напрямів творчої діяльності, таких як малювання, танець, театральна мандрівка та інші види мистецтва, в яких музика грає ключову роль у процесі взаємодії та терапевтичного впливу.

У міжнародних документах закріплено, що використання музики в повсякденному середовищі з окремими людьми чи спільнотами, сприяє покращенню їхнього соціального та емоційного благополуччя.

Узагальнено таке розуміння музикотерапії як напряму арт-терапії: музикотерапія в широкому розумінні є елементом арт-терапії, де музика використовується для поліпшення фізичного, психічного, когнітивного та соціального благополуччя клієнта. Музикотерапія є засобом покращення психо-емоційного стану особистості. Таке розуміння характеризує використання в терапії музичних інструментів, співів та танцювальних руху під музику як засобів сприяння відновленню або підтримки фізичного, емоційного та психічного здоров'я людини. В узькому сенсі музикотерапію використовують як засіб корекції актуального психофізіологічного й емоційного стану людини.

Теоретично доведено, що музикотерапію слід використовувати в роботі психолога з жінками як ефективний інструмент для розв'язання психологічних проблем, підтримки емоційного стану, самопочуття і благополуччя жінки. Музикотерапія як напрям арт-терапії характеризує лікувальне застосування

музичного мистецтва, що передбачає взаємодію між музикою, жінкою і психологом.

2. Обґрунтовано особливості застосування музикотерапії в роботі психолога з жінками в умовах воєнного стану. До них віднесено підвищення рівнів психічного здоров'я і соціального і психічного благополуччя жінки як складових процесу відновлення.

Встановлено, що методологічним підґрунтям розуміння процесу відновлення психічного здоров'я жінок в умовах воєнного стану є гендерний, діяльнісний, системний, особистісно орієнтований методологічні підходи.

З'ясовано, що війна в Україні та її наслідки суттєво позначилися на професійній й особистісній сферах жінок. У зв'язку з цим виокремлено такі психологічні особливості жінок як дратівливість, агресивність, тривожність, нервова напруга, занижена самооцінка, що знайшли своє підтвердження на етапах емпіричного дослідження. Тому процес відновлення психічного здоров'я жінок у воєнний період є складною системною роботою психолога.

3. Організовано і проведено емпіричне дослідження, яке містило констатувальний, формувальний, контрольний та узагальнюючий етапи. Дослідження присвячено вивченню особливостей роботи психолога з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану. На констатувальному етапі взяло участь 74 жінки м. Запоріжжя, на формувальному – 23. За результатами діагностування узагальнено рівні якості життя (дуже низький, низький, середній, високий, дуже високий) та рівні психічного і соціального благополуччя жінок (низький, середній, високий). Встановлено, що низький рівень притаманний 37,84 % жінок, середній – 56,76 %, а високий – лише 5,40 % жінкам.

За опрацьованими результатами констатувального етапу, з використанням авторської анкети, проведення бесід і спостережень сформовано уявлення про психічний стан жінок, які звертаються за психологічною допомогою в умовах воєнного стану, визначено їх особливості і сформовано гіпотезу дослідження.

4. Розроблено тренінгову програму, метою якої стало відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану. Структура програми складалася з 4 занять, які проводилися один раз на тиждень по 4 академічних години. Програма містила 4 змістових блоків. На заняттях опрацьовувалася тематика провини, сорому, прагнення жінки до досконалості, усвідомлення жінкою себе як цінності. Приділено увагу психологічній роботі зі стражданнями, переживаннями і травмами у жінок.

Доведено, що тренінгові заняття є найбільш ефективні для жінок і дозволяють вирішити задачі, що пов'язані з підвищенням у них рівнів психічного здоров'я і благополуччя. Для впровадження тренінгової програми було використано різноманітні засоби музикотерапії (вокалотерапію, танцювально-рухову терапію, музикомалювання) та інтерактивні техніки.

5. Досліджено і підтверджено ефективність тренінгової програми з відновлення психічного здоров'я жінок засобами музикотерапії в умовах воєнного стану. Визначено рівні якості життя, благополуччя, тривожності, агресивності, встановлені рівні самооцінки і категорії психічного здоров'я у жінок ЕГ та КГ, унаочнено їх на контрольному та узагальнено на узагальнюючому етапах дослідження.

Гіпотеза дослідження підтверджена, мета досягнена, завдання виконанні.

Подальшою перспективою для дослідження може стати вивчення видів психологічної допомоги жінкам, а також членам їх родин з подолання стресових розладів в умовах воєнного стану.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андрушко Я. Генезис тривожності особистості як провідної емоційної компоненти. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 54 (1). С. 29–36. DOI: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-54-1-29-36.

2. Арттерапія в роботі психолога: інноваційні підходи: зб. матер. V Всеукр. наук.-практ. конференції, 23–27.10.2023 / уклад. О.Е. Жосан. Кропивницький: КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2023. 140 с.

3. Бабій І. М. Теорія і практика арт-терапії: навчально-методичний комплекс. Умань, Алмі. 2014. 75 с.

4. Бурлачук Л. Психодіагностика особистості: понятійний апарат та методи дослідження. *Психологія і суспільство*. 2014. № 4. С. 85–103.

5. Великий тлумачний словник сучасної української мови: 250000 сл. / уклад. та голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь: Перун, 2005. VIII. 1728 с.

6. Вознесенська О. Л., Сидоркіна М. Ю. Арт-терапія у подоланні психічної травми: Практичний посібник. Київ: Золоті ворота, 2015. 148 с.

7. Гнускіна Г. Аналіз ефективності тренінгової програми «Профілактика та подолання професійного вигорання у підприємців». *Організаційна психологія. економічна психологія.* 2020. № 1 (19), С.16–25. DOI: https://doi.org/10.31108/2.2020.1.19.2

8. Гриньова В. М. Музикотерапія як складова здоров'язбережувальної технології виховання студентської молоді. *Витоки педагогічної майстерності*. 2015. Вип. 16. С. 20–28.

9. Драганчук В. М. Музична психологія і терапія: навч. посіб. для студ. спец. "Музичне мистецтво"; передм. Л. Кияновської; Східноєвр. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2016. 230 с.

10. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. Львів: ЛьвДУВС, 2020. 232 с.

11. Кальницька К. О. Соціально-психологічні технології роботи з

жінками-жертвами насильства в сім'ї та чоловіками-кривдниками. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2014. Вип. 121. С. 143–148.

12. Карамушка Л. М., Дзюба Т. М. Феномен «здоров'я» як актуальний напрям досліджень в організаційній психології. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2019. № 1(16). С. 22–33.

13. Карамушка Л. М., Снигур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Т.1. С. 23–30.

14. Карапетова О. М. Використання методів арт-терапії у роботі психолога з корекції тривожних станів особистості. *Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія». Педагогічні науки.* 2020. № 2 (20). С. 34–39. DOI: https://doi.org/10.32342/2522-4115-2020-2-20-4

15. Каткова Т. А., Мельникова С. В. Особливості прояву рівнів тривожності, фрустрованості агресивності та ригідності в соціальній групі «студенти-психологи». *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. №3. С. 97–101.

16. Климчук В., Сувало О. Охорона психічного здоров'я у громадах. посібник для місцевих координаційних органів. 2021. URL: https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2021/09/opz-v-gromadah-posibnyk-klymchuk-suvalo.pdf (дата звернення 3.04.2024)

17. Ковальова С. В. Музикотерапія як ресурс збереження здоров'я та попередження синдрому «професійного вигорання» в педагогічних працівників. *Народна освіта*. 2018. №1 (34). С. 8–16.

18. Коробка Л. Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя. *Український науковий журнал «ОСВІТА РЕГІОНУ»*. 2011. URL: https://social-science.uu.edu.ua/article/489 (дата звернення 12.06.2024)

19. Корольчук О. Охорона психічного здоров'я в умовах ведення АТО. *Інвестиції: практика та досвід*, 2016. №18. С. 96-102.

20. Костюк Г. С. Умови психічного розвитку. *Соціальний педагог*. 2007. №9. С. 61–63.

21. Кошель В. М., Новик М. В. Використання музикотерапії в умовах освітнього процесу закладів дошкільної освіти: навчально-методичний посібник для студентів спеціальності «Дошкільна освіта», методистів, вихователів закладів дошкільної освіти, музичних керівників та батьків дітей дошкільного віку. Чернігів: ФОП Баликіна О.В., 2020. 84 с.

22. Крет М., Левчук Н. Музикотерапія як чинник впливу на психоемоційний стан особистості. *Нова педагогічна думка*. 2021. Т. 106. № 6. С. 164–168. DOI: https://doi.org/10.37026/2520-6427-2021-106-2-164-168

23. Криворучко Т. В. Особливості розуміння самооцінки в сучасній психологічній науці. *Медсестринство*. 2015. №4. С. 19–22

24. Куцай О. В. Вплив музики на емоційно-чуттєву сферу особистості: кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавра за спеціальністю „053 — психологія“ / О. В. Куцай. Тернопіль: ТНТУ, 2022. 67 с.

25. Куцин Е. К. Психофізіологічний механізм музикотерапії та її вплив на школяра. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи:* зб. наук. праць. Київ: Видавничий дім «Гельветика», 2020. Вип. 72. Том 1. С. 273–277. DOI: https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series5.2020.72-1.59

26. Локарєва Г. В., Гуалотунья Р. М. А. Музикотерапія як соціально-педагогічна технологія. *Педагогічні науки: теорія та практика*. 2019. №1. С. 29–33.

27. Литвинчук Л. М. Особливості корекційного впливу музикотерапії. *Проблеми сучасної психології*. 2012. Вип.15. С. 322–330.

28. Максименко С. Д., Соловієнко В. О. Загальна психологія. Київ: МАУП. 2000. 208 с.

29. Малашевська І. А. Значення та роль саногенно-особистісної парадигми музичного навчання дошкільників і молодших школярів. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 14. Теорія і методика мистецької освіти: зб. наук. праць*. 2017. Вип. 22 (27). Ч. 1. С. 188–193.

30. Маркова Н. В. Соціальна робота з жертвами насильства на ґрунті гендеру. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія: Педагогічні науки*. 2014. № 4. С. 115–125.

31. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук; за ред. Л. М. Карамушки. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

32. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2014. 440 с.

33. Науменко С. І. Психологія музичної діяльності. Чернівці: ПП «Видавничий дім «Родовід», 2015. 408 с.

34. Носенко Е. Л., Четверук-Бурчак А. Г. Опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма»: опис, адаптація, застосування. *Вісник Дніпропетровського університету Серія психологія*. 2014. № 22(9/1). С. 89–97.

35. Панок В. Г. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. *Вісник Національної академії педагогічних наук України.* 2023. Вип. 5(1). С. 1–12. DOI: https://doi.org/10.37472/v.naes.2023.5133

36. Панок В. Г., Мельник А. А. Діяльність психологічної служби системи освіти у наданні допомоги постраждалим від збройного конфлікту на Сході України. Інформаційний бюлетень, 2017. URL: http://www.psyua.com.ua/index.php?page=products_one&prod=446&g_year=2017_2019. (дата звернення 18.06.2024)

37. Петрушин В. І. Музична психотерапія. Теорія і практика. Київ: Основа. 2003. 312 с.

38. Побережна Г. І. Музикотерапія як інноваційна технологія особистісного розвитку. *Вища освіта України: теорет. та наук.-метод. часопис*. 2010. № 3. С. 87–97.

39. Помиткін Е. О. Психологія духовного розвитку особистості: монографія. Київ: Наш час. 2007. 280 с.

40. Призванська Р. А. Психологічні засади музикотерапевтичної роботи з дітьми із розладами аутистичного спектру. Дис. канд. психол. наук: 19.00.05. Київ. 2021. 324 с.

41. Про організацію роботи стратегічної дорадчої групи з питань реформування системи охорони здоров'я України. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 24.07.2014 р. № 522. URL: https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ23568?an=1&ed=2014_07_24 (дата звернення 14.04.2024)

42. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text (дата звернення 12.05.2024)

43. Психологічні особливості маніпуляцій особистості. Підручник. URL: https://stud.com.ua/47130/psihologiya/peredmova#734 (дата звернення 18.06.2024)

44. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. 2022. URL: https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayincziv (дата звернення 12.05.2-24)

45. Репетій М. Теоретичні аспекти дослідження музикотерапії як засобу збереження фізичного та психологічного здоров'я. 2019. С. 260–264. URL: https://dspace.nau.edu.ua/bitstream/NAU/49093/1/%D0%A0%D0%B5%D0%BF%D0%B5%D1%82%D1%96%D0%B9%20%D0%9C.pdf (дата звернення 14.04.2024)

46. Рибалка В. В. Методологічні засади теоретичної та практичної психології: особистість, психологічна діяльність, духовність. *Психологія і особистість*. 2018. № 1. С. 9–19.

47. Руденко Л. М., Афузова Г. В. Музикотерапія у корекції розладів аутистичного спектра: світовий досвід. *Науковий часопис. Спеціальна психологія.* 2020. Вип. 41. С. 128–134. DOI: https://doi.org/10.31392/NPU-

nc.series19.2020.41.18

48. Синишина В. М., Смук О. Т. Психологічна допомога жінкам, що постраждали від гендерно-обумовленого насильства. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* 2022. Вип. 6. С. 33–37. DOI: https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.6

49. Сливка Л. В. Музикотерапія в освітньому процесі: історичне і теоретичне підґрунтя. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2015. Вип. 37. С. 164–166.

50. Сорока О. В. Арт-терапевтична компетенція як складова професійної компетентності фахівців соціальної сфери. *Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Серія «Педагогіка і психологія».* 2016. № 2 (12). С. 301–306.

51. Тавровецька Н. І., Вельдбрехт О. О. Психоемоційні стани чоловіків та жінок у розлуці з родиною. *Науковий вісник мукачівського державного університету. Серія «педагогіка та психологія».* 2022. № 4. С. 26–32.

52. Татенко В. О. Методологія суб'єктно-вчинкового підходу: соціально-психологічний вимір: монографія. Київ: Міленіум, 2017. 184 с.

53. Титаренко Т. М. Психологічне благополуччя особистості у контексті посттравматичного життєтворення. *Особистість та її історія.* 2018. С. 102–112.

54. Титаренко Т. М. Способи підвищення психологічного благополуччя особистості, що пережила травму. *Психологія: теорія і практика*. 2018. № 1 (1). С. 112–119.

55. Федій О. А. Музикотерапія в професійній діяльності сучасного педагога. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2009. №11 (174). С. 282–292.

56. Цимбаляк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: навч. посіб. Київ: ВД «Професіонал», 2005. 656 с.

57. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів). *НЕЙРОNEWS*. 2020. Т. 114, № 3. С. 26–36.

58. Шабутін С., Хміль С., Шабутіна І. Зцілення музикою. Тернопіль: Підручники і посібники, 2008. 177 с.

59. Шаріпова Д. Проблема психічної ригідності у наукових дослідженнях. *Вісник Національного університету оборони України*. 2014. № 6(43), С. 374–378.

60. Швалб Ю. М. Еколого-психологічні детермінанти суб'єктивного благополуччя особистості: монографія / Ю. М. Швалб, О. Л. Вернік, О. О. Вовчик-Блакитна, Т. М. Кирпенко, О. В. Павленко, О. В. Рудоміно- Дусятська; за ред. Ю. М. Швалба. Київ – Львів: Видавець Вікторія Кундельська, 2021. 234 с.

61. Швецова О. Корекційна робота психолога з жінками засобами музикотерапії в умовах воєнного стану. *4th ISPC «Modern Directions and Movements in Science»* (June 16-18, 2024; Luxembourg, Grand Duchy of Luxembourg). 2024. № 204. С. 143–144

62. About The European Consortium for Arts Therapies Education. URL: http://www.ecarte.info/about 14 (дата звернення 3.06.2024)

63. American Music Therapy Association (AMTA). Definition and Quotes about Music Therapy. 2024. URL: https://www.musictherapy.org/research/factsheets/

64. Arndt A.D., Cunha R., Volpi S. Aspectos da práctica musicoterapéutica: contexto social e comunitario emperspectiva. *Psicologia & Sociedade*. 2016. Vol. 28, № 2. P. 387–395. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p387

65. Bodry K., Schwantes M. Clinical applications of feminist music therapy: An overview of the literature. 2020. P. 106–130 DOI: https://doi.org/10.1080/08098131.2020.1753230

66. Bondar T., Sherban T., Hoblyk V. Technologies of Artistic Image Perceptionin Educational Interaction. *International Journal of Advanced Science and Technology. Australia*. 2020. Vol. 29. № 9. P. 4574–4581. URL: http://sersc.org/journals/index.php/IJAST/article/view/17166 (дата звернення 12.05.2024)

67. Dobrzyńska E., Cesarz X., Rymaszewska J., Kiejna A. Music Therapy –

History, definitions and application. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2006. № 8 (1). P. 47–52.

68. Galińska E. Znaczenie muzykoterapii w rehabilitacji neurobiologicznej. „Psychiatria Polska". 2015. № 49 (4). P. 837.

69. Jacobson N., Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatr Serv*. 2001. № 58(4). P. 482–485. DOI: https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482.

70. Fernández de Juan T. Music therapy for women survivors of intimate partner violence: An intercultural experience from a feminist perspective. *The Arts in Psychotherapy*. 2016. Vol. 48. P. 19–27. DOI: https://doi.org/10.1016/j.aip.2015.12.007

71. Leins A. K., Spintge R., Thaut M. Music therapy in medical and neurological rehabilitation settings. *The Oxford handbook of music psychology*, red. S. Hallam, S. Cross, M. Thaut, Oxford University Press, Oxford, 2011. P. 526.

72. Post S. G. Altruism, Happiness, and Health: It's Good to Be GoodInternational *Journal of Behavioral Medicine*. 2005. Vol. 12. № 2. P. 66–77.

73. Prince M., Patel V., Saxena S., Maj M., Maselko J., Phillips M., Rahman A. No health without mental health. *The Lancet*. 2007. 9590. S. 859–877. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0

74. Thaut M. H. Music as therapy in early history. *Prog Brain Res*. 2015. 217. P. 143–158. DOI: https://doi.org/ 10.1016/bs.pbr.2014.11.025.

75. Thornicroft G., Tansella M. Community Mental Health Care in the Future. Nine Proposals. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2014. Vol. 202. № 6. P. 507–512. DOI: https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000151

76. Rehfeldt R.A., Tyndall I., Belisle J. Music as a Cultural Inheritance System: A Contextual-Behavioral Model of Symbolism, Meaning, and the Value of Music. *Behav Soc Issues*. 2021. № 30(1). P. 749–773. DOI: https://doi.org/10.1007/s42822-021-00084-w

77. Viktor D. Harmony in Healing: A Journey Through the Therapeutic Power of Music in Medicine. 2023. URL: https://www.harmonyandhealing.org/history-of-music-in-healthcare/ (дата звернення 18.05.2024)

78. Whiteford H. A., Degenhardt L., Rehn J., et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study. *Lancet.* 2013. № 382. P. 1575–1586. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6Cr

79. World Federation of Music Therapy (WFMT). What is music therapy? URL: http://www.wfmt.info/ wfmt-new-home/aboutwfmt/ (дата звернення 18.05.2024)

80. World Health Organization. Field test version: mhGAP community toolkit: Mental Health Gap Action Programme (mhGAP). 2019. URL: https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-versionossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar (дата звернення 18.05.2024)

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета «Соціальне і психічне благополуччя»

Інструкція. Добрий день! Дякую, що Ви добровільно погодилися взяти участь у нашому дослідженні. Дякую за виділений час та сили, це дуже ціно для нас. Вказувати Ваші персональні дані не потрібно, оскільки вивчаються середньостатистичні результати. Будь ласка, постарайтеся давати щирі відповіді!

Запитання

Блок 1.

Ваш вік_____

Ваша стать_____

Чи знаходитесь Ви зараз у шлюбних відношеннях? Так____ Ні _____

Ваш стаж професійної діяльності: 0-3 р.__ 4-9 р.__ 10-15 р.__16-25 р. __ 26-32 р.___33-39 р. ___ 40 і більше р.____

Блок 2.

Як Ви вважаєте, чи Вам вдалося досягти психічного благополуччя? Вдалось після системного відвідування психолога_____; вдалось після перегляду передач психологічної спрямованості ___; ще не вдалось_____.

Як Ви вважаєте, у якому віці Вам вдалося досягти професійного успіху?_____

Рівень Вашої задоволеності професійною діяльністю під час війни (0 – повністю не задоволений/не задоволена, 5 – повністю задоволений/задоволена)

0	1	2	3	4	5

Чи впливають Ваші сімейні проблеми на успішність Вашої взаємодії з оточуючими? Так____ Ні _____

Дякуємо за участь!

Додаток Б

Результати констатувального і контрольного етапів дослідження

Таблиця Б.1

Узагальнені результати діагностики жінок

на констатувальному етапі дослідження

N	Самооцінка		Тривожність		Агресія		Фрустрованість	
	бал	р-нь	бал	р-нь	бал	р-нь	бал	р-нь
1	5	вис	38	пом	10	нор	99,7	висок
2	8	сер	42	пом	16	в.н	88,5	серед
3	11	сер	44	пом	18	в.н	76,4	серед
4	7	вис	30	низ	7	н. н	74,9	серед
5	16	низ	48	вис	12	нор	68,5	серед
6	20	низ	42	пом	6	н.н	64,6	серед
7	19	низ	62	вис	16	в.н	60,2	низьк
8	15	низ	56	вис	9	н.н	58,7	низьк
9	10	сер	40	пом	18	в.н	65,4	серед
10	16	низ	54	вис	12	нор	56,8	низьк
11	6	вис	30	низ	15	нор	99,8	висок
12	17	низ	48	вис	14	нор	77,1	серед
13	20	низ	39	пом	18	в.н	72,3	серед
14	15	низ	46	вис	18	в.н	50,2	низьк
15	18	низ	38	пом	16	в.н	54,8	низьк
16	15	низ	50	вис	16	в.н	61,1	низьк
17	16	низ	46	вис	12	нор	99,6	висок
18	20	низ	48	вис	18	в.н	68,9	серед
19	8	сер	35	пом	20	в.н	73,1	серед
20	15	низ	48	вис	17	в.н	87,2	серед
21	18	низ	42	пом	16	в.н	55,8	низьк
22	18	низ	56	вис	18	в.н	52,8	низьк

23	12	сер	44	пом	18	в.н	80,2	серед
24	17	низ	58	вис	8	н.н	56,9	низьк
25	14	сер	26	низ	12	нор	74,5	серед
26	20	низ	40	пом	16	в.н	58,1	низьк
27	18	низ	62	вис	18	в.н	56,3	низьк
28	18	низ	48	вис	14	нор	58,3	низьк
29	16	низ	45	вис	8	н.н	69,7	серед
30	8	сер	38	пом	10	нор	79,3	серед
31	12	сер	28	низ	10	нор	82,1	серед
32	20	низ	45	вис	10	нор	56,4	низьк
33	19	низ	32	пом	11	нор	55,3	низьк
34	16	низ	52	вис	15	нор	52,7	низьк
35	18	низ	58	вис	12	нор	57,8	низьк
36	16	низ	60	вис	10	нор	60,2	низьк
37	7	вис	57	вис	10	нор	58,4	низьк
38	18	низ	56	вис	18	в.н	52,8	низьк
39	12	сер	44	пом	18	в.н	80,2	серед
40	17	низ	58	вис	8	н.н	56,9	низьк
41	14	сер	26	низ	12	нор	74,5	серед
42	20	низ	40	пом	16	в.н	58,1	низьк
43	18	низ	62	вис	18	в.н	56,3	низьк
44	18	низ	48	вис	14	нор	58,3	низьк
45	16	низ	45	вис	8	н.н	69,7	серед
46	8	сер	38	пом	10	нор	79,3	серед
47	12	сер	28	низ	10	нор	82,1	серед
48	20	низ	45	вис	10	нор	56,4	низьк
49	19	низ	32	пом	11	нор	55,3	низьк
50	16	низ	52	вис	15	нор	52,7	низьк

51	18	низ	58	вис	12	нор	57,8	низьк
52	16	низ	60	вис	10	нор	60,2	низьк
53	7	вис	57	вис	10	нор	58,4	низьк
54	5	вис	38	пом	10	нор	99,7	висок
55	8	сер	42	пом	16	в.н	88,5	серед
56	11	сер	44	пом	18	в.н	76,4	серед
57	7	вис	30	низ	7	н. н	74,9	серед
58	16	низ	48	вис	12	нор	68,5	серед
59	20	низ	42	пом	6	н.н	64,6	серед
60	19	низ	62	вис	16	в.н	60,2	низьк
61	18	низ	38	пом	16	в.н	54,8	низьк
62	15	низ	50	вис	16	в.н	61,1	низьк
63	15	низ	50	вис	16	в.н	61,1	низьк
64	16	низ	46	вис	12	нор	99,6	висок
65	20	низ	48	вис	18	в.н	68,9	серед
66	8	сер	35	пом	20	в.н	73,1	серед
67	15	низ	48	вис	17	в.н	87,2	серед
68	18	низ	42	пом	16	в.н	55,8	низьк
69	15	низ	56	вис	9	н.н	58,7	низьк
70	10	сер	40	пом	18	в.н	65,4	серед
71	16	низ	54	вис	12	нор	56,8	низьк
72	6	вис	30	низ	15	нор	99,8	висок
73	17	низ	48	вис	14	нор	77,1	серед
74	20	низ	39	пом	18	в.н	72,3	серед

Примітка:

Н.н – нижче норми

Нор – норма

В.н. – вище норми

Низ – низький

Вис – високий

Пом – помірний

Сер – середній.

Таблиця Б.2

Рівні самооцінки жінок ЕГ і КГ на контрольному етапі

Рівні самооцінки					
Низький		Середній		Високий	
К-ть	У %	К-ть	У %	К-ть	У %
ЕГ (n=10)					
3	30	6	60	1	10
КГ (n=13)					
2	15,38	9	69,24	2	15,38

Таблиця Б.3

Показники рівнів благополуччя і психічного здоров'я жінок ЕГ і КГ на узагальнюючому етапі

Рівні психічного здоров'я	Рівні благополуччя			Разом
	Низький	Середній	Високий	
ЕГ (n=10)				
Низький	1	0	0	1
Середній	3	2	0	5
Високий	0	4	0	4
Разом	4	6	0	10
КГ (n=13)				
Низький	2	6	0	8
Середній	4	1	0	5
Високий	0	0	0	0
Разом	6	7	0	13

Додаток В

Рекомендований список музичних творів до різних видів музикотерапевтичної діяльності психолога

Музичні твори для прослуховування для жінок.

Варіантами музики можуть бути наступні твори:

1. «Ранок» (музика Е. Гріга з сюїти «Пер Гюнт») .

2. Музичні композиції (оркестр П. Моріа)

4. К. Сен-Санс «Карнавал тварин» (симфонічний оркестр)

5. Є. Адамцевич «Запорізький марш».

6. П. Чайковський «Пори року»

7. Л-В. Бетховен Соната № 14 «Місячна».

8. І-С. Бах–Гуно «Аве Марія».

9. Ф. Шопен «Мазурка», «Прелюдії».

10. Й. Брамс «Колискова»

11. Українські народні пісні (лікувальні функції).

Музичні вправи.

Вправа «Звуки природи. Птахи». Мета: усунення невротичних переживань та розвиток музичних здібностей людини.

Вправа «Музична медитація». Релаксаційна вправа.

Якщо людина напружена фізично й емоційно, це може стати причиною її некерованої поведінки. Зняти напругу допоможе слухання музики, виконання спеціальних гімнастичних вправ, які передбачають повільні рухи, рівне, спокійне дихання.

Вправа «Музикограма».

Музикограма – це графічне зображення музики, що дозволяє активно слухати, сприймати та відтворювати її без спеціальної музичної освіти.

Вправа «Я – музикант».

Для участі у цій вправі необхідно взяти доступні музичні інструменти Прослухайте як виконується «Гімн України» за допомогою різних інструментів

Група обирає мелодію і починаємо грати на різних доступних

інструментах, але спочатку слід потренуватися. Можна застосувати музичну імпровізацію, що дозволяє трансформувати негативні емоції в позитивні переживання. Активна музикотерапія може виражатися в формі імпровізованої гри на барабанах, сопілці, маракасах, бубні, ложках, дзвіночках, тріскачках.