МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук
(повне найменування факультету)

Психологія
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проєкту (роботи)
магістр
(ступінь вищої освіти)

на тему Вплив музикотерапії на подолання наслідків стресу в здобувачів вищої освіти в умовах війни
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу,
групи СН-113м
Спеціальності 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)
Освітня програма (спеціалізація)
Психологія
ВАСИЛЬКОВА А.О.
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)
Керівник САВЕЛЮК Н.М.
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)
Рецензент СОЛОВЕЙ-ЛАГОДА О.А.
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук
Кафедра «Психологія»
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
(код і найменування)
Освітня програма (спеціалізація) Психологія
(назва освітньої програми (спеціалізації)

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
_____
« 29 » серпня 2024 року

З А В Д А Н Н Я

НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

ВАСИЛЬКОВА Аліна Олексіївна
(ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Вплив музикотерапії на подолання наслідків стресу в здобувачів вищої освіти в умовах війни.
керівник проєкту (роботи) доктор психологічних наук, професор САВЕЛЮК Наталія Михайлівна,
(науковий ступінь, вчене звання, ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)
затверджені наказом закладу вищої освіти від «02» вересня 2024 року № 358
2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 11 грудня 2024 року
3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 138 сторінок, 127 джерел, 8 рисунків, 11 таблиць, 3 додатки.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: здійснено теоретико-методологічний аналіз наукових підходів до розуміння стресу і стресових станів особистості в сучасній психології; виокремлено особливості переживання стресових станів здобувачами вищої освіти в умовах воєнного стану; зроблено аналіз результатів емпіричного дослідження; розглянуто специфіку музикотерапії як напрямку психологічної допомоги особистості в умовах переживання хронічного стресу.
5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) таблиця 1.1. Положення основних теорій і моделей стресу; таблиця 1.2. Реакції на стресові і травмівні події; таблиця 1.3. Удосконалена транзакційна модель стресу та копінгу Р. Лазаруса; таблиця 1.4. Кризові емоційні стани в умовах війни як стресогенного фактору; таблиця 1.5. Основні етапи становлення професійного Я; таблиця 2.1. Операціоналізація параметрів емпіричного дослідження; таблиця 2.2. Кореляція результатів до

та після прослуховування музики; таблиця 2.3. Співвідношення рівнів переживання стресу з обраними жанрами музики у досліджених студентів (кількість осіб – у %); таблиця 2.4. Співвідношення рівнів життєстійкості з обраними жанрами музики у досліджених студентів (кількість осіб – у %); таблиця 3.1. Характеристика комплексних арт-терапевтичних технологій; таблиця 3.2. Емоції та почуття від прослуховування музики; рис. 2.1. Загальний рівень стресу в цілому по вибірці (у %); рис. 2.2. Рівень вираженості тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності в цілому по вибірці (у %); рис. 2.3. Рівень вираженості тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності в цілому по вибірці (у %) після прослуховування улюбленої музики; рис. 2.4. Усереднені показники життєстійкості у опитаних студентів в цілому по вибірці (у балах); рис. 2.5. Розподіл опитаних (у %) в залежності від вираженості фактора життєстійкості; рис. 3.1. Оцінка студентами впливу музики на подолання стресу в умовах війни (у %); рис. 3.2. Відповіді питання «Яким чином на Вас впливає прослуховування музики в умовах війни?» (можна було обрати декілька відповідей); рис. 3.3. Оцінка готовності студентів приймати участь в програмах подолання стресу засобами музикотерапії.

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРІЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	САВЕЛЮК Н.М., професор	23.09.2024	06.10.2024
2	САВЕЛЮК Н.М., професор	07.10.2024	20.10.2024
3	САВЕЛЮК Н.М., професор	21.10.2024	27.10.2024
Нормок-ь	КОВАЛЬ В.О., в.о.зав.кафедри	02.12.2024	04.12.2024

7. Дата видачі завдання «29» серпня 2024 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт(роботу)	29.08.2024	
2	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проєкт(роботу)	30.08.2024	
3	Затвердження теми	02.09.2024	
4	Складання змісту	20.09.2024	
5	Виконання першого розділу	23.09.2024	
6	Виконання другого розділу	07.10.2024	
7	Виконання третього розділу	21.10.2024	

8	Формування висновків	28.10.2024	
9	Перевірка роботи керівником	01.11.2024	
10	Оформлення дипломного проєкту(роботи)	04.11.2024	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	08.11.2024	
12	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	11.12.2024	
13	Подання роботи на кафедру	11.12.2024	
14	Одержання відгуку та рецензії	13.12.2024	
15	Захист дипломної роботи	22.01.2025	

Студент(ка) _____ Аліна ВАСИЛЬКОВА
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) _____ Наталія САВЕЛЮК
(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 138 с., 11 табл., 8 рис., 127 дж., 3 дод.

Об’єкт дослідження: психологічні прояви стресу в здобувачів вищої освіти. Предмет дослідження: вплив засобів музикотерапії на подолання психологічних наслідків стресу в здобувачів вищої освіти в умовах воєнного стану.

Мета дослідження: з’ясувати особливості психологічних проявів стресу в здобувачів вищої освіти та дослідити вплив засобів музикотерапії як чинника гармонізації психоемоційного стану в умовах війни.

Методи дослідження: теоретичні методи – аналіз психологічної літератури в контексті предмету і завдань дослідження; емпіричні методи – опитування, психодіагностичний метод, природний експеримент; статистичні – методи математичної статистики для кількісного та якісного аналізу експериментальних даних.

У роботі досліджено вплив музикотерапії на подолання стресу в здобувачів вищої освіти, що зазнали психоемоційного навантаження в умовах війни. Розроблено та проведено емпіричне дослідження ефективності застосування засобів музикотерапії для зниження рівня стресу та покращення психоемоційного стану студентів. Висвітлено результати експерименту, що підтверджують позитивний вплив на досліджені психоемоційні стани респондентів.

Практичне значення одержаних результатів полягає у розробці рекомендацій щодо створення та проведення психокорекційних програм з використанням засобів музикотерапії у закладах вищої освіти для психологічної підтримки студентів.

МУЗИКОТЕРАПІЯ, СТРЕС, ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ПРОСЛУХОВУВАННЯ МУЗИКИ, ЗДОБУВАЧІ ВИЩОЇ ОСВІТИ, ВІЙНА, ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА

ЗМІСТ

ВСТУП……..
7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ ТА ЇХ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СПЕЦИФІКИ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ 12
1.1. Наукові підходи до розуміння стресу і стресових станів особистості..... 12
1.2. Війна як чинник стресу: психологічні аспекти..... 24
1.3. Особливості переживання стресових станів здобувачами вищої освіти 33
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ В ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ..... 49
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження 49
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів 54
РОЗДІЛ 3. МУЗИКОТЕРАПІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ МЕТОД ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ В ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ 67
3.1. Вплив музики на людину та історія становлення музикотерапії 67
3.2. Практичні аспекти застосування музикотерапії в сучасних умовах 93
ВИСНОВКИ..... 106
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ..... 109
ДОДАТКИ..... 122

ВСТУП

Актуальність дослідження. В сучасних умовах війни, що супроводжується постійною невизначеністю, загрозами життю, вимушеним переміщенням та втратою близьких, здобувачі вищої освіти стикаються з підвищеним рівнем стресу. Хронічний стрес негативно впливає на психоемоційний стан, когнітивні здібності та здатність до навчання, що суттєво ускладнює освітній процес. Стресогенний вплив війни і її наслідків виявляється в посиленні рівня тривожності і напруженості, поширенні депресивних і поведінкових розладів, розладів адаптації, збільшенні ризику виникнення посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

Молодь, і студентська молодь зокрема, є особливо чутливою віковою і соціальною групою до деструктивного впливу війни як стресогенного фактору надзвичайної інтенсивності. Вступаючи в період початку дорослого життя, прагнучі до автономії і прийняття відповідальності за власне майбутнє, визначаючи свій професійний розвиток і засвоюючи кращий позитивний досвід референтної професійної групи, студентська молодь в умовах війни опинилася в ситуації високого психологічного напруження, що виявилося в негативних психологічних наслідках впливу стресу війни на особистісний і професійний розвиток студентів. Це актуалізує потребу в розробці психологічних програм психокорекції стресових станів і профілактики щодо попередження психоемоційних і посттравматичних розладів на основі сучасних наукових підходів, серед яких, дієвим є арт-терапевтичний підхід, зокрема такий його напрям як музикотерапія.

Серед вітчизняних дослідників, які досліджують проблему впливу негативних психосоціальних і психоемоційних наслідків збройного конфлікту в Україні слід відзначити таких як: О.Басенко, Т.Вайда, В.Гаврилькевич, І.Головська, А.Голотенко, В.Лефтеров, М.Слюсаревський, Т.Титаренко, В.Тюріна, О.Фірстова, О.Чабан, О.Хаустова, В.Ющенко та інші.

Вивченню психоемоційного стану молоді і студентів зокрема, впливу війни як стесогенного фактору надзвичайної сили на їх особистісно-психологічний і професійний розвиток присвятили свої дослідження Н.Савелюк, Л.Борисенко, І.Грузинська, Н.Гуменюк, Л.Корват, О.Мірошниченко, Л.Пилипенко, Ю.Пристайко, Г.Свіденська, С.Ситнік та інші.

Музикотерапія, як один із напрямків арт-терапії, давно зарекомендувала себе як ефективний інструмент для зниження рівня стресу, покращення настрою та гармонізації внутрішнього стану особистості. Зважаючи на її доступність та універсальність, цей метод має значний потенціал у підтримці психологічного здоров'я студентів, особливо в умовах кризових ситуацій, таких як війна.

Дослідження впливу музикотерапії на подолання наслідків стресу саме в контексті здобувачів вищої освіти є необхідним, оскільки ця категорія молоді перебуває в умовах підвищеного психоемоційного навантаження через поєднання навчальних викликів і військових реалій. Розробка та впровадження музикотерапевтичних практик у навчальних закладах сприятиме збереженню психічного здоров'я студентів, підвищенню їхньої адаптивності та якості навчання.

На сьогодні теорію і практику музикотерапіїії розвивають як зарубіжні практики – К.Брассія, Е.Вейманн, Е.Гаймліх, К.Мерл-Фішман, П.Нордофф, К.Роббінс, А.Понтвік, М.Прістлі, П.Сімпкінс, С.Шуршаджан, так і вітчизняні – О.Антонова-Турченко, Л.Банкул, Б.Барчі, Г.Боднар, О.Дробот, Н.Жабко, Ю.Кривенок, Л.Кузьмінська, С.Литвин-Кіндратюк, Л.Литвинчук О.Львов, О.Настюк, І.П'ятницька-Позднякова, П.Сиротюк, В.Скорик, О.Сорока, С.Терещенко.

Таким чином, тема дослідження є актуальною як з точки зору забезпечення психоемоційного благополуччя здобувачів освіти, так і в контексті пошуку ефективних методів подолання наслідків стресу в умовах воєнного стану.

Мета й завдання дослідження. Мета дослідження – з’ясувати особливості психологічних проявів стресу в здобувачів вищої освіти та дослідити вплив засобів музикотерапії як чинника гармонізації психоемоційного стану в умовах війни.

Для досягнення зазначеної мети поставлено такі завдання:

– проаналізувати наукові підходи до розуміння стресу і стресових станів особистості в сучасній психології;

– виокремити особливості переживання стресових станів здобувачами вищої освіти в умовах воєнного стану;

– проаналізувати результати емпіричного дослідження психологічних наслідків стресу та впливу засобів музикотерапії на зниження рівня його переживання здобувачами вищої освіти в умовах війни;

– розглянути специфіку музикотерапії як напрямку психологічної допомоги особистості в умовах переживання хронічного стресу.

Об’єкт дослідження – психологічні прояви стресу в здобувачів вищої освіти.

Предмет дослідження – вплив засобів музикотерапії на подолання психологічних наслідків стресу в здобувачів вищої освіти в умовах воєнного стану.

Гіпотеза дослідження: музика і засоби музикотерапії (прослуховування музичних творів) ефективно впливають на подолання негативних психологічних наслідків стресу в здобувачів вищої освіти в умовах воєнного стану.

Методи дослідження. У роботі використовувалася система методів і процедур отримання даних, що включає:

1. Теоретичні: аналіз психологічної літератури в контексті предмету і завдань дослідження.

2. Емпіричні: 1) метод опитування; 2) психодіагностичний метод (тест на визначення рівня стресу (за В. Щербатих в перекладі та адаптації О. Харко), опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації,

агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка), тест життєстійкості (С. Мадді); 3) природний експеримент.

3. Методи математично-статистичної обробки даних: методи математичної статистики для кількісного та якісного аналізу експериментальних даних.

Обробка даних здійснювалася з допомогою комп'ютерних статистичних програм Microsoft Excel та SPSS.

У дослідженні узяли участь 59 студентів українських ЗВО. Для дослідження психоемоційного стану в умовах війни було проведено психодіагностичне обстеження та опитування про вплив музики (Додаток А) через гугл-форму (жовтень-листопад 2024 р.).

Теоретичне значення дослідження полягає в розширенні наукових уявлень про вплив музикотерапії на психоемоційний стан здобувачів вищої освіти, які стикаються з наслідками стресу в умовах війни. Дослідження відкриває можливості для інтеграції музикотерапевтичних методів у навчальні та позанавчальні програми університетів для створення сприятливого середовища, що підтримує психічне здоров'я. Воно закладає теоретичні основи для розвитку міждисциплінарного підходу до реабілітації та підтримки молоді, яка зазнала впливу війни, та може слугувати базою для майбутніх емпіричних і прикладних досліджень у цій галузі.

Практичне значення дослідження. Отримані результати можна використовувати для здійснення постійного моніторингу психоемоційного стану здобувачів вищої освіти в умовах воєнного стану; в процесі підготовки майбутніх психологів, соціальних працівників; при розробці програм психокорекції стресових станів і психологічних наслідків стресу для молоді і студентів, які постраждали від збройних конфліктів; для розробки програм психологічних тренінгів, спрямованих на корекцію і гармонізацію психоемоційного стану різних категорій населення.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження представлені на щорічній науково-практичній конференції викладачів, науковців, молодих учених, аспірантів та студентів «Тиждень науки – 2024»:

Василькова А.О. , Бондаревич І.М. Феномен музикотерапії. Тези доповідей науково-практичної конференції, Запоріжжя, 15–19 квітня 2024 р. [Електронний ресурс] / Редкол. : Вадим ШАЛОМЄЄВ (відпов. ред.) Електрон. дані. – Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2024. С. 24-26.

Структура і обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, трьох додатків. Загальний обсяг роботи – 138 сторінок. Робота містить 8 рисунків, 11 таблиць. Список використаних джерел включає 127 найменувань.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ ТА ЇХ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СПЕЦИФІКИ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Наукові підходи до розуміння стресу і стресових станів особистості

Стрес як феномен існує і виявляється не тільки в умовах надзвичайних, кризових та екстремальних ситуацій, але й в різних сферах життєдіяльності людей, тому представляє інтерес не тільки для психологічної науки, але й теорії управління, фізіології, медицини, соціології тощо. Сутність, ознаки прояву стресу та його наслідки різносторонньо досліджувались вітчизняними й зарубіжними вченими, зокрема, причини його виникнення, стадії розвитку, наслідки для фізіологічного та психологічного стану людини.

Згідно з визначенням, поданим у психологічному словнику за редакцією В. Синявського, стрес визначається як «стан максимального психічного напруження, що виникає у людини під час діяльності або поведінки під впливом несприятливих, значних за силою та тривалістю зовнішніх і внутрішніх неспецифічних чинників і умов середовища». У свою чергу, у сучасному тлумачному психологічному словнику «стрес (англ. *stress* – напруження) трактується як стан напруженості, що включає сукупність захисних фізіологічних реакцій організму тварин і людини на вплив різноманітних несприятливих факторів (стресорів). До таких чинників належать холод, голодування, психічні й фізичні травми, опромінення, крововтрата, інфекції тощо» [53, с.12].

Попри різноманіття теоретико-методологічних підходів до трактування стресу, більшість науковців сходяться на думці, що стрес являє собою стан тривалої психологічної напруги, що виникає у відповідь на емоційне перенавантаження нервової системи. Як зазначає В. Розов [56], стрес можна визначити як емоційне напруження, яке, триваючи певний час, викликає фізіологічні реакції організму на цей стан. Тривала дія негативних емоцій не

лише провокує психологічні труднощі, але й спричиняє психосоматичні проблеми, активізуючи механізми розвитку соматичних розладів і захворювань, таких як гіпертонія, виразковий коліт, безсоння, артрит, частий головний і спинний біль.

Дж. Брайт [95] виділяв конструктивний стрес, який сприяє мобілізації внутрішніх ресурсів адаптації особистості до стресових подій і ситуацій, і деструктивний стрес, який набуває хронічної форми, подолання наслідків якого можливе через надання психологічної і психотерапевтичної допомоги.

Серед психофізіологічних детермінантів стресу можна виділити такі фактори, як монотонія, стан втоми і перевтоми, сенсорна депривація, надмірні шумові навантаження, порушення ритмів сну та бадьорості, а також висока тривожність, зумовлена негативними подіями, зокрема війною. Стрес як психологічне явище виникає у відповідь на подразники, інтенсивність яких перевищує адаптаційні можливості організму, спричиняючи індивідуальні неспецифічні реакції, що залежать від ставлення людини до стресової ситуації, її думок і почуттів. До ключових подразників належать тривалий карантин, викликаний пандемією COVID-19, який спричинив комунікативну депривацію [20], а також початок воєнної агресії росії проти України, що кардинально змінила звичний ритм життя. Ці події зумовили виникнення фізичного та емоційного стресу, які стали причиною психологічного дисбалансу.

Фізіологічний стрес виникає внаслідок об’єктивних змін умов життєдіяльності. До стресорів цього типу належать мікроклімат, шум, природні стихійні явища, бойові дії тощо. Психоемоційний стрес обумовлений суб’єктивною оцінкою події індивідом, і його стресорами є травматичні події, які характеризуються раптовістю, інтенсивністю та потужністю. Прикладами таких подій можуть бути факт або загроза смерті, тяжкі тілесні ушкодження чи насильство. Індивід може безпосередньо переживати травматичну подію або бути її свідком [30, с.9].

На фізіологічному рівні емоційний травматичний стрес проявляється

через знеболення, надмірне збудження, амнезію, зниження імунітету, виснаження, а також через порушення контролю агресивності та циклу сну [30, с.10]. Отже, можна виділити два основних аспекти переживання стресу: перший пов'язаний із об'єктивними чинниками, спровокованими екстремальними і надзвичайними подіями і які впливають безпосередньо на фізичному і фізіологічному рівні на людину, і другий аспект – власне психоемоційне ставлення до стресової події чи ситуації, що залежить від індивідуально-психологічних властивостей особистості і її внутрішніх ресурсів для подолання стресового стану психологічного напруження – резилієнс як здатність особистості відновлюватися після травматичних подій.

Для аналізу впливу стресу на психологічні зміни емоційного стану населення України в умовах війни розглянемо ключові теорії стресу. Концепція загального адаптаційного синдрому Г. Сельє. У 1936 році Г. Сельє описав універсальну неспецифічну реакцію організму на зовнішні впливи, зокрема патологічні, які потребують адаптаційних змін. Цю реакцію спершу він назвав «загальним адаптаційним синдромом», а пізніше – «стресом». Його формулювання було таким: «Стрес – це стан неспецифічної напруги у живому організмі, що виявляється у реальних морфологічних змінах у різних органах та особливо в ендокринних залозах, що контролюються гіпофізом». Г. Сельє цей стан назвав як «загальний адаптаційний синдром», де написав про це статтю у науковому журналі «Nature». Після багаторічних досліджень він остаточно сформулював визначення стресу: «стрес – неспецифічна відповідь організму на будь-яку висунуту до нього вимогу» [53, с.14].

В концепції Г. Сельє виділяють три основні положення: «1) фізіологічна реакція на стрес незалежна від природи стресору. Синдром відповідної реакції виступає універсальною моделлю, спрямованою на збереження цілісності організму; 2) три стадії адаптації в межах загального адаптаційного синдрому: стадія тривоги (мобілізації), яка характеризується тимчасовим зниженням резистентності організму, стадія резистентності, під час якої організм забезпечує стійку адаптацію до дії стресору, стадія

виснаження, яка настає внаслідок вичерпання адаптаційних можливостей організму; 3) наслідки тривалої захисної реакції. Якщо стресова реакція є тривалою і виснажує фізіологічні ресурси, це призводить до розвитку захворювань і навіть до летального результату» [122].

В сучасній науковій літературі поняття «стрес» трактується щонайменше у трьох аспектах. По-перше, воно визначається як стан напруги чи збудження, що виникає під впливом зовнішніх стимулів або подій, які називають «стресорами» або «стрес-факторами» (Дж. Шкейд, С. Шульц [120]). По-друге, стрес розглядається як суб'єктивна реакція організму, що відображає внутрішній психічний стан напруги й збудження, включаючи емоції, захисні механізми та процеси подолання. По-третє, стрес є фізичною реакцією організму на певні вимоги або шкідливі впливи. Фізіологічна функція таких реакцій полягає у підтримці поведінкових дій і психічних процесів, спрямованих на подолання цього стану.

Окремо варто зупинитися на популярних концепціях стресу та пов'язаних із ним понять. У психодинамічній моделі центральне місце займає поняття тривоги, що має тісний зв'язок із явищем стресу. З одного боку, тривога та тривожність виступають ознаками стресу, а з іншого – початковий рівень тривожності визначає індивідуальну чутливість до стресових впливів.

Психодинамічна модель базується на положеннях теорії З. Фройда, який описав два типи тривоги. Перший тип – сигнальна тривога, що є реакцією Его на внутрішню небезпеку та стимулює формування і використання захисних механізмів. Другий тип – первинна тривога, яка являє собою емоційний досвід, що супроводжує розпад Его. У своїх пізніх роботах З. Фройд розглядав первинну тривогу як базову та фундаментальну, відрізняючи її від сигнальної тривоги, яка виконує захисні й адаптивні функції. Таким чином, тривога виконує функцію Я, допомагаючи людині адаптивно реагувати на загрозливі ситуації. Залежно від джерела загрози для Я (зовнішнє середовище, Воно або Над-Я), психоаналітична теорія розрізняє

три види тривоги: реалістичну, невротичну та моральну [71].

Однією з відомих теорій стресу є модель Х. Вольфа, яка визначає стрес як фізіологічну реакцію на соціально-психологічні стимули. Реакції, в свою чергу, залежать від природи атитюдів (позицій, відносин), мотивів поведінки індивіда, визначеності ситуації та ставлення до неї. Х. Вольф трактує стрес як динамічний стан організму, що виникає у відповідь на вимогу адаптації. На його думку, стрес є центральним елементом у житті людини, оскільки життя полягає в постійній адаптації [127].

Теорія Х. Вольфа, подібно до теорії Г. Сельє, відноситься до моделей відповідних реакцій, де стрес сприймається як фізіологічна реакція на вимоги навколишнього середовища. До цих моделей наближається й модель Д. Механіка, в якій центральним поняттям є адаптація. Автор визначає адаптацію як спосіб, яким індивід справляється з ситуацією і з почуттями, які вона викликає. Адаптація має два основні прояви: «1) подолання (coping) — боротьба з ситуацією, 2) захист (defence) — боротьба з почуттями, спричиненими ситуацією. Подолання ситуації визначається як цілеспрямована поведінка та здатність індивіда приймати адекватні рішення при зустрічі з життєвими завданнями і вимогами» [108].

Згідно з моделлю стресу А. Кагана та Л. Леві, що ґрунтується переважно на концепціях Г. Сельє, соматичні захворювання здебільшого виникають під впливом соціальних і психологічних факторів. Важливим аспектом цієї моделі є тип зв'язку між рівнем психосоціальної стимуляції та інтенсивністю стресу, який виступає як причина розвитку хвороби. Іншою суттєвою складовою цієї моделі є наявність «психобіологічної програми», що визначається схильністю до певних реакцій, яка, з одного боку, зумовлена спадковістю, а з іншого – відображає результати попереднього досвіду та навчання.

Стимульні моделі стресу відносяться до таких, що розглядають стрес як психологічну вимогу, яка викликає особистісну напругу. У цих моделях стрес виступає як незалежна змінна, що є певною об’єктивною властивістю

навколишнього середовища. Стимульні моделі найбільш ефективно застосовуються при дослідженні механізмів виникнення та перебігу професійного стресу. Особливу увагу в цьому напрямку заслуговують дослідження Т. Холмса, який вимірював стрес шляхом присвоєння цифрових значень 43 складним стресовим подіям. Він висловив думку, що середнє значення адаптивних зусиль, необхідних для подолання стресової ситуації, є важливим показником серйозності стресової події. [94].

Модель стресу Б. Доренвенда На думку Б. Доренвенд, низький соціальний статус сильно впливає на тяжкість стресу індивіда, оскільки викликає велику кількість стресових подій у його житті. Високий рівень стресу мають представники стигматизованих меншин. Причиною стресу є відсутність соціальної підтримки та низький статус. Стрес меншості – це хронічно високий рівень стресу у представників стигматизованих груп меншин. Він зумовлений як браком соціальної підтримки, так і низьким соціально-економічним статусом та особливо міжособистісними упередженнями і дискримінацією.

Когнітивна теорія стресу, в основі якої лежить уявлення про когнітивну суб'єктивну оцінку загрози несприятливого впливу та власної здатності подолати стрес (Р. Лазарус). Загрозою вважається стан очікування суб'єктом шкідливого, небажаного впливу зовнішніх умов і подразників. Інтенсивність впливу, ступінь невизначеності значення стимулу та ресурси індивіда для подолання такого впливу є характеристиками шкідливих властивостей стимулу. Система цінностей і поглядів визначає, що буде вважатися загрозою для людини, а що ні. Віра в себе та свої можливості дозволяє людині оцінити, наскільки успішно вона здатна впоратися з проблемою [105].

Ключові положення когнітивної теорії стресу Р. Лазаруса полягають у тому, що одна й та сама подія може викликати високий рівень стресу в одного індивіда, тоді як для іншого вона буде майже нейтральною. Крім того, одна й та сама людина може в різних обставинах по-різному реагувати на ту саму подію: у певному випадку сприймати її як стресову, а в іншому —

залишатися байдужою. Це залежить від контексту ситуації, а також фізичного і психологічного стану індивіда.

Транзактна модель стресу та копінгу Р. Лазаруса розглядає стрес як транзакційний феномен, який залежить від значущості стимулів для реципієнтів. Вплив стресових чинників довкілля визначається, з одного боку, тим, як людина оцінює ці чинники, а з іншого – доступними їй соціальними та культурними ресурсами. У процесі первинного оцінювання людина ставить собі запитання: «Чи дійсно я маю проблему?». Усвідомлення проблемної ситуації супроводжується неприємними емоційними переживаннями та загальним дискомфортом. Коли емоції поступаються місцем розумінню наявності проблеми, починається етап вторинного оцінювання. Цей етап передбачає більш глибокий аналіз ситуації та активацію різноманітних копінг-стратегій для пошуку відповіді на питання: «Що я можу зробити, щоб вирішити проблему?» [105].

В таблиці 1.1. узагальнено положення деяких теорій виникнення, впливу і подолання стресу [25; 71; 94; 105; 108; 122; 127].

Таблиця 1.1.

Положення основних теорій і моделей стресу

Теорії стресу	Інтерпретація стресу	Негативні емоційні стани, які викликає стрес	Механізми подолання стресу
Концепція загального адаптаційного синдрому Г.Сельє	Синдром відповідної реакції як універсальна модель, спрямована на збереження цілісності організму	Психофізіологічна напруга Відчуття тривоги, безпорадності і безнадійності	Адаптація до дії стресору
Психодинамічна модель З.Фройд, К.Юнг, Е.Фромм, К.Хорні та інші	Тривога як емоційна реакція на реалістичну або уявну загрозу/небезпеку ззовні чи неприйнятні імпульси несвідомого	Тривога (реалістична, невротична, моральна), страх	Захисні механізми
Модель стресу Х.Вольф	Фізіологічна реакція на соціально-психологічні стимули, а власне реакції безпосередньо залежать від природи атитюдів (позицій, відносин), мотивів поведінки індивіда,	Тривога, страх, відчай, провина	Адаптація (боротьба з ситуацією) Захист (боротьба з почуттями)

	визначеності ситуації і ставлення до неї		
Стимульні моделі стресу Т.Холмс	Психологічна вимога, що призводить до особистісної напруги	Психологічна напруга, тривожність	Копінг-стратегії подолання стресу
Когнітивні теорії стресу	Положення про роль пізнавальної суб'єктивної оцінки загрози несприятливого впливу і власної можливості подолання стресу	Відчуття загрози, страх, тривога	Особистісні ресурси, стресостійкість і резильєнтність
Транзактна модель стресу та копінгу Р.Лазаруса	Стрес як транзакційний феномен, залежний від значущості стимулів для реципієнтів	Неприємні емоційні переживання та загальний дискомфорт	Усвідомлення існування проблеми Копінг-стратегії подолання стресу

Тож, незважаючи на різноманітність методологічних підходів до вивчення стресу, які базуються на виділенні психофізіологічних і соціально-психологічних чинників як провідних, стрес зазвичай визначають як: реакцію на внутрішні та зовнішні стимули, що пов'язані з загрозою або небезпекою; фактор психологічної напруги, який проявляється через емоційні стани, такі як тривога, страх, безвихідність, агресія, гнів тощо. Стрес завжди передує вплив стресогенних факторів екстремального, кризового, надзвичайного чи катастрофічного характеру. Війна та її наслідки є особливо потужними чинниками, які спричиняють стресові стани великої інтенсивності та емоційного забарвлення.

У людей із травмівними стресовими переживаннями суттєво порушується почуття безпеки, що періодично спричиняє гострі емоційні та поведінкові прояви (таблиця 1.2.) [47, с.50]:

Таблиця 1.2.

Реакції на стресові і травмівні події

Фізичні	Когнітивні	Емоційні	Поведінкові
Утруднене дихання; запаморочення; підвищений кров'яний тиск; непритомність; втома; скреготання	Звинувачення інших; змінена (надмірна) настороженість; збентеження; гіперпильність;	Збудження; тривога; недобре передчуття; відмова (заперечення); депресія; емоційний шок; страх; відчуття	Надмірне вживання алкоголю; асоціальні вчинки; зміни у діяльності; зміни у спілкуванні; зміни у сексуальній

зубами; головний біль; тремтіння; нудота; біль; сильне потовиділення; швидке серцебиття; нервове посмикування; слабкість.	підвищення або зниження рівня усвідомлення реальності; інтрузивні образи; погіршення пам'яті; нічні жахи; проблеми з абстрактним мисленням; погіршення уваги; відсутність концентрації; утруднене прийняття рішень; утруднене вирішення проблем.	переповнення (переобтяження); горе; вина; неадекватні емоційні реакції; роздратованість; втрата контролю над емоціями.	активності; зміни у мовленнєвих шаблонах; емоційні спалахи; неможливість відпочивати; зміна апетиту; безцільне ходіння туди-сюди; посилення стартрефлексу (здригання); підозрілість; соціальне відчуження (ізоляція).

Такі стани характеризуються екстремальним напруженням сили для подолання принципово нових перепон і проявляються негативними емоціями (тривожністю, відчуттям безпомічності, гнівом, надмірною збудливістю), неможливістю регулювати свою поведінку тощо. Тривалий посттравматичний кризовий стан призводить до соціальної дезадаптації, невротичних і психосоматичних розладів, до суїцидальної поведінки.

Одним із ключових аспектів впливу стресу на емоційний стан людини є здатність опанувати стрес, що в умовах війни виступає важливим ресурсом для цивільного населення. У зв'язку з цим значна увага приділяється опановуючій поведінці особистості. Центральну роль у подоланні травматичного стресу відіграють адаптивні копінг-стратегії, які є психологічними процесами, спрямованими на опанування стресом.

На сьогодні існує кілька підходів до трактування поняття опановуючої поведінки [34]. У зарубіжній науковій літературі вона розглядається як поєднання двох феноменів: психологічного захисту та копінг-поведінки. Термін «психологічний захист» виник у межах психоаналітичної теорії З. Фройда.

У психологічній літературі другої половини минулого століття з'явився термін «копінг» (coping), введений Л. Мерфі, який досліджував способи

подолання криз розвитку у дітей. Цей термін походить від англійського слова «соре», що означає «опанування». Л. Мерфі встановив зв'язок між копінг-поведінкою, індивідуально-типологічними особливостями особистості та попереднім досвідом подолання стресу. Важливим аспектом його робіт було виділення двох складових копінгу: когнітивної та поведінкової [112].

Подальше вивчення копінгу та формування його основних положень пов'язане з когнітивною моделлю Р. Лазаруса [104]. Він дослідив усвідомлені стратегії подолання стресу, а також способи реагування на напружені та тривожні ситуації. На думку Р. Лазаруса, процеси когнітивної оцінки, подолання та емоційного сприйняття ситуації є основою регуляції взаємодії особистості із зовнішнім середовищем.

У літературі існує три основні підходи до розуміння поняття «копінг». Перший підхід, який представлений у неопсихоаналізі, трактує копінги як «Его-процеси, що спрямовані на продуктивну адаптацію особистості в нестандартних ситуаціях. На відміну від цього, психологічні захисти є неусвідомленими та ведуть до пасивної адаптації» (Н. Хаан) [91]. Другий підхід, відображений у роботах G. Billings і R.H. Moos, розглядає «копінг» як «рису особистості, тобто відносно стійку схильність реагувати на стресові події певним чином» [111]. Однак через відсутність достатніх емпіричних підтверджень стабільності таких способів цей підхід нині має обмежене застосування в наукових дослідженнях.

Третій підхід трактує «копінг» як «динамічний процес, специфіка якого залежить не лише від конкретної ситуації, але й від стадії розвитку конфлікту та взаємодії суб'єкта із зовнішнім світом» (С. Фолкман, Р. Лазарус) [104]. Узагальнюючи ці підходи, копінг можна визначити як індивідуальний спосіб взаємодії людини із ситуацією, зумовлений її значущістю та доступними психологічними ресурсами [25, с.62].

Серед численних зарубіжних концепцій тлумачення та визначення копінг-поведінки виділяють три основні теоретичні моделі: его-психологічну, модель особистісних рис і контекстуальну (ситуаційну)

модель. Кожна з них пропонує унікальний підхід до розуміння механізмів подолання стресу та оцінки його результатів.

Его-психологічна модель, представниками якої є Г. Вайланд та Н. Хаан, спирається на концепцію захисних систем, що базуються на несвідомих адаптивних механізм. Модель особистісних рис акцентує увагу на тому, що здатність до подолання стресу розглядається як змінна характеристика особистості, яка визначає поведінку у різноманітних ситуаціях. Прихильники цієї моделі припускають, що індивідуальні дії в умовах стресу можна прогнозувати, враховуючи характерні особистісні риси або схильності до подолання стресу.

Найбільш поширеною є контекстуальна (ситуаційна) модель. Згідно з нею, подолання стресу оцінюється у контексті конкретних стресових умов або ситуацій. Представники цієї теорії підкреслюють, що наміри й дії людини у процесі подолання стресу визначаються взаємодією між особистістю та контекстом стресової ситуації. Таким чином, вибір копінг-стратегій залежить від динамічних і змінних ситуаційно-обумовлених факторів.

До цього підходу належить оцінна модель Р. Лазаруса, яка підкреслює значущість когнітивних чинників у процесі копінгу та стресу. Р. Лазарус вважав, що взаємодію між особистістю та середовищем регулюють два ключових конструкта: когнітивна оцінка та копінг. У цій моделі копінг-поведінка трактується як динамічний процес, що включає когнітивну оцінку, переоцінку, подолання та емоційну переробку стресового або травматичного чинника. На думку Р. Лазаруса, залежно від ситуації індивід може застосовувати різні стратегії: у деяких випадках — захисні, а в інших — спрямовані на вирішення проблем шляхом зміни ставлення до середовища. Копінг активується тоді, коли складність завдання перевищує ресурсні можливості звичних реакцій, і потрібні додаткові зусилля, оскільки стандартні способи реагування або адаптації є недостатніми [104].

На сьогодні модель Р. Лазаруса, вдосконалена К. Гланз, успішно використовується у сфері формування здорового способу життя та збереження психологічного благополуччя особистості (таблиця 1.3.) [25, с.61; 89].

Таблиця 1.3.

Удосконалена транзакційна модель стресу та копінгу Р. Лазаруса

Поняття моделі	Визначення
Первинна оцінка	Оцінка значущості стресору чи проблемної ситуації
Вторинна оцінка	Оцінка керованості стресору і ресурсів людини, необхідних для подолання труднощів
Копінги	Актуальні стратегії, які використовуються в якості посередника у первинному і вторинному оцінюванні
Управління проблемами (копінги, фокусовані на проблемі)	Стратегії, спрямовані на зміну стресової ситуації
Емоційна регуляція (копінги, фокусовані на емоціях)	Стратегії, спрямовані на зміну думок, емоцій, переживань стосовно стресової ситуації
Копінг, сфокусований на змісті	Стратегії копінгу, що зумовлюють виникнення позитивних емоцій навіть у найскладніших життєвих ситуаціях та полягають у тому, що попри проблеми, людина знаходить сенс свого існування, ставить перед собою нові життєві цілі
Результат копінгу	Емоційне благополуччя, гарний фізичний стан, здоровий спосіб життя
Диспозиційні копінгові стил	Узагальнені способи поведінки, які можуть вплинути емоційні та функціональні реакції людини на стресор, відносно стабільні у часі і ситуаціях
Оптимізм	Схильність очікувати на позитивний перебіг різних ситуацій
Пошук інформації	Уважність, активне втручання у ситуацію на противагу її уникненню і втечі від проблем

Копінг-поведінку можна представити як послідовний процес, що включає такі етапи: сприйняття стресу, когнітивне оцінювання стресової ситуації, розробку стратегії подолання та оцінювання ефективності виконаних дій. Теоретичний аналіз цієї проблеми свідчить, що недостатній розвиток конструктивних копінг-стратегій може призводити до зростання деструктивності життєвих ситуацій, що, у свою чергу, підвищує ризик розвитку психосоматичних захворювань і постстресових станів.

1.2. Війна як чинник стресу: психологічні аспекти

Війна є екстремальною ситуацією, яка виходить за межі звичного «нормального» людського досвіду. Поняття «екстремальна ситуація» визначається такими характеристиками, як раптовість і несподіваність її виникнення, суб'єктивне сприйняття загрози для життя, здоров'я та добробуту, створення умов для дезадаптації та дезорганізації життя, а також неможливість задоволення потреб у самореалізації. Це, у свою чергу, перетворює ситуацію або подію на стресогенну, напружену, кризову чи надзвичайну, особливо якщо екстремальні умови мають тривалий характер та високу інтенсивність.

У науковій літературі представлено різні підходи до визначення екстремальних умов. Зокрема, І. Головська та Д. Почепцова виділяють кілька підходів [18, с. 55]: «1) екстремальні умови ототожнюються з надзвичайними ситуаціями, класифікованими за характером зовнішнього середовища; 2) екстремальні умови вимагають фізіологічного або психологічного напруження; 3) екстремальні умови розглядаються як система «людина в ситуації», у якій умови впливу середовища й особистості аналізуються як цілісна система». Таким чином, саме в екстремальних ситуаціях людина зазнає сильного стресу і перебуває у кризовому стані. Реакція організму на стресові фактори, що виникають у таких умовах, проявляється в різних формах поведінки.

До факторів, які впливають на людей в екстремальних ситуаціях, належать [47, с. 41-42]: «1) раптовість – чим менш очікувана подія, тим сильніше вона впливає на психіку; 2) тривалість – чим довше людина перебуває в умовах екстремальної ситуації, тим більше вона виснажується; 3) постійні зміни – в екстремальних ситуаціях люди часто потрапляють у нові й несприятливі умови існування; 4) масштаб руйнувань після катастрофи – очевидців вражають розміри лиха і руйнування інфраструктури; 5) неможливість контролювати своє життя – в екстремальних ситуаціях

відбуваються події, які неможливо змінити; 6) горе і втрати – учасники воєнних конфліктів часто надовго розлучаються з родиною, втрачають роботу, переживають загибель близьких і друзів, а також постійно очікують нових втрат; 7) моральна невпевненість – складніше переживаються ситуації, коли необхідно приймати рішення, які значно впливають на життя (як своє, так і інших); 8) поведінка під час травмуючих подій – не кожен здатний швидко ефективно реагувати на складну ситуацію. Дії або бездіяльність людини в екстремальних умовах можуть значно вплинути на її самооцінку і стати джерелом самозвинувачень на тривалий час».

Ці обставини суттєво відображаються на переживанні екстремальної ситуації, що виявляється у різних формах кризових станів особистості. Як зазначається вченими, «кризовий стан – це психічний (психологічний) стан людини, яка раптово пережила суб'єктивно значущу і важку психічну травму (внаслідок різкої зміни способу життя, внутрішньо особистісної картини світу) або знаходиться під загрозою виникнення психотравмувальної ситуації. Кризовий стан розвивається під впливом внутрішніх процесів, а зовнішні події можуть бути його запускним механізмом» [25, с.15-16]. Кризові ситуації часто супроводжуються внутрішніми переживаннями та реакціями, які автори поділяють на шість основних типів:

«1) реакція емоційного дисбалансу характеризується зниженням настрою, домінуванням негативних емоцій, звуженням кола спілкування, яке стає більш поверхневим і формальним;

2) песимістична ситуаційна реакція проявляється у негативному сприйнятті світу, зміні ціннісних орієнтацій, постійному зниженні оптимізму, підміні реального планування похмурими прогнозами. Людина може відчувати неконтрольованість подій, що знижує самооцінку та викликає відчуття меншовартості;

3) реакція негативного балансу включає раціональну оцінку життєвих підсумків, аналіз пройденого шляху та перспектив, порівняння позитивних і негативних аспектів продовження життя;

4) ситуаційна реакція демобілізації виражається відмовою від звичних контактів або значним їх обмеженням, що викликає почуття самотності, безпорадності, безнадії. Спостерігається часткова відмова від діяльності, окрім необхідної, що обумовлена соціальними нормами;

5) ситуаційна реакція опозиції проявляється агресивністю, негативними оцінками оточуючих і їх діяльності. Така реакція може стихати самостійно, але в разі її поглиблення потрібні адаптаційні заходи для уникнення подальшого розвитку опозиційності;

6) ситуаційна реакція дезорганізації супроводжується тривогою, що проявляється соматовегетативними симптомами, такими як порушення сну чи кризи. Ця реакція не виконує захисної функції, на відміну від інших типів, які економлять психічну енергію, обмежуючи активність без порушення адаптації» [25, с.15-16]. Ці реакції допомагають зрозуміти, як люди адаптуються до стресу, але деякі з них потребують додаткової уваги для запобігання поглиблення проблем.

З результатів досліджень психологів Масариківського університету, представлених в таблиці 1.4, стало відомо, що під час екстремальних та кризових ситуацій, зокрема під час війни, у людей можуть виникати чотири основні кризові стани [65, с.56].

Таблиця 1.4.

Кризові емоційні стани в умовах війни як стресогенного фактору

Види кризового стану	Що відчуває людина
Відчуття невизначеності і втрати власної ідентичності	Під час війни людині може здаватися, що її життя та майбутнє втратили сенс. Що все, чого вона досягла за попередні роки, втрачено назавжди і ніколи не повернеться. Людина відчуває втрату свого «Я». Під час таких переживань члени родини можуть відчужуватись один від одного, відчувати тривогу щодо спільного майбутнього
Відсторонення від реальності і самого себе	Людина нібито відсторонюється від реальності. Все, що відбувається навколо неї, сприймається як сон або щось таке несправжнє. Або, навпаки, світ, який був до бойових дії, може сприйматися як нереальний. Суб'єктивно особистість переживає неприємні стани відсторонення від себе та своїх переживань, емоцій і фізичного стану. Людині здається, що вона нібито спостерігає за своїм життя зі сторони, а її думки та емоції переживає хтось інший. Такі стани супроводжуються відчуттям

	тривоги, страху, паніки. В цей період людина максимально відсторонюється від своєї родини, мало спілкується, замикається в собі. Дуже важливо, щоб члени родини допомагали у цей період
Відчуття страху	Страх може супроводжуватись тривогою. Може з'явитися страх за своє життя, за життя близьких, за майбутнє. Під час відчуття страху людина може панікувати, робити безцільні рухи та дії, які можуть нанести шкоду собі та близьким
Відчуття гніву	Людина може відчувати гнів, агресію, спрагу до помсти, тим самим провокуючи конфлікти в родині. Підвищена агресія та роздратованість через страшні події в країні може навіть перейти до вуличних сутичок. Дуже важливо зберігати рівновагу, а якщо не вдається, треба розповісти рідним про свій стан

Т. Вайда описує низку деструктивних станів, що з'являються у громадян в умовах воєнного стану, пов'язаних із захисними реакціями психіки на небезпеку бойових дій. Серед них виділяються: «гнів, тривога, розгубленість, паніка, істерика, ступор, напружене очікування катастрофи, що може трапитися (руйнування внаслідок артилерійських обстрілів помешкання, травмування чи смерть членів сім'ї тощо), зневіра в себе та державу тощо» [10, с. 1335]. Окремо науковець підкреслює відчуття провини, що виникає як результат неможливості вплинути на хід військових дій. Таким чином, війна та бойові дії є сильними стресовими факторами, що провокують психотравматичні переживання і спричиняють психологічну травматизацію населення.

На думку О. Чабана та О. Хаустової, в умовах повномасштабної війни, розв'язаної росією проти України, українське суспільство одночасно зазнає індивідуальної та колективної травматизації. Це значною мірою підриває психічне й фізичне здоров'я як окремих людей, так і суспільства в цілому, посилюючи взаємодію цих травм на всіх рівнях. Одним із ключових факторів травматизації є глибоке переживання несправедливості, спричинене навмисними жорстокими діями російських військових: масовими стратами, катуваннями, насильницьким виселенням людей тощо. Особливо болючим для суспільства є загибель беззахисних мирних жителів, яка сприймається як надзвичайна трагедія, на відміну від втрат на полі бою, що сприймаються менш травматично через їхню природу.

Це поєднання колективної й особистої травми вже має серйозні наслідки, зокрема, формування високого рівня соціального напруження, яке проявляється у фрустрації, зростанні групової згуртованості й схильності до ідеалізації власної соціальної групи. Крім того, зростає кількість психологічних розладів, погіршується психосоматичне здоров'я: спостерігаються випадки посттравматичних стресових розладів, загострення хронічних хвороб і розвиток нових соматичних патологій [74, с.3].

Таким чином, сьогодні активно розробляється концепція переживання травматичних подій (феномен психологічної травми). Поширюється термін «психосоціальні наслідки катастроф» [32, с. 19], в якому враховуються взаємопов'язана сукупність негативних змін психічних і психоемоційних станів, поведінкових патернів постраждалих, специфіки соціальної взаємодії і функціонування в соціумі, зворотний зв'язок із мікросоціальним оточенням, які у певній мірі можна об'єднати терміном «психічна дезадаптація».

Інша концепція психологічної травматизації представлена соціально-гуманістичним напрямком, згідно з яким «психологічна травма — це глибоке порушення особистісної самооцінки, яке виникає внаслідок втрати або загрози втрати важливих життєвих цінностей, які формують сенс існування. Важливим фактором підтримання та розвитку цих цінностей є процес особистісного зростання в умовах травматичної ситуації». [32, с.19]. В основі соціально-гуманістичної концепції психологічної травми лежить поняття гармонійності або дисгармонійності соціалізації індивіда, яка створює або перешкоди для подолання наслідків психологічної травматизації (закріплення негативних і дезадаптивних установок і схем інтерпретації досвіду), або навпаки мобілізує внутрішні адаптаційні ресурси особистості.

У результаті впливу психотравмувальної ситуації у людини починають виникати як невротичні реакції і неврози, так і розлади поведінки. Як зазначено в праці Колесніченко О.С., «стійкість особистості до негативного впливу бойових умов формується протягом її індивідуального соціально-психологічного розвитку. Ця стійкість залежить від здатності адекватно

сприймати реальність, зберігати самокритичність, визначати власний сенс життя і смерті, а також психологічної готовності до можливих наслідків, пов'язаних із психічним здоров'ям. Баланс між здоров'ям і травмою базується на внутрішніх ресурсах людини, таких як механізми гомеостазу, гомеокінезу та психокінезу, які допомагають їй зберігати психологічну рівновагу навіть у критичних обставинах» [32, с. 27].

Отже, психотравмувальні ситуації витупають підґрунтям виникнення психотравмуючих переживань як стану, який характеризується гостротою, тривалістю, повторюваністю негативних психоемоційних переживань, що можуть призводити до клінічних форм психічних, поведінкових і адаптаційних розладів і порушень психічного функціонування [87, с.947].

Дослідження неврозів, реактивних станів, психопатій та інших нервово-психічних розладів, спричинених психотравматичними переживаннями, дозволяє окреслити спектр таких станів. До них належать відчуття незадоволеності, туги, пригніченості (субдепресивні стани), а також тривога, страх, занепокоєння, невпевненість і безпомічність (стани фобічного характеру). Емоційна напруга й складні внутрішні конфлікти, які виникають при зіткненні з надмірними труднощами та перешкодами, також належать до цього кола [79, с.199].

На основі систематизації наукових праць, О. Колесніченко виділив п'ять стадій розвитку психологічної травматизації, тривалість яких варіюється залежно від багатьох факторів [32, с.30-31]:

«1. Стадія мобілізації. Ця фаза характеризується адаптацією до надзвичайних обставин, таких як втрата близьких, руйнування чи поранення. Вона супроводжується активізацією захисних механізмів організму, зокрема вегетативної нервової системи, і пошуком нових способів поведінки для пристосування до екстремальних умов.

2. Стадія іммобілізації. Після того як гострота екстремальної ситуації зменшується, необхідність у постійній мобілізації знижується. Однак з'являються інші проблеми, пов'язані з психологічним захистом. Ця стадія

має дві підстадії: психологічне заціпеніння, коли реакції стають уповільненими, спостерігається загальмованість і емоційна блокада; заперечення травми, коли людина відмовляється визнавати вплив травматичного досвіду на свій психічний стан, що є передвісником ПТСР. На цьому етапі людина намагається витіснити спогади про травматичні події зі свого життя, використовуючи вибіркові механізми захисту.

3. Стадія агресії. У цій фазі проявляється дратівливість, агресія, тривожність. Людина висуває необґрунтовані вимоги до оточення, страждає від страхів, кошмарів і раптових нападів гніву, які можуть бути спрямовані як на інших, так і на себе.

4. Стадія депресивних реакцій. Основними ознаками є пригніченість, відчуття безпорадності, нікчемності, апатія та зниження життєвої активності. Ця стадія створює передумови для розвитку психосоматичних розладів і прихованої депресії.

5. Стадія відновлювального процесу. Тут починаються процеси звільнення від наслідків психотравми під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів. Якщо ж ця стадія не досягається, попередні фази можуть повторюватися, що призводить до хронічних психічних розладів, таких як генералізований тривожний розлад (ГТР) чи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)» [32, с. 30-31].

Підсумовуючи вище зазначене, війна - є потужним стресовим фактором, що ставить особистість перед серйозними випробуваннями. У цей період людина стикається з різким зростанням рівня тривоги, страху, агресії та інших негативних емоцій. Першою реакцією на стрес, що виникає під час війни, є фізіологічна відповідь: активізується механізм «борися - тікай», який готує організм до небезпеки. Наступним є емоційний аспект стресу, який тісно пов’язаний із відчуттям загрози життю, здоров’ю та безпеці. Ця реакція є не менш поширеною, ніж фізіологічна. Когнітивні прояви стресу включають труднощі з концентрацією уваги, порушення пам’яті, утруднене мислення та складнощі з прийняттям рішень. Соціальні прояви стресу

можуть виражатися у зміні стосунків із близькими, впливати на соціальну поведінку та знижувати продуктивність праці [33, с. 160].

Останні дослідження виявили, що більшість опитаних, а це «35,5% перебувають у стані високого рівня стресу, а у 14,5% зафіксовано дуже високий рівень стресу, що свідчить про недостатню стресостійкість. Такий стан може негативно вплинути на самопочуття та призвести до розвитку різних захворювань, тому дослідники радять цим людям звернутися за професійною допомогою. На середньому рівні стресу знаходиться 18% респондентів. Вони здатні контролювати свій стрес за допомогою простих технік емоційної саморегуляції, що свідчить про середню стресостійкість. Помірний рівень стресу виявлено у 25% опитаних. І лише 7,5% респондентів мають низький рівень стресу, демонструючи високу здатність до протистояння стресовим факторам і показують свою ефективність в стресових ситуаціях» [33, с. 161].

У досліджені В. Предко та О. Сомової було встановлено, що рівень стресу серед наших співвітчизників значно підвищений, причому жінки зазнають його більше, ніж чоловіки. Рівень стресу тісно пов’язаний з обставинами, в яких опинилися люди. Дослідниками було виділено кілька груп із суттєвими відмінностями: найвищий рівень стресу спостерігався серед українців, які виїхали з країни ще до початку війни; трохи нижчий рівень стресу, хоч і без суттєвої різниці, мали біженці та ті, хто перебуває у зонах активних бойових дій; найнижчий рівень стресу показали ті, хто залишився в регіонах України, де не ведуться активні бойові дії.

Одним із ключових чинників стресу виявилася наявність близьких людей у зоні бойових дій. Люди, які мають близьких у небезпечних регіонах, відчували значно більший стрес, ніж ті, хто таких близьких не має. Дослідники встановили закономірність у кількості проявів симптомів, в залежності від рівня стресу українців. Підвищений рівень стресу супроводжувався низкою симптомів: погіршенням пам’яті, проблемами з апетитом, швидкою втомлюваністю, дратівливістю та розладами сну, як-от

безсонням чи нічними кошмарами. Ці симптоми негативно вплинули на працездатність українців, створюючи перешкоди у їхній суспільній, освітній та професійній активності [51, с. 96-97].

Особливе місце в порушенні психоемоційного стану населення в умовах війни займає посттравматичний стресовий розлад (синдром). Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), або Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), вперше описали в науковій літературі в 1980 році завдяки дослідженням М. Горовіца та Б. Доренвенда. Цей стан відіграє важливу роль у порушенні психоемоційного здоров'я населення в умовах війни. Основні діагностичні критерії ПТСР містяться в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM), прийнятому в США, а також у європейській класифікації хвороб МКХ-10. ПТСР характеризується як тривала або відкладена реакція на екстремально стресову подію чи ситуацію, що має загрозливий або катастрофічний характер. Такий досвід може спричинити сильний дистрес навіть у психічно здорової люди [126, с. 52].

За словами М. Ороса, війна в Україні значно погіршила різні аспекти життя суспільства, викликаючи у багатьох людей почуття безнадійності, безпорадності та депресії. На цьому тлі можуть розвиватися психологічні розлади, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Особливо небезпечним ПТСР є через можливість виникнення дисоціативних флешбеків — різких, болючих спогадів про травматичні події. Розвиток ПТСР зазвичай проходить кілька стадій: «1) стадія шоку (до однієї доби) людина перебуває в стані розгубленості та заперечення, не розуміючи і не вірячи в те, що відбувається; 2) адреналіновий період (від однієї доби до тижня) людина почувається енергійною, готовою до активних дій і допомоги іншим. Однак така активність виснажує мозок, який потребує захисту від перенапруги; 3) стадія спустошення: після зниження рівня адреналіну настає відчуття виснаження, паніки, і людина може втрачати контроль над своїми емоціями; 4) стадія плато: на цьому етапі людина адаптується до ситуації, усвідомлюючи, що швидких змін не буде, і починає виконувати рутинні

завдання; 5) стадія ненависті: цей етап є небезпечним, оскільки людина може відчувати агресію до тих, хто вже живе мирним життям, що створює ризики для майбутнього. Людям, які схильні до розвитку ПТСР, важливо своєчасно звернутися до фахівців з психічного здоров'я для отримання професійної допомоги, що може включати терапію і, за потреби, медикаментозне лікування» [46, с. 5].

Таким чином, війна виступає стресогенним фактором надзвичайної сили і сприяє розвитку деструктивних психоемоційних станів у населення України.

1.3. Особливості переживання стресових станів здобувачами вищої освіти

Особливо чуттєвою категорією населення до стресового переживання війни і умов воєнного стану є молодь, зокрема студенти вищих навчальних закладів. Саме в цей віковий період активно формується Я-концепція, здійснюється перехід від залежності до автономії і професійне самовизначення, окреслюються перспективи майбутнього життя, але вплив війни відображається і негативно впливає на становлення особистості студентської молоді в силу соціальних (фінансова залежність від близьких, дистанційна форма освіти тощо) і психологічних факторів (не сформованість емоційно-психологічної стійкості, невпевненість у майбутньому тощо).

Війна створює серйозні виклики для здобувачів вищої освіти, адже стрес, спричинений воєнними умовами, не лише негативно впливає на загальний стан людини, а й значно ускладнює процес навчання. Такий стан часто супроводжується появою негативних емоцій, серед яких страх, тривога, сум, відчай і безпорадність. Стрес послаблює мотивацію студентів, погіршує їхню здатність зосереджуватися та ефективно опрацьовувати інформацію. У стані сильного емоційного напруження стає складніше запам’ятовувати й відтворювати матеріал, приймати рішення, концентрувати увагу та швидко

переключатися між завданнями. Відчуття виснаження негативно впливає на обсяг уваги, здатність до мислення й опрацювання нових знань. Окрім когнітивних труднощів, стрес може призводити до фізичних проблем, таких як головний біль, безсоння, хронічна втома тощо, що також знижує ефективність навчання. Таким чином, вплив стресу в умовах війни стає суттєвою перешкодою для успішної освітньої діяльності студентів.

В умовах війни кількість зовнішніх стресорів, які впливають на студентів і не стосуються безпосередньо навчання, значно зросла. Воєнні події суттєво підірвали психологічну стійкість молоді, послабивши здатність протистояти стресу й водночас підвищивши його частоту та інтенсивність. За даними опитувань, понад половина студентів відчувають постійний стрес, а майже дві третини зізнаються, що їм складно справлятися з цим станом. Під час війни студенти часто стикаються з низкою інтелектуальних труднощів, спричинених стресом: зниженням концентрації уваги, нав’язливими та негативними думками, а також схильністю легко відволікатися. На поведінковому рівні стрес проявляється у відчутті постійного браку часу, зниженні продуктивності, а також у порушеннях харчової поведінки. Емоційно студенти часто переживають тривогу, занепокоєння, роздратованість або навіть напади гніву. На фізіологічному рівні стрес проявляється у вигляді хронічної втоми, головного болю та болю в різних частинах тіла. Таким чином, війна значно посилила як психологічні, так і фізіологічні наслідки стресу, з якими змушені боротися здобувачі вищої освіти [35, с. 61].

Розглянемо більш детальніше психологічні особливості розвитку молоді і кризи, з якими вона стикається, що впливають на переживання стресових станів.

Практично всі психологічні теорії і концепції вказують на юність і ранню дорослість як на критичний період формування самосвідомості і розглядають розвиток самосвідомості і самовизначення як центральні психічні процеси даного вікового періоду. Зростання самосвідомості і

інтересу до власного Я в період ранньої дорослості відбувається як формування стійкого уявлення про себе, як формування стабільної Я-концепції.

Вік від 17 до 21 року трактують по-різному залежно від теорії вікового розвитку. Так, в періодизації В. Моргуна[11] він позначається як юнацький. Інші автори вказують, що він охоплює перехід від ранньої до пізньої юності [11]. За Е. Еріксоном [99] він знаходиться на межі між юністю і ранньою дорослістю. Згідно класифікації Дж. Біррена, Г. Крайг і Д. Бромлея [11] цей віковий період належить до фази життєвого розвитку людини «рання дорослість». Такий підхід свідчить про певні розбіжності в поглядах на вікові межі цього етапу розвитку.

Х. Ремшмідт [117] визначає дорослішання як процес, що триває від 12–14 до 20–24 років і поділяється на дві основні фази: перша — втрата дитячого статусу, друга — реорганізація, під час якої людина остаточно відмовляється від дитячої ролі й прагне досягти статусу дорослого. В рамках даної теорії віковий період 17-21 років повністю включається в період дорослішання, і співпадає із фазою реорганізації і представляє собою окремий незалежний етап.

У своїй теорії «завдань розвитку», що представляють собою «біосоціопсихологічні завдання, які поєднують особистісні потреби і вимоги суспільства» [92, с.3], Р. Хавігхерст акцентує увагу на специфічних завданнях, які виникають у процесі адаптації людини до соціуму. Ці завдання мають біологічний, соціальний та психологічний характер, поєднуючи особисті потреби з вимогами суспільства. Їх основна мета – сприяти гармонійному входженню в соціальні та професійні групи, а також формуванню позитивного соціального Я через процеси соціалізації. У період ранньої дорослості, за Хавігхерстом, виділяються такі ключові завдання соціалізації: 1) вибір партнера для життя; 2) освоєння навичок спільного проживання у шлюбі; 3) створення сім'ї; 4) виховання дітей; 5) управління побутовими справами; 6) початок професійної діяльності; 7) усвідомлення і

прийняття соціальної відповідальності; 8) пошук соціальної групи, близької за цінностями та інтересами. Окремо дослідник підкреслює важливість формування системи цінностей та етичної свідомості, які слугують орієнтирами для поведінки людини. Він зазначає, що критичний аналіз цінностей оточуючого середовища має сприяти створенню власної, самостійної системи переконань, яка стане основою для прийняття рішень і регулювання дій [92, с. 148].

Відповідно до теорії Р. Віттенберга розвиток індивіда в період ранньої дорослості, або як називає сам автор «післяпідлітковий період» [37, с. 51] обумовлений метапсихологічними і соціоекономічними факторами. До перших він відносить: «1) криза образу Я, полягає в тому, що людина повинна обирати між вимогами Супер-Его і свої его-ідеалом, що визначає автономність, придбання якої, на думку Р. Віттенберга, є основним завданням періоду ранньої дорослості; 2) короткочасні стадії деперсоналізації, під час якої людина відчуває ізоляцію і відчуження; 3) припинення «рольових ігор», набуття нових соціальних ролей і соціальної відповідальності; 4) покращення почуття часу, що дозволяє керувати своїм часом, будувати плани на майбутнє; 5) пошук супутника життя». А до соціоекономічних: «1) відсутність економічної самостійності, що супроводжується бажанням отримати незалежність; 2) участь в соціальних, політичних, релігійних групах розглядається як частина своєї соціальної ролі, а не як засію набуття своєї ідентичності в підлітковому віці; 3) розвиток «філософії життя», яка представляє ієрархію цінностей, засвоєних шляхом інтеріоризації та інтерпретації цінностей суспільства» [37].

На думку Р. Вайт, в період ранньої дорослості формується кілька «напрямків дорослішання», до яких дослідник відносить: «1) стабілізацію его-ідентичності, яка розуміється як усунення протиріч і стабілізація уявлень про себе, як «відчуття чіткої індивідуальності в соціальному контексті»; 2) звільнення особистих взаємостосунків від досвіду минулого, що дозволяє «підвищити здатність переживати почуття тут і зараз»; 3) поглиблення

стабільних інтересів, які поєднуються з певною професійною сферою, що передбачає отримання знань і навичок в певній сфері; 4) гуманізація цінностей, за якої цінності виступають як частина ідентичності особистості» [100, с.168].

Дж. Бокнек [82, с.106-112] у своїх дослідженнях аналізує особливості особистісного розвитку в період ранньої дорослості, приділяючи особливу увагу характеристикам студентської молоді. Серед ключових рис цієї соціальної групи він виділяє: усвідомлення власних можливостей, високу фізіологічну та психологічну активність, інтерес до світових подій, який супроводжується формуванням критичного мислення, схильність до соціальної активності, прагнення до емоційної незалежності, а також розвиток інтроспекції та рефлексії. Крім того, студенти цього віку демонструють ідеалістичне сприйняття світу та схильність до інновацій.

На думку Бокнека, у цей період важливим етапом стає встановлення зрілих стосунків з однолітками та зміна ставлення до процесу соціалізації, що відбувається через активну інтеграцію в соціальні групи. Вибір групи найчастіше зумовлюється її відповідністю цінностям, ідеалам або професійним інтересам особистості [82, с.135]. Таким чином, у ранній дорослості соціалізація набуває форми групової взаємодії, що допомагає людині краще зрозуміти себе, розширити уявлення про власні можливості та скорегувати свою Я-концепцію.

Тож, у період ранньої дорослості ключовими аспектами розвитку є формування здатності до рефлексії, розвиток критичного мислення, активна участь у навчальній і професійній діяльності, а також соціалізація особистості. Саме студентський вік стає важливим етапом, коли інтенсивно формуються індивідуальна й соціальна ідентичність, «Я-концепція» та самосвідомість, що робить його сенситивним для становлення особистості.

Студентство являє собою особливу мобільну соціальну групу, основною метою якої є опанування соціально-професійних ролей у межах організованого навчального процесу. У цей час молодь готується до

виконання важливих функцій у різних сферах життя – професійній, культурній, громадсько-політичній, сімейній тощо. Основними напрямами діяльності студентів є здобуття фахових знань, особистісний розвиток, зміцнення інтелектуального потенціалу, духовне збагачення, а також моральне, естетичне й фізичне самовдосконалення. Отже, студент вищого навчального закладу − це молода особа, що характеризується професійною спрямованістю та готується до висококваліфікованого виконання функцій фахівця в певній професійній галузі [17, с. 83].

А. Власенко визначає студентство як окрему соціальну групу, яка формується з представників різних соціальних утворень суспільства і вирізняється специфічними умовами життя, праці, побуту, а також унікальною суспільною поведінкою та психологією. Головною діяльністю студентів є здобуття знань і підготовка до майбутньої професійної діяльності у суспільному виробництві, науці і культурі, що переважно є їхнім основним заняттям [76]. Т. Іщенко наголошує, що студентство є складовою частиною молодіжної соціальної групи, яка наділена всіма якостями та властивими молоді. Проте студентство також має унікальні характеристики, серед яких особливу роль відіграє соціальний престиж. Це пояснюється тим, що більшість студентів усвідомлюють значення вищої освіти як важливого інструменту для досягнення вертикальної соціальної мобільності [76].

В. Лісовський [17] зазначає, що студентство є окремою соціальною групою молоді. Він вказує, що студентів об’єднують спільний вік, освітній рівень, спільні цілі та мотиви, а основним видом їхньої діяльності є навчання, спрямоване на здобуття професійних знань.

Одним із ключових психологічних новоутворень цього періоду є формування світогляду, який включає не лише систему знань і досвіду, а й систему переконань і переживань, які в цей час сприймаються як абсолютна істина. Це, своєю чергою, породжує юнацький максималізм [69]. Формування світогляду пов’язане з вирішенням екзистенційних питань: події й явища цікавлять людину здебільшого через її особисте ставлення до них.

Молодь усвідомлює себе частиною соціуму, формує уявлення про своє майбутнє соціальне становище (обирає соціально-професійний статус) і стратегії його досягнення. Таким чином, студентський період є найбільш активним і важливим етапом для розвитку етичних якостей, формування світогляду та засвоєння комплексу соціальних ролей дорослої людини – професійних, сімейних, громадянських.

У студентський період відбувається становлення етичної самосвідомості, формування та закріплення ціннісних орієнтацій, ідеалів, стійкого світогляду та громадянських якостей. Приналежність до студентського середовища створює низку умов, які сприяють розвитку особистості. Серед них – встановлення стосунків із значимими іншими, які суттєво відрізняються від стосунків, характерних для інших етапів життя; вплив навчально-виховного процесу, що має специфічні характеристики та компоненти; а також участь у науково-пошуковій діяльності, яка сприяє формуванню унікального світогляду.

На думку О. Прокоф’євої - процес формування «Я-концепції» студентської молоді є складним системним явищем, яке включає взаємодію процесів особистісного розвитку, професіоналізації, соціалізації, міжособистісного спілкування та професійної взаємодії [52, с. 460]. Тож, розвиток та становлення Я-концепції студентів тісно пов’язане з навчальною діяльністю.

Розвиток студентської молоді відбувається завдяки процесу соціалізації в умовах навчально-професійної діяльності, соціальної взаємодії в студентській групі та професійній спільноті. Важливим внутрішнім механізмом формування і становлення соціального «Я» є рефлексія, яка полягає у критичному осмисленні конфліктних ситуацій і власного «Я» в процесі подолання протиріч та когнітивного дисонансу. На нашу думку, значну роль у розвитку студентів відіграють кризові періоди, які виникають під час навчання у вищому навчальному закладі. Хоча кризи свідчать про наявність серйозних труднощів у процесах особистісного і професійного

становлення, вони водночас стають стимулом для саморозвитку. Такі періоди активізують психологічні ресурси студентів, сприяючи їхньому самовдосконаленню та здатності долати складні життєві ситуації.

У процесі професійної підготовки особистість стикається з кризами, які є невід'ємною частиною навчання. Зокрема, виділяють: 1) кризу другого курсу, що пов'язана з усвідомленням і прийняттям студентами нової соціальної ситуації розвитку. Ця криза долається шляхом формування академічної форми навчання; 2) кризу четвертого курсу, яка виникає під час проходження педагогічної практики, що виступає своєрідною перевіркою професійної компетентності й здатності студента до майбутньої професійної діяльності. Для подолання цієї кризи необхідне формування професійно-педагогічних умінь. Обидві зазначені кризи мають адаптаційний характер.

Особливе значення для розвитку студентів має вміння долати складні життєві ситуації. Такі ситуації є результатом активної взаємодії особистості з навколишнім середовищем, системою суб'єктивних і об'єктивних елементів, що поєднуються в діяльності суб'єкта й відображаються у смисловій сфері особистості. До основних характеристик таких ситуацій належать: значущість, невизначеність, багатозначність, наявність інтенсивних емоцій (негативних чи позитивних), а також значні енергетичні витрати тощо. У дослідженнях вітчизняних психологів Л. Подоляк і В. Юрченка серед основних кризових ситуацій, характерних для студентського віку, виділяються:

– криза професійного вибору, пов'язана з сумнівами щодо правильності обраного фаху;

– криза зменшення залежності від батьків, що супроводжується емоційними, психологічними та економічними труднощами [77];

– криза інтимно-сексуальних стосунків, яка найбільш загострюється у цей період і пов'язана з формуванням особистісної ідентичності;

– криза навчально-професійної діяльності, що виникає внаслідок психотравмівних ситуацій у навчальному процесі;

– криза «виходу у світ», яка супроводжується завершенням навчання у вищому закладі освіти та появою почуття невизначеності щодо майбутнього [50, с. 55].

Отже, серед найбільш поширених проблем сучасних студентів виокремлюються труднощі, пов’язані з навчальним процесом, тоді як менш вираженими є конфлікти у студентських колективах. Згідно з дослідженням Г. Дубчак, студенти значною мірою переживають екзаменаційний стрес, який є одним із найпотужніших чинників стресу в період навчання. У контексті проявів навчального стресу найбільш характерними виявляються поведінкові симптоми, такі як нездатність до ефективної самоорганізації, поспіх, постійна нестача часу, а також проблеми зі сном. Щодо методів подолання стресу, студенти найчастіше обирають спілкування з близькими, сон, прогулянки на свіжому повітрі, вживання їжі, підтримку з боку батьків і фізичну активність. Проте частина студентів знімає напругу за допомогою паління та вживання алкоголю [55, с. 46].

Як зазначає Н. Савелюк, є численні докази того, що хронічний стрес є «постійним супутником студентського життя». На її думку, основними причинами хронічного психологічного напруження є навчальний та екзаменаційний стрес, які займають провідне місце серед чинників стресу. Особливо наголошується, що стрес у студентів здебільшого виникає через великий обсяг інформації, відсутність систематичної роботи протягом семестру та найбільше під час сесій [57, с.146].

Слід зазначити, що в складній життєвій ситуації відбувається динаміка Я-концепції студентів та її складових: самоставлення, самооцінки, самоідентифікації, сприйняття в контексті часу і життєвих подій. Таким чином, кризові періоди та складні ситуації створюють зовнішні умови, що впливають на розвиток і трансформацію Я-концепції. Через внутрішні механізми рефлексії ці умови сприяють формуванню більш адаптивних характеристик соціального Я у процесі навчально-професійної діяльності.

Розвиток професійної Я-концепції у період ранньої дорослості та навчання у закладі вищої освіти визначається соціалізацією, що відбувається через розширення соціальних зв'язків та включення в навчально-професійну діяльність, яка є основою формування «професійного Я». Механізм соціалізації в цьому періоді тісно пов'язаний із навчально-професійною діяльністю, що виступає провідною, новою соціальною ситуацією розвитку особистості. Він також передбачає засвоєння ширшого спектру соціальної взаємодії та включення в нову референтну групу, яка нерідко стає джерелом стресогенних та фруструвальних чинників. Як було зазначено, під час професійного становлення студент проходить кілька ключових нормативних криз. Успішність їх подолання залежить як від зовнішніх обставин, так і від особистісних факторів, таких як мотивація вибору професії, досвід психотравм, застосовувані копінг-стратегії, особистісно-психологічні характеристики, тип нервової системи, а також стійкість та узгодженість Я-концепції. Формування професійного Я як частини соціального Я відбувається у три основні етапи (див. таблицю 1.5.) [3, с. 61]:

Таблиця 1.5.

Основні етапи становлення професійного Я

Курс	Етап	Криза	Новоутворення
I-II	Професійна адаптація	Освоєння спеціальності	Адаптованість до навчання у ВНЗ
III-IV	Професійна свідомість	Експектація (розчарування)	Рефлексивність, відносна сформованість професійної Я-концепції
IV-V	Професійна ідентичність	Готовність до професійної діяльності	Професійна ідентичність

Я-концепція виконує такі основні функції, як регуляція, адаптація, захист, домагання та репрезентація. Позитивну Я-концепцію можна розглядати як позитивне ставлення до себе, що включає самоповагу, прийняття власної особистості та відчуття власної цінності в різних аспектах: фізичному, соціальному, інтелектуальному та емоційному. Вона формується в процесі самоактуалізації особистості на основі позитивного сприйняття

себе. Розвиток позитивної Я-концепції вимагає подолання внутрішньоособистісних суперечностей між «Я-реальним» і «Я-ідеальним», а також між «Я-реальним» і «Я-соціальним (дзеркальним)». Крім того, важливим є прагнення до розкриття та реалізації свого внутрішнього потенціалу. На думку багатьох психологів, таких як К. Роджерс, І. Кон, Р. Бернс та інших, центральним елементом і мотивом позитивної Я-концепції є самоповага і впевненість у собі.

Хоча існують різні підходи до вивчення виникнення та розвитку Я-концепції, дослідники з різних шкіл і напрямів сходяться на думці, що в юнацькому віці розвиток самосвідомості настільки яскраво виражений, що його можна розглядати як базову передумову формування позитивної Я-концепції та особистості загалом.

Проте ця проблема залишається недостатньо дослідженою, що проявляється у відсутності чітко визначених понять і критеріїв позитивної Я-концепції. Недостатньо розкрита її структура, змістовні характеристики та їх динаміка в студентському віці. Сучасні дослідники [69] намагаються вирішити цю проблему, пропонуючи модель, яка складається з таких блоків:

«1) самопізнання (Я-розуміння) – когнітивний аспект Я-концепції, що охоплює саморозуміння, прийняття себе, розвинену рефлексію та самоаналіз, інтерес до себе, самоспостереження;

2) самоставлення (Я-відношення) – емоційно-оцінний аспект, до якого належать самоповага, впевненість у собі, адекватний рівень домагань і самооцінки, довіра до себе;

3) саморегуляція (Я-поведінка) – поведінковий аспект, що включає самовиховання, прагнення до самоперетворення, розвинений самоконтроль, психологічну компетентність, емоційну стійкість, переважання мотивації до досягнення успіху» [69].

На основі аналізу сучасних теоретичних підходів у психології, що стосуються розвитку особистості в період ранньої дорослості, можна виокремити такі ключові особливості розвитку студентської молоді:

1) активна соціалізація, яка проявляється у розширенні соціальних зв'язків, включенні в навчально-професійну діяльність і взаємодії з професійним середовищем, що сприяє формуванню «професійного Я»;

2) стабілізація ідентичності, що полягає в усуненні протиріч і формуванні сталого уявлення про себе як «індивідуальності в соціальному контексті» через опанування нових соціальних ролей;

3) засвоєння соціокультурних цінностей і цінностей референтної групи, які набувають особистісного значення дорослої людини. Вибір референтної групи зазвичай базується на відповідності її цінностей та ідеалів власним поглядам особистості або на спільності професійних інтересів;

4) розвиток рефлексії, що виявляється у здатності критично осмислювати конфліктні ситуації та власні уявлення про себе, особливо під час подолання внутрішніх протиріч та когнітивного дисонансу;

5) досягнення емоційної незалежності та автономності у прийнятті рішень і власних діях;

6) подолання протиріч між самосприйняттям (Реальне Я) і тим, як особистість сприймається іншими людьми (Дзеркальне Я);

7) формування морально-етичної свідомості, що визначає здатність особистості до етичної поведінки;

8) формування соціальної і особистої відповідальності, яка виражається у свідомому плануванні та формуванні власної життєвої позиції на основі суспільних норм, цінностей і знань.

Таким чином, в силу визначених особливостей становлення особистості студентської молоді, стресогенні фактори (до яких належать воєнний стан і активні бойові дії) на психологічному рівні впливають на реалізацію тих життєвих завдань, що стоять перед молодою людиною, позначаючись на емоційному стані, поведінці, навчальній діяльності і професійному становленні.

Вітчизняні дослідники приділяють значну увагу вивченню психоемоційного стану молоді і студентів зокрема, впливу війни як

стесогенного фактору надзвичайної сили на їх особистісно-психологічний і професійний розвиток.

Так, С. Ситнік, О. Мірошниченко і Г. Свіденська в своєму дослідженні емпірично довели наявність негативних впливів актуальних емоційних станів на діяльність та спілкування студентів, збільшення рівня тривожності, фрустрації та депресивних симптомів [62]. Автори здійснили порівняльний аналіз емоційного стану студентів до початку повномасштабної війни (2021 р.) і після початку (квітень 2021 р.). За окремими емоціями автори виявили збільшення інтенсивності емоцій страху і гніву.

До того ж автори спостерігали зростання депресивної симптоматики, яка саме пов’язана із гостротою стресу, конфліктів, травмуючих подій, переживання яких виявляється у зниженні настрою, підвищенні тривожності, панічних атаках і страхах, залежній поведінці, порушенні адаптації [62, с. 50-51].

М. Цимбалюк і Н. Жигайло провели опитування серед студентів Львівського національного університету імені Івана Франка та інших закладів вищої освіти. За результатами дослідження, до початку війни більшість студентів демонстрували певний рівень стресостійкості. Зокрема, 62,5% студентів важко переносили стрес до війни, тоді як 37,5% справлялися зі стресом легше. У той же час, 62,5% опитаних до війни не вважали себе стресостійкими, 31% студентів вважали себе стресостійкими, а 6,3% визнавали свою стресостійкість лише інколи. Після початку війни рівень стресу серед студентів суттєво зріс. 52,9% студентів зізналися, що часто відчувають стрес у нових умовах, тоді як 41,2% рідко переживають стрес, а для 5,9% війна не внесла змін у рівень стресу. Окрім цього, 64,7% студентів зазначили, що їм важко справлятися зі стресом після початку війни, 23,5% переживають стрес відносно легко, а 5,9% лише інколи відчувають труднощі у подоланні стресу [73, с. 131].

Л. Пилипенко і Ю. Пристайко досліджують вплив воєнного стану на психічне здоров’я молоді юнацького віку. Отримані дослідниками результати

наголошують на «необхідності надання психологічної підтримки та допомоги, спрямованої на забезпечення психічного благополуччя молодих людей і їхньої адаптації до нових умов життя» [49, с. 58]. Використовуючи багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність», автори виявили, що «70% респондентів мають низький рівень адаптаційних здібностей, що проявляється в можливих нервово-психічних зривах, тривалих порушеннях функціонального стану та труднощах у пристосуванні до змін». Такі особи характеризуються низькою нервово-психічною стійкістю, схильністю до конфліктності та асоціальної поведінки. Шкала нервово-психічної стійкості також показала низький рівень у 65% осіб юнацького віку, для яких притаманні емоційні спалахи, труднощі у поведінковій регуляції та проблеми з адекватним сприйняттям реальності. Ці прояви часто пов'язані з неприйняттям сучасних реалій.

Згідно з даними дослідження, близько 85% опитаних демонструють середній рівень комунікативних здібностей, що вказує на їхню здатність налагоджувати контакти з іншими людьми та відсутність страху звертатися по допомогу. Водночас у 65% респондентів спостерігається низький рівень прагнення дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки, що свідчить про труднощі з адекватною оцінкою власної ролі та місця в суспільстві [49, с.62].

Л. Борисенко і Л. Корват дослідили вплив стресу на виникнення і інтенсивність депресивних станів осіб в умовах війни, в тому числі студентської молоді [6]. В їхній статті описуються результати емпіричного дослідження проявів депресії та схильності до стресів респондентів різних вікових груп. За результатами опитування виявлено найбільш високі ступені вираженості депресивних станів – виражена та глибока депресія у групі респондентів віком 65-75 років (52% осіб) та у віковій групі 18-22 роки (48% осіб) [6, с. 62]. Кореляційний аналіз рівня схильності до стресу і рівня депресії дозволив авторам стверджувати, що стреси (а війна це стресор надзвичайної сили і інтенсивності) породжують виникнення депресивних

станів, зі збільшенням рівня стресу зростає й інтенсивність депресивних станів.

Дослідження І. Грузинської, присвячене проблемі емоційного реагування студентів на стресові ситуації в умовах воєнного стану, становить значний науковий інтерес [19]. Авторка провела анкетування, щоб дослідити емоційну динаміку студентів на різних етапах: від першого дня війни, підготовки до евакуації та евакуації, до перебування в місці евакуації, підготовки до повернення та самого повернення додому. За результатами аналізу анкетування авторка зробила висновок, що «ментальний стан опитаних є помітно нестабільний, що призводить до невміння протистояти стресовим ситуаціям, продуктивно працювати, навчатися, невміння приймати та розуміти свої емоції й управляти ними, виникнення когнітивних труднощів, постійне відчуття страху, тривоги та поява фізичних проблем тощо» [19, с. 103].

У статті Н. Гуменюк висвітлено результати дослідження впливу дистанційного навчання студентів на рівень розвитку їх знань та психологічних станів в умовах війни, результати якого свідчать про те, що «негативні емоційні стани призводять до зниження виконання функціональних обов’язків та погіршення якості засвоєння навчального матеріалу» [21, с. 568]. Аналіз отриманих даних у процесі дослідження дозволив встановити вплив дистанційної освіти на психологічний стан студентів. Переважна частина респондентів переживає негативний психологічний стан під час дистанційного навчання в умовах війни. Виявлені негативні фактори, що викликають негативні емоційні стани, пов’язані з невизначеністю часових меж тривалості воєнного стану в країні. Тому нас зацікавила проблема дослідження психоемоційних особливостей стресового стану студентів ЗВО та впливу засобів музикотерапії на зниження рівня його переживання в умовах війни.

В першому розділі розглянуто теоретико-методологічні засади дослідження психологічних наслідків стресу для здобувачів вищої освіти в умовах війни.

1. Нами розглянуто ключові теоретичні підходи до пояснення стресу та емоційних станів, що виникають під впливом стресогенних факторів. Серед них: концепція загального адаптаційного синдрому Г. Сельє, психодинамічна модель стресу (розроблена З. Фройд, К. Юнг, Е. Фромм, К. Хорні та інші), моделі стресу Х. Вольфа, А. Кагана та Л. Леві, стимульні та когнітивні моделі стресу, а також транзактна модель стресу і копінгу Р. Лазаруса. Спільними рисами цих підходів є трактування стресу як реакції на зовнішні та внутрішні стимули, пов'язані із загрозою чи небезпекою; розуміння стресу як чинника психологічної напруги, що проявляється у таких емоційних станах, як тривога, страх, безвихідь, агресія, гнів тощо. Важливим є те, що стрес виникає під впливом стресогенних факторів екстремального, кризового, надзвичайного чи катастрофічного характеру, серед яких війна є найпотужнішим за своєю інтенсивністю емоційним та зовнішнім стресором.

2. Серед особливостей розвитку психоемоційного стану населення в умовах війни виділено: 1) підвищення рівня соціальної і психологічної фрустрації; 2) зростання кількості психологічних проблем; 3) порушення психосоматичного здоров'я; 4) зростання ризику виникнення ПТСР, депресивних і поведінкових розладів; 5) збільшення ризику виникнення у дітей стресових розладів внаслідок травмівного досвіду.

3. Студенти українських ЗВО в умовах війни мають високий показник переживання стресових станів, психоемоційними особливостями яких є підвищений рівень тривожності, фрустрації і зміни настрою, що негативно впливає на успішність навчання (особливо в його дистанційній формі), професійний розвиток і формування Я-концепції. Це актуалізує потребу в розробці психологічних програм подолання стресу і його профілактики для попередження посттравматичних розладів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ В ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

2.1. Організація та методи емпіричного дослідження

Для виявлення психоемоційних особливостей стресового стану здобувачів вищої освіти та можливого впливу на них музики і музичної терапії в умовах війни було проведено емпіричне дослідження через гугл-форму (жовтень-листопад 2024 р.). Вибірка опитаних – 59 студентів українських ЗВО. Вона представлена наступними категоріями:

1) вік опитаних – 17-58 років;

2) серед них 16 чоловіків і 43 жінки;

3) студенти, які навчаються в Запорізькій, Київській, Львівській, Дніпропетровській, Тернопільській, Вінницькій, Івано-Франківській областях та декілька студентів, що знаходяться за кордоном (Польща, Італія).

Вибірка випадкова, сформована за критерієм доступності і встановленим рівнем довіри.

Основними параметрами і методами дослідження виступили наступні (таблиця 2.1.):

Таблиця 2.1.

Операціоналізація параметрів емпіричного дослідження

	Параметри	Індикатори	Методики
1.	Схильність до переживання стресу і стресових станів студентської молоді	Оцінка загального рівня стресу.	Тест на визначення рівня стресу (за В. Щербатих в перекладі та адаптації Харко)
2.	Психоемоційний стан здобувачів вищої освіти	Оцінка психоемоційного стану. Рівень тривожності і соціальної адаптації.	Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка)
3.	Ресурси стресостійкості студентів	Показники життєстійкості особистості.	Тест життєстійкості (С. Мадді)

Також, для визначення терапевтичного впливу музики, було додано додаткові запитання стосовно:

- емоцій, що переживаються під час прослуховування музики;
- жанрів, яким віддають перевагу респонденти та респондентки;
- впливу музики на їх психоемоційний стан;
- наскільки прослуховування улюбленої музики допомагає впоратися зі стресом;
- чи погодилися б опитувані прийняти участь у психологічних програмах з подолання стресу засобами музикотерапії.

Все це зроблено, щоб зрозуміти який вплив має прослуховування музики на стан людини, чи є засоби музикотерапії ефективними та чи є потреба в спеціальних програмах з подолання стресу засобами музикотерапії.

Для цього були дані завдання пройти опитувальник («Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики г. Айзенка)), прослухати 10 хвилин улюблену музику та пройти його ще раз, щоб визначити чи зміняться показники. Після чого треба ще раз прослухати музику, вже фіксуючи свої відчуття та емоції, і дати відповіді на запитання для більшої достовірності. Потім планується прослідкувати кореляції між результатами повторного опитування.

1. Схильність до переживання стресу і стресових станів студентської молоді:

Методика «Тест на визначення рівня стресу» за В. Ю. Щербатих (в перекладі та адаптації Харко) є інструментом для вимірювання загального рівня стресу у досліджуваних. Даний тест дозволяє виявити та оцінити основні аспекти стресу, з якими може стикатися людина в повсякденному житті, та визначити їхній вплив на психоемоційний стан [72].

Надаючи можливість диференційованого аналізу симптомів стресу, ця методика складається з чотирьох розділів (субтестів), що охоплюють основні групи симптомів: інтелектуальні, поведінкові, емоційні та фізіологічні. Такий

підхід дозволяє всебічно вивчати природу та прояви стресу у кожного окремого респондента.

«Інструкція до тесту передбачає оцінювання наявності симптомів за відповідною шкалою: за інтелектуальні та поведінкові ознаки нараховується 1 бал, за емоційні – 1,5 бали, а за фізіологічні – 2 бали. Респонденти заповнюють тест, оцінюючи наявність симптомів відповідно до цієї системи. Обробка результатів включає підрахунок сумарного балу та інтерпретацію рівня стресу за такими шкалами:

- 0-5 балів – вказує на відсутність вагомого стресу («хороший» стан).
- 6-12 балів – вказує на помірний стрес, який можна подолати за допомогою корекції способу життя (відпочинок, планування часу тощо).
- 13-24 бали – свідчить про виражене напруження, яке виникло у відповідь на значний стресор, що потребує коригувальних заходів.
- 25-40 балів – характеризує стан сильного стресу, що може вимагати допомоги фахівців.
- Понад 40 балів – сигналізує про небезпечну стадію стресу – стадію виснаження» [72].

Методика є придатною для широкого застосування в психологічних дослідженнях, освітніх установах та серед медичних працівників для оцінки стану психічного здоров’я.

2. Психоемоційний стан здобувачів вищої освіти:

Опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» є адаптованою версією методики Г. Айзенка, розробленою для дослідження чотирьох основних психічних станів, що проявляються під час конфліктних ситуацій. Цей інструмент призначений для оцінки рівня тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності, надаючи гнучку систему аналізу самопочуття респондентів. Методика

складається з 40 питань, кожне з яких відображає різні аспекти зазначених психічних станів [42].

«Учасникам пропонується оцінити свої стани за допомогою зазначених тверджень, що описують їхнє почуття або поведінку під час конфліктних ситуацій. Відповіді фіксуються у відповідній колонці, де вибір «Так», «Не знаю» або «Ні» оцінюється у балах (відповідно 2, 1 або 0 балів).

Структура опитувальника:

- Група 1 (питання 1–10) – оцінює тривожність.
- Група 2 (питання 11–20) – визначає рівень фрустрації.
- Група 3 (питання 21–30) – фокусується на агресивності.
- Група 4 (питання 31–40) – оцінює ригідність» [42].

Обробка результатів передбачає підрахунок сумарного балу для кожної групи питань. Це дозволяє визначити інтенсивність кожного психічного стану за шкалами від низького до високого рівня. Інтерпретація результатів здійснюється відповідно до визначених категорій, що дозволяє з’ясувати індивідуальні особливості реакцій респондента.

Методика дозволяє отримати комплексний погляд на стан опитуваних у стресових ситуаціях та використовується як у практичній психології, так і в дослідницьких цілях для глибшого розуміння психоемоційних реакцій. Вона адаптована під специфіку української аудиторії, зберігаючи методологічну основу оригінальної роботи Г. Айзенка.

Методика, розроблена Гансом Юргеном Айзенком – англійським психологом, який є одним із провідних представників біологічного напряму в психології та автором факторної теорії особистості, застосовується як самостійний клініко-психологічний інструмент або як частина комплексних процедур у поєднанні з іншими методиками подібного спрямування.

3. Ресурси стресостійкості студентів:

Методика «Тест життєстійкості» (розроблена С. Мадді) є дієвим психологічним інструментом для оцінки рівня життєстійкості індивідуумів.

Ця методика є адаптацією опитувальника Hardiness Survey, створеного американським психологом Сальваторе Мадді. Вона призначена для діагностики життєстійкості – системи переконань особистості щодо себе, взаємин із навколишнім світом і середовищем, що дозволяють успішно долати стресові ситуації. Люди з високим рівнем життєстійкості рідше потрапляють у стан стресу та ефективніше його долають в аналогічних обставинах. Тест дає змогу визначити три основні компоненти життєстійкості: залученість (участь у житті), контроль (здатність впливати на обставини) та прийняття ризику (готовність до змін і викликів). Він складається з 45 запитань, що допомагають оцінити ці аспекти на основі самозвіту респондентів [26].

Досліджуваним пропонується відповісти на запитання, обираючи одну з чотирьох відповідей, що найточніше відповідає їхньому стану чи уявленням. Оцінка здійснюється шляхом присвоєння балів від 0 до 3 для «прямих» питань, та у зворотному порядку для «зворотних» питань.

«Кожна відповідь оцінюється за визначеними критеріями для трьох основних субшкал:

- Залученість – відображає ступінь активності респондента в різних сферах життя.
- Контроль – показує здатність контролювати обставини та впливати на події.
- Прийняття ризику – визначає готовність приймати зміни та йти на виклики.

Респонденти отримують підсумковий бал життєстійкості, а також окремі показники для кожної з субшкал. Високі бали свідчать про високий рівень життєстійкості, що проявляється через впевненість у собі, активність та адаптивність до труднощів. Низькі бали можуть сигналізувати про недостатній рівень контролю над ситуаціями чи проблеми із залученістю та прийняттям ризику» [26].

Методика використовується для дослідження рівня адаптивності та стресостійкості у різних групах, включаючи студентів, працівників організацій, людей у кризових ситуаціях тощо.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Для оцінки рівня схильності до переживання стресу і стресових станів студентською молоддю була обрана методика «Тест на визначення рівня стресу» (за В. Щербатих в перекладі та адаптації Харко). На рис. 2.1. представлено результати опитування за методикою в цілому по вибірці.

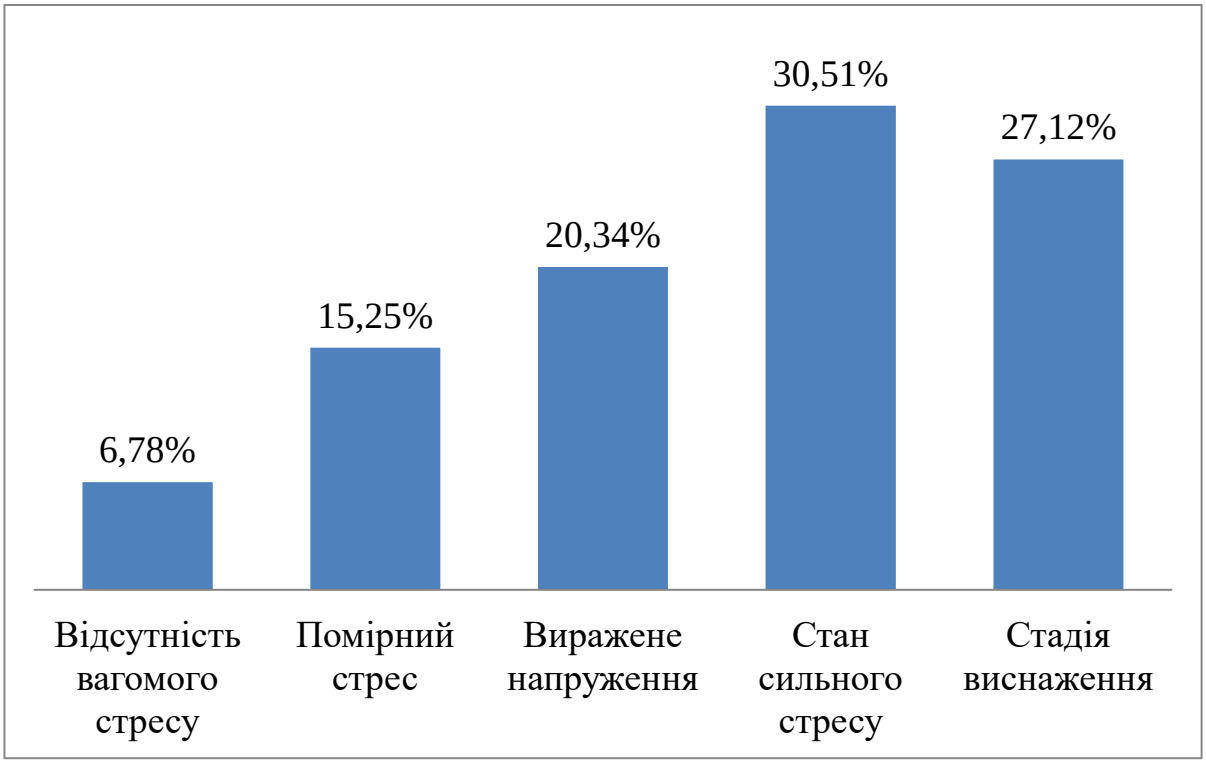

Рис. 2.1. Загальний рівень стресу в цілому по вибірці (у %)

Як видно, за результатами опитування, більшість респондентів та респонденток знаходяться в стані сильного стресу (30,51%) та на стадії виснаження (27,12%), а також у вираженому напруженні (20,34%), що говорить про сильні емоції та переживання, які вони відчувають на даний момент. Існування об’єктивної загрози і відчуття фізичної і психологічної небезпеки впливають на інтенсивність і тривалість стресових станів

студентів. В цілому, результати студентів виявляють потребу в допомозі спеціалістів, психологічних служб при навчальних закладах, більшій залученості до груп підтримки та участі в тренінгах і вебінарах з подолання стресу.

Війна і її психосоціальні наслідки виступають стресором і психотравмуючою ситуацією, які викликають кризові емоційні стани людини різної інтенсивності в залежності від впливу самої екстремальної ситуації і внутрішніх ресурсів особистості (стресостійкості, резильєнтності, здатності до адаптації), тому для виявлення психоемоційних особливостей стресового стану студентів було застосовано опитувальник «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» (адаптований варіант методики Г. Айзенка). На рис. 2.2. представлено рівні вираженості цих показників (у %) у всіх опитаних.

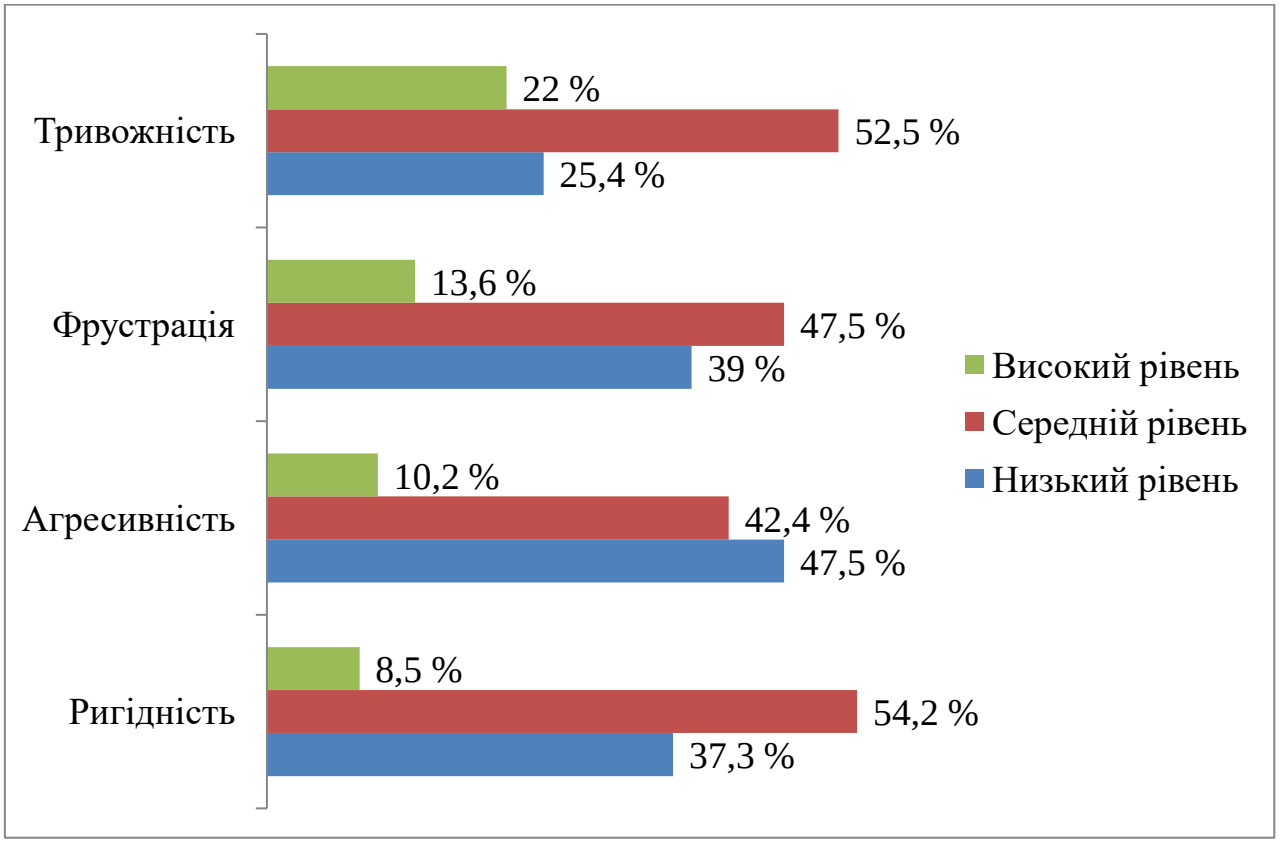

Рис. 2.2. Рівень вираженості тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності в цілому по вибірці (у %)

За результатами дослідження найбільші показники психоемоційного стану мають середній рівень вираженості, окрім агресивності, в ній переважає низький рівень, хоча він майже однаковий з середнім по вибірці. Високий рівень є значним лише у тривожності, в інших він не переважає 14% від усіх опитаних, що є досить непоганим результатом в такий важкий час.

У 52,5 % опитаних виявлено середній рівень тривожності, що носить переважно ситуативний характер та виявляється у відчутті тривоги, небезпеки і невпевненості у майбутньому, який є допустимим. 22 % людей виявили високий рівень тривожності, що рекомендується взяти під контроль та звернутись до спеціалістів і свого оточення за допомогою.

Показник фрустрації також більше виражений (47,5 %), що вказує на неможливість чи ускладненість задоволення потреб, але на противагу 39% опитаних вдається впоратись з відчуттям безсилля, апатією і роздратуванням та взяти під контроль деякі сфери свого життя, вони мають високу самооцінку, стійкі до невдач і не бояться труднощів. У 13,6 % людей виявлено низьку самооцінку, вони уникають труднощів, бояться невдач та остерігаються конфліктів і гострих суперечок.

Агресивність як показник психоемоційного стану має низькі значення (47,5 %), проявляючи спокій та врівноваженість у складних та стресових ситуація, хоча 42,4 % студентів виявляють середній рівень агресії до оточення. Високий рівень говорить про те, що 10,2 % опитаних проявляють нестриманість, мають труднощі в стосунках з людьми та схильні до провокації конфліктів і конфліктних ситуацій.

Ригідність як емоційне неприйняття війни і змін власного становища виявляють 8,5 % опитаних, що свідчить про нездатність переживання стресу і неможливість самостійно знайти внутрішні ресурси (індивідуальну резильєнтність) для переоцінки свого ставлення до себе, інших людей і світу в цілому. Більшість, 54,2 %, виявляють середній рівень вираженості, що говорить про кращу адаптацію до нових реалій, а 37,3 % взагалі проявляють легкість та гнучкість у своїх поведінкових реакціях та прийнятті рішень.

Цю методику було проведено двічі (до і після прослуховування музики), щоб перевірити як вплине на опитуваних слухання улюбленої музики (один із методів музикотерапії) і поглянути чи зміняться показники. На рис. 2.3. представлено рівні вираженості тих самих показників (у %) після прослуховування музики протягом 10 хвилин.

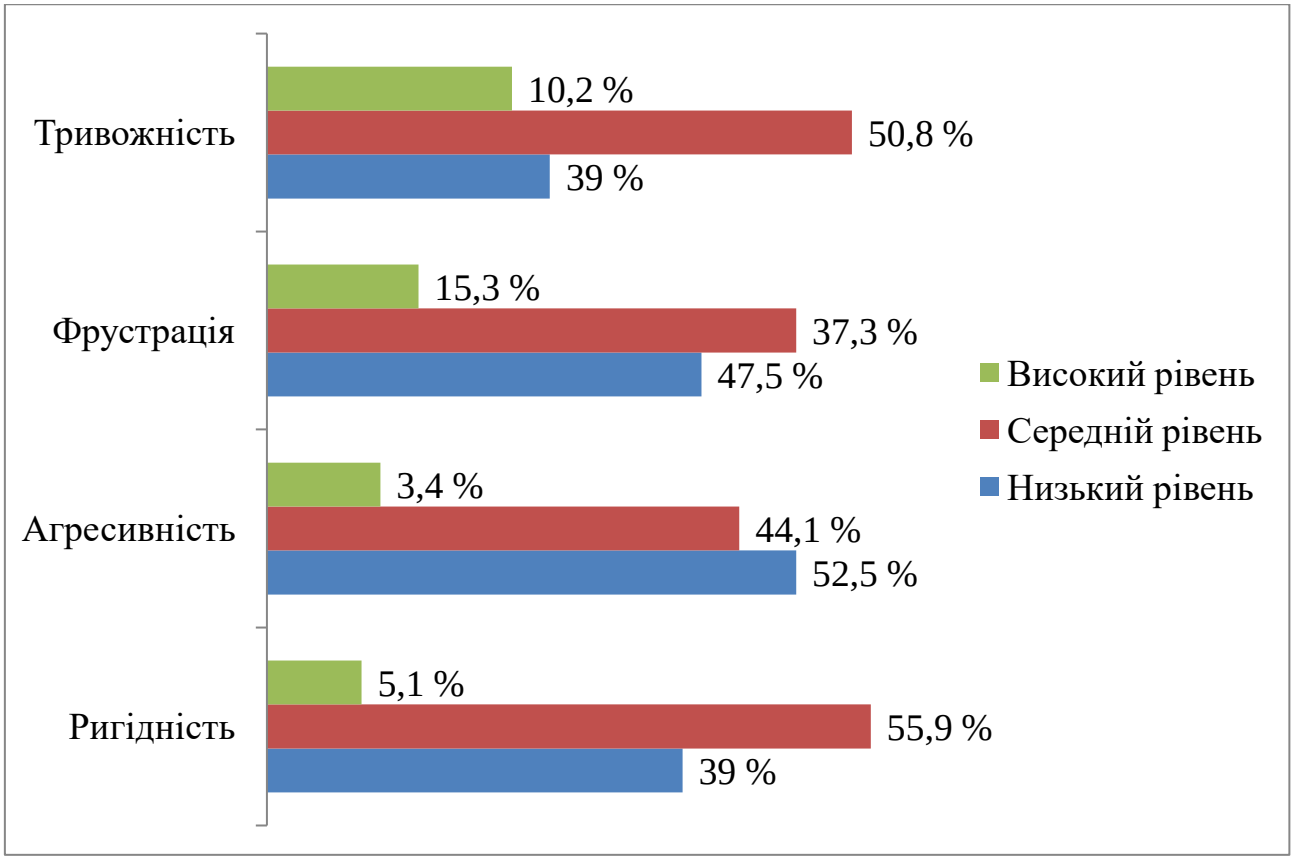

Рис. 2.3. Рівень вираженості тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності в цілому по вибірці (у %) після прослуховування улюбленої музики

Музика є потужним психофізіологічним стимулом, що здатний впливати на емоційний стан особистості, рівень стресу та психологічний добробут. Численні дослідження підтверджують її роль у регуляції психоемоційного фону та зниженні негативних психічних станів, таких як тривожність, фрустрація та агресивність (Koelsch, 2014; Juslin & Sloboda, 2010) [96; 102].

Для аналізу змін у психологічних показниках використовувалася статистична обробка даних із застосуванням парного t-тесту, який застосовується для перевірки гіпотези про наявність значущих змін між двома пов’язаними вибірками (до та після прослуховування музики). Отримані результати показують, що всі досліджувані показники мають статистично значущі зміни ($p < 0,05$). Це означає, що прослуховування музики суттєво вплинуло на психологічний стан респондентів (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

Кореляція результатів до та після прослуховування музики

Показник	Середнє значення	SD	SEM	95% ДІ (Нижній – Верхній)	T	df	p-value
Тривожність	1,475	3,446	0,449	0,577 – 2,373	3,287	58	0,002
Фрустрація	0,847	2,839	0,370	0,107 – 1,587	2,292	58	0,026
Агресивність	0,864	2,596	0,338	0,188 – 1,541	2,558	58	0,013
Ригідність	0,712	2,422	0,315	0,081 – 1,343	2,258	58	0,028

Виявлено відмінності між показниками студентів до та після прослуховування музики за всіма чотирма шкалами. За шкалою «Тривожність» виявлено статистично значимі відмінності – показники високого рівня знизилися вполовину – до 10,2 %, середнього рівня – на майже 2 % і значно збільшились результати низького рівня, вони тепер становлять 39 % від всієї вибірки. Середнє значення зміни тривожності склало 1,475 ($p = 0,002$), що вказує на значне зниження рівня цього показника після прослуховування музичних творів. Враховуючи довірчий інтервал (0,577 – 2,373), можна стверджувати, що ефект є стабільним та статистично значущим. Значення $t = 3,287$ перевищує критичне значення ($t = 2,000$) для відповідного рівня свободи, що підтверджує гіпотезу про позитивний вплив музики на зниження тривожності.

Показник фрустрації також більше виражений. Значення високого рівня зросли на майже на 2%, але середній рівень знизився з 47,5 % до 37,3 %, а низький рівень виріс до 47, 5 %. Зменшення рівня фрустрації після впливу музики становило 0,847 (p = 0,026), що може свідчити про розслабляючий та терапевтичний ефект музичних творів. Значення t = 2,292 підтверджує достовірність змін. Отримані дані говорять про позитивний вплив на зниження емоційної напруги.

Агресивність як показник психоемоційного стану має середні значення, які зросли на 2 %, сильно знизились значення високого рівня – з 10,2 % до 3,4 %, майже виключаючи цей пункт, і збільшуючи значення низького рівня на 5 %. Відзначається зниження агресивності на 0,864 (p = 0,013), що підтверджує гіпотезу про здатність музики знижувати рівень негативної афективності (t = 2,558). Це узгоджується з дослідженнями, які доводять, що музика може сприяти зменшенню імпульсивних та агресивних проявів (Bradt & Dileo) [83].

Ригідність як емоційне неприйняття війни і змін власного становища зменшилась майже на 3%, середній рівень збільшився майже на 2 %, а низький виріс до 39 %. Найменші зміни зафіксовано у рівні ригідності (0,712; p = 0,028). Однак отримані результати залишаються статистично значущими (t = 2,258), що дозволяє припустити гнучкість психічних реакцій та мислення після впливу музичних стимулів.

Все це говорить про значний вплив інструменту музикотерапії на психоемоційний стан студентів, покращуючи їх самопочуття та полегшуючи відношення до того, що відбувається навкруги, знімає напругу і посилює віру в краще. Найбільший вплив в цій частині дослідження музика має на відчуття тривоги та агресивність, значно знижуючи ці показники, стабілізуючи та підтримуючи опитуваних. Отримані дані узгоджуються з попередніми дослідженнями у сфері музичної терапії, які вказують на значний емоційно-регулюючий ефект музичних творів (Bradt & Dileo) [83].

Фізіологічно це можна пояснити тим, що музика впливає на функціонування лімбічної системи мозку, зокрема амігдали та гіпокампу, які відіграють ключову роль у формуванні емоційних реакцій (Koelsch) [102]. Зниження тривожності та агресивності, ймовірно, пов'язане з активацією дофамінергічної системи, що сприяє покращенню настрою та релаксації (Chanda & Levitin). Зниження рівня ригідності після впливу музики свідчить про підвищення психологічної гнучкості, що може мати значний позитивний ефект у контексті психотерапевтичних втручань.

Для визначення показників резильєнтності населення України було застосовано методику «Тест життєстійкості» (С. Мадді). На рис. 2.4. представлено усереднені показники життєстійкості, а на рис. 2.5. розподіл опитаних (у %) в залежності від вираженості фактора.

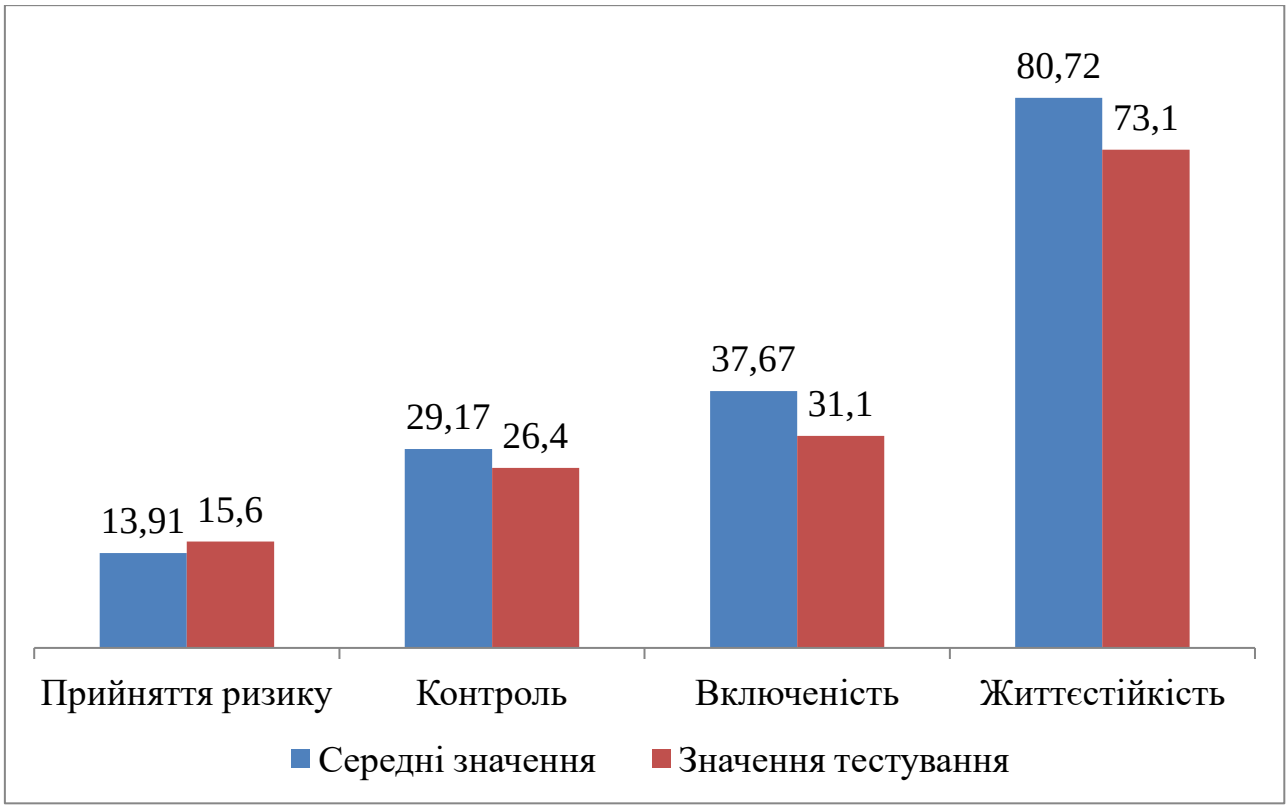

Рис. 2.4. Усереднені показники життєстійкості у опитаних студентів в цілому по вибірці (у балах)

Як видно з результатів опитування, показники життєстійкості дещо відхиляються від стандартних середніх значень, і є деякі розбіжності у розподілі опитаних за рівнем вираженості показників. Так, частина опитаних

мають трохи вищий рівень прийняття ризику, але нижчий рівень контролю і включеності як впевненості вплинути на результат того, що з ними відбувається, що може призводити до посилення відчуття безпорадності (що в умовах війни цілком розповсюджене явище).

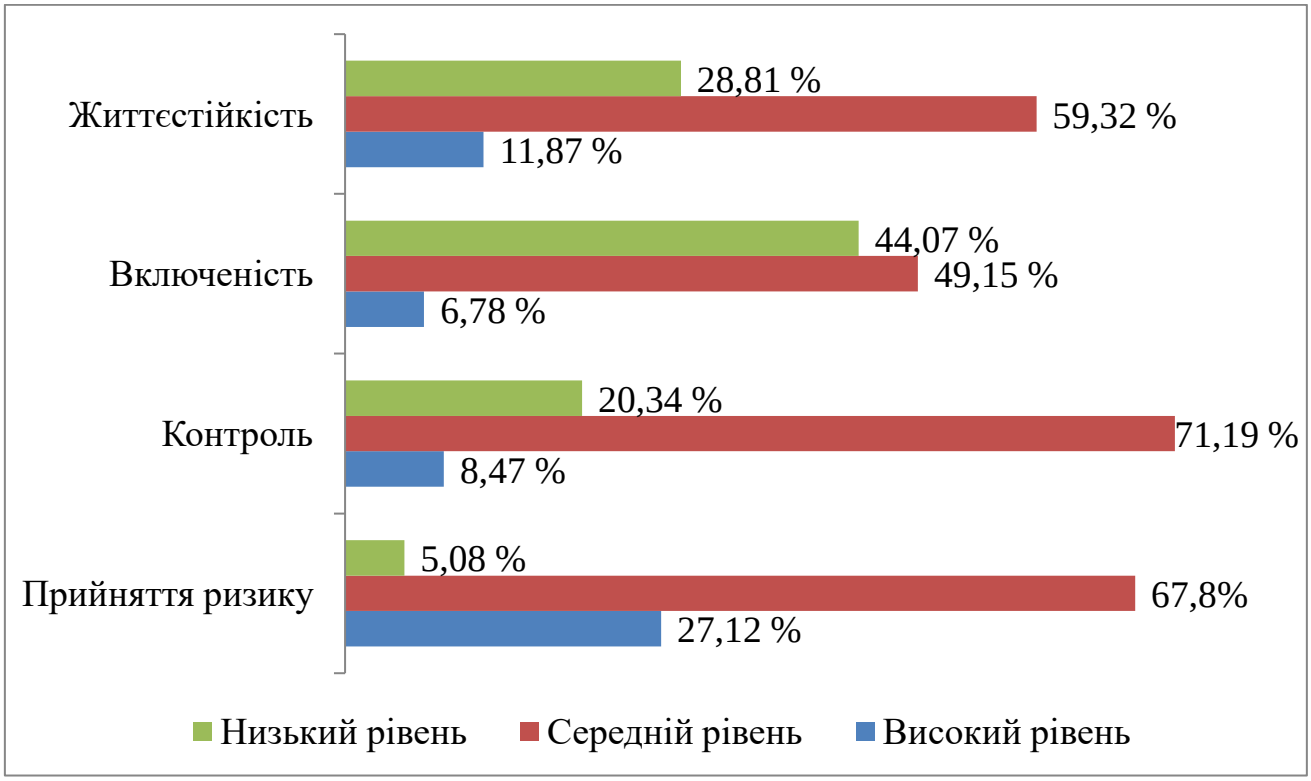

Рис. 2.5. Розподіл опитаних (у %) в залежності від вираженості фактора життєстійкості

З представлених результатів видно, що загальний показник життєстійкості трохи нижчий за середні значення, але знаходиться в рамках норми. Усі показники дають середній рівень вираженості, особливо високий процент у контролі та прийнятті ризику (71% і 68%). Частина людей, 27%, демонструють високий рівень прийняття ризику, що свідчить про їхню готовність до змін та рішучість у прийнятті важливих рішень, і це найбільший показник високого рівня, в інших факторах він значно менший, що зумовлено бойовими діями та моральним станом. Люди звикають до постійних та доволі швидких змін в житті, поступово приймають думку, що це є необхідністю для виживання та легше сприймають виклики долі, що підвищує їх стійкість та утримує на плаву.

Але відчуття контролю через відсутність стабільності та постійну невизначеність в них значно просідає, 20 % навіть мають низький рівень, а це вказує що частина студентів має слабке усвідомлення власного впливу на ситуацію та часто не впевнені у своїх силах. Натомість включеність балансує на грані низького та середнього рівнів, що говорить про те, що трохи менше половини опитаних бажає відсторонитися від гнітючої реальності, а інша половина покладає всі сили, щоб брати активну участь у житті та соціальних процесах, бо це теж непогано відволікає та дає опору. І те, і те є особливостями адаптації та способом впоратися з ситуацією. Загалом результати демонструють позитивну тенденцію, адже значна частка респондентів має середній рівень життєстійкості та ключових її компонентів.

Дослідження передбачало порівняння рівнів переживання стресу з обраними жанрами музики у досліджених студентів. У таблиці 2.3. представлені результати, що відображають частку респондентів, які відчували різні рівні стресового стану в співвідношенні з жанровими уподобаннями.

Таблиця 2.3.

Співвідношення рівнів переживання стресу з обраними жанрами музики у досліджених студентів (кількість осіб – у %)

Жанр музики	Рівень стресу				
	Вагомий стрес відсутній	Помірний стрес	Виражене напруження	Сильний стрес	Виснаження
Класична	3 %	8 %	8 %	8 %	12 %
Рок	2 %	10 %	10 %	3 %	7 %
Поп	0 %	8 %	12 %	19 %	15 %
Електронна	2 %	3 %	8 %	3 %	3 %
Реп	2 %	3 %	3 %	2 %	3 %
Джаз	2 %	3 %	7 %	12 %	2 %
Фолк	2 %	2 %	3 %	0 %	0 %
Кантрі	2 %	3 %	3 %	2 %	0 %
Латиноаме-риканська	0 %	5 %	5 %	2 %	5 %
Блюз	3 %	2 %	3 %	5 %	2 %

Шансон	0 %	2 %	0 %	5 %	7 %
Романси	0 %	2 %	0 %	3 %	5 %
Диско	0 %	2 %	2 %	7 %	8 %
Реггі	2 %	5 %	2 %	0 %	3 %
Інді	2 %	3 %	3 %	2 %	2 %
Інструмента-льна	2 %	5 %	12 %	7 %	7 %
Техно	2 %	0 %	5 %	5 %	0 %
Хеві-метал	2 %	3 %	2 %	3 %	5 %
R&B	0 %	2 %	3 %	0 %	2 %
Народна	2 %	3 %	7 %	3 %	7 %
Симфонічна	0 %	0 %	7 %	5 %	5 %
Хор	0 %	0 %	3 %	0 %	7 %
Театральна	0 %	2 %	3 %	3 %	7 %
Транс	0 %	0 %	2 %	5 %	0 %

Результати дослідження свідчать про те, що люди з найбільш важкими стресовими станами (виражене напруження, сильний стрес, виснаження) слухають поп-музику, класичну та інструментальну музику, оскільки вони мають найвищі показники сильного стресу та виснаження серед респондентів. Водночас реп, фолк, кантрі, реггі та інді демонструють мінімальну асоціацію зі стресовими станами, їх слухають студенти в помірному стресі або взагалі в стадії відсутності вагомого стресу, що також може свідчити про їхню потенційну заспокійливу дію.

Для більш точних результатів вибірка була замала, тож отримані дані можуть бути використані для подальших досліджень впливу музики на психоемоційний стан і стати основою для розробки рекомендацій щодо музикотерапії в умовах підвищеного стресу.

Дослідження також було спрямоване на порівняння рівнів життєстійкості респондентів з їхніми музичними вподобаннями. Таблиця 2.4. містить узагальнені дані, що відображають частку респондентів із низьким, середнім та високим рівнями життєстійкості в співвідношенні з жанрами музики, які вони слухають.

Таблиця 2.4.

Співвідношення рівнів життєстійкості з обраними жанрами музики у досліджених студентів (кількість осіб – у %)

Жанр музики	Рівень життєстійкості		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Класична	10 %	24 %	7 %
Рок	10 %	19 %	3 %
Поп	14 %	34 %	7 %
Електронна	3 %	17 %	0 %
Реп	5 %	7 %	2 %
Джаз	8 %	14 %	3 %
Фолк	0 %	5 %	2 %
Кантрі	0 %	8 %	2 %
Латиноамерикан-ська	5 %	10 %	2 %
Блюз	3 %	12 %	0 %
Шансон	2 %	10 %	2 %
Романси	2 %	8 %	0 %
Диско	3 %	12 %	3 %
Реггі	2 %	10 %	0 %
Інді	2 %	8 %	2 %
Інструментальна	10 %	17 %	5 %
Техно	2 %	8 %	2 %
Хеві-метал	7 %	8 %	0 %
R&B	2 %	5 %	0 %
Народна	3 %	15 %	3 %
Симфонічна	3 %	10 %	3 %
Хор	5 %	5 %	0 %
Театральна	5 %	8 %	2 %
Транс	3 %	2 %	2 %

Аналіз отриманих даних дозволяє зробити такі висновки: поп-музика, класична та інструментальна музика демонструють найбільш виражене позитивне співвідношення з рівнем життєстійкості, що може бути пов’язано із загальною емоційною тональністю цих жанрів та їхнім потенційним впливом на психофізіологічний стан слухачів. Водночас реп, хеві-метал, електронна та транс-музика демонструють найнижчі показники життєстійкості, що може свідчити про їхню меншу здатність сприяти

психологічній адаптивності. Слід зазначити, що окремого дослідження вимагає питання про те чи це вплив жанру, чи саме улюбленої музики.

Виходячи з усього вище зазначеного, було обрано чотири найбільш популярні жанри (за кількістю голосів опитуваних) – класична музика, рок, поп-музика та джаз, щоб дослідити кореляцію з результатами усіх опитувальників, і зрозуміти чи змінилось щось після прослуховування музичних творів. Детально таблиці результатів можна подивитися в додатку Б.

Студенти, що слухають рок виявилися більш стресостійкими, мають нижчий рівень фрустрації та низький рівень агресивності ($t = 1,841$; $p = 0,071$; $t = 0,699$). Статистично значимо на рівні тенденції більш сприйнятливими виявилися люди, що не слухають рок. Тобто, для тих, хто не слухає рок, можна знизити рівень агресії шляхом слухання даного жанру.

У тих, хто слухає поп-музику трохи знижений рівень тривожності (8,96 → 9,69, але $p = 0,160$; $t = -1,423$) та нижчий рівень фрустрації (7,96 → 8,53, $p = 0,947$; $t = -0,067$). Ті, хто слухають цей жанр більш сприйнятливі, а тому після дослідження їх рівень фрустрації знизився. Є тенденція до збільшення прийняття ризику (14,67 → 16,38), але $p = 0,223$.

Для джазу та класичної музики нічого суттєво не змінилося. Класична музика потенційно сприяє зменшенню тривожності та фрустрації, але незначущо ($p = 0,238$). Джаз може сприяти зниженню стресу та тривожності, але результати не підтверджені статистично ($p = 0,306$).

В другому розділі наведено результати емпіричного дослідження психологічних наслідків стресу та впливу засобів музикотерапії на зниження рівня його переживання здобувачами вищої освіти в умовах війни.

Було проведено психодіагностичне обстеження та опитування через гугл-форму. Вибірку опитаних склали студенти, які навчаються дистанційно, з різних куточків України та за її межами. 1) За результатами дослідження, в цілому, студенти виявили високий рівень стресу (найбільші показники в

стадіях сильного стресу та виснаження); 2) найбільший показник психоемоційного стану мають тривожність та ригідність, що виявляється у відчутті тривоги, небезпеки та ускладненні адаптації. А після прослуховування музики та повторного проходження опитування показники значно знизились; 3) з представлених результатів тестування видно, що загальний показник життєстійкості трохи нижчий за середній, усі компоненти демонструють середній рівень вираженості, особливо високий процент у контролі та прийнятті ризику (71% і 68%); 4) результати дослідження свідчать про те, що люди з найбільш важкими стресовими станами слухають поп-музику, класичну та інструментальну музику, а більш легкими - реп, фолк, кантрі, рок, реггі та інді; 5) поп-музика, класична та інструментальна музика демонструють найбільш виражене позитивне співвідношення з рівнем життєстійкості, водночас реп, хеві-метал, електронна та транс-музика демонструють найнижчі показники життєстійкості, що може свідчити про їхню меншу здатність сприяти психологічній адаптивності.

РОЗДІЛ 3. МУЗИКОТЕРАПІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ МЕТОД ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ СТРЕСУ В ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

3.1. Вплив музики на людину та історія становлення музикотерапії

Сьогодні в практичному вимірі психології існує багато терапевтичних підходів з подолання наслідків стресу і стресових розладів в умовах війни, які засновані на тезах про ресурсний і адаптаційний потенціал особистості, усвідомлення власних емоційних і фізичних станів, орієнтованість особи до особистісного і духовного досвіду, відреагуванні негативних і деструктивних емоційних станів через мистецтво, медитацію тощо:

1) підхід резілієнс, в основі якого лежить ідея про підтримку соціальних і внутрішньо психологічних ресурсів подолання наслідків стресу і травми [54];

2) підхід майндфулнесс основними положеннями якого є переосмислення особистістю власного сенсу життя та зміна життєвих пріоритетів; травма як джерело саморозвитку; формування нового образу Я і прийняття власного фізичного тіла [24];

3) адаптаційні практики на основі когнітивно-поведінкової терапії, юнгіанського аналізу та східних медитативних практик;

4) сімейна терапія як робота з сім’ями учасників бойових дій як з одним із найбільш важливих і значущих чинників психореабілітації і психологічної допомоги військовослужбовцям, які повернулися з війни; надання безпосередньої психологічної допомоги самим членам сімей військовослужбовців;

5) травмофокусована когнітивна поведінкова терапія, що включає в себе: психоосвіту з питань реагування на травматичні події, стратегії управління поведінкою; реструктуризацію понять, пов’язаних з травмою; роботу над емоціями, роботу з травматичними спогадами, які пов’язані з

травмою; допомогу в подоланні поведінки уникнення; підтримку у відновленні адаптації [85];

6) арт-терапія у психологічній роботі з учасниками бойових дій, дітьми із травмівним досвідом, населенням з деокупованих територій, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів, поведінкові розлади і розлади адаптації і багато інших підходів в сфері практичної психології.

Серед багатьох теоретичних і практичних напрямків психологічної особливої уваги заслуговує арт-терапевтичний підхід в роботі як з дорослими, так і з дітьми, який має великий потенціал в сфері психологічної роботи з постраждалими від війни категоріями населення. На теперішній час арт-терапію активно використовують у психолого-реабілітаційній роботі з постраждалими від війни, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів; дітьми з проявами і наслідками психологічної траматизації тощо. Поширення арт-терапевтичного підходу пов’язано з тим, що арт-терапія не має суворих протипоказань і характеризується певними ознаками: сприяє творчому самовираженню; зменшує деструктивний вплив стресу і негативних емоційних станів; активізує здатність до усвідомлення власних внутрішніх переживань, ставлень та образів через їхню візуалізацію, створення метафор, символів (тобто атртерапевтичного продукту); сприяє відновленню конструктивної міжособистісної взаємодії з іншими людьми і підсилює адаптаційні можливості людини; розвиває емпатію тощо.

Науковці пропонують різні підходи до визначення арт-терапії, а найбільш вагомий внесок у її розвиток зробили Американська та Британська школи. Наприклад, засновниця американського напрямку арт-терапії М. Наумбург описує її як «техніку, що дає змогу людині виражати внутрішньопсихічні конфлікти у візуальній формі і поступово переходити до їх усвідомлення і вербалізації» [9, с.216]. Художній педагог Е. Крамер вбачає в арт-терапії засіб, що «впливає таким чином, що продукт образотворчої

діяльності сублімує агресивні тенденції автора й попереджає тим самим їх безпосередній прояв у вчинках» [9, с.216]. У свою чергу, М. Лібман [107] визначає арт-терапію як використання мистецьких засобів для вираження почуттів, що допомагає змінити структуру сприйняття світу.

Наведемо деякі визначення арт-терапії у працях вітчизняних дослідників. Однією з найбільш ґрунтовних і авторитетних є позиція О. Сороки, яка визначає «арт-терапію як інноваційну освітню технологію «лікування» засобами образотворчого мистецтва, а саме малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості. Як допоміжні засоби в арт-терапії використовують музику, казку, танець, гру, драму тощо» [66, с.34]. Схожу думку має О. Вознесенська, яка трактує арт-терапію як «метод оздоровлення за допомогою творчого самовираження. Зцілення передбачає духовну цілісність, гармонію духа і тіла» [13, с.20]. На думку Л.Калініної, даний напрям треба вважати «терапією, змістом якої є художня творчість людини» [27, с.25]. О. Смілянець пропонує комплексний підхід і розглядає її як метод «лікування за допомогою художньої творчості, що сприяє вираженню агресивних почуттів у соціально допустимій формі; дає основу для інтерпретацій і діагностичної роботи в процесі терапії; дає змогу працювати з думками і почуттями, які здаються нездоланними; сприяє виникненню відчуття внутрішнього контролю; розвиває й посилює увагу до почуттів» [64, с.473].

Тож, у науковій літературі арт-терапія часто розглядається як унікальна форма психотерапії, а також як інноваційна освітня та реабілітаційна технологія. Вона базується на використанні різних видів мистецтва — візуального, пластичного та музичного — і включає широкий спектр методик, які створюють умови для ефективного лікування та соціальної адаптації особистості.

Впровадження арт-терапії у процес психокорекції стресових станів дозволить вирішити низку завдань завдяки її універсальності та багатофункціональності. Основні позитивні аспекти використання

допоміжних арттерапевтичних технологій подано в табл. 3.1. [9, с.172-174; 48].

Таблиця 3.1.

Характеристика комплексних арт-терапевтичних технологій

Види арттерапевтичних технологій	Цілі	Переваги	Можливості
Ігрова терапія – метод психотерапевтичного впливу на людей з використанням гри	Зростання, розвиток, реалізація внутрішнього потенціалу; розв'язання складних життєвих ситуацій, змодельовани х у ігровому процес	Ефективна при лікуванні психоемоційних розладів, допомагає висловлювати свої конфлікти, переживання і почуття	Запобігає розвитку нервовопсихічних патологій (зняття внутрішньої напруги, зменшення тривожності, страхів, фрустрації, агресії, недовіри та ворожості до оточення; корекція поведінкових розладів (девіацій)
Музикотерапія – напрям психотерапії, що об'єднує ідеї гуманістичної особистісно орієнтованої педагогіки з окремими психотерапевтичними технологіями; використовується як поняття, що дає змогу об'єднати «музику» і «терапію»	Управління психічним станом людини, «лікування», соціалізація	Дає змогу розвивати образний тип мислення; активізувати або розслабити людину; позитивно впливає на психоемоційний стан людини	Активізація розумової діяльності, підвищення працездатності, самооцінки, емоційної саморегуляції, особистісний розвиток, корекція міжособистісн их стосунків, розвиток самоконтролю, уяви, рефлексії, емпатії
Казкотерапія – один із креативних методів, що передбачає процес активізації ресурсів та особистісний потенціал людини	Відновлення душевної рівноваги, втеча від дійсності; вирішення конкретних проблем	Дає можливість діагностувати проблеми; допомагає в пошуку шляхів розв'язання особистих проблем	Сприяє розвитку естетичних почуттів; формує «етичний імунітет»; підтримує «імунну пам'ять»
Пісочна терапія – один із методів, що виник у межах аналітичної терапії К. Юнга; спосіб позбавлення від внутрішнього напруження, який	Відновлення цілісності; створення комфортних умов для розвитку; зменшення внутрішньої напруги	Запобігає швидкій втомлюваності, зниженню працездатності; допомагає формувати позитивно-емоційне ставлення до інших	Розвиток «тактильної чутливості», пізнавальних функцій, мови, моторики; «заземлення» негативної енергії;

суттєво підвищує впевненість людини у собі та відкриває нові шляхи для ефективного розвитку		людей, оточення в цілому; встановлювати довірливі стосунки у групі; підвищує самооцінку; покращує психологічне самопочуття	прояв творчої активності
Театральна терапія – один з методів психологічної роботи, що передбачає використання можливостей театру для досягнення позитивних змін в емоційному, інтелектуальному та особистісному розвитку людини	Розвиток вербальної та невербальної комунікації; ослаблення соціальних фобій; поліпшення саморефлексії самодисципліни і почуття відповідально сті; розвиток творчих здібностей;	Допомагає вільно володіти своїм тілом, не соромлячись його; звільнитися від внутрішніх утисків; втілювати через гру ідеї і мрії; розв’язувати характерологічні конфлікти; знімати психологічну напругу	Знімає напругу, дає змогу проявляти і розвивати уяву, варіативність мислення; допомагає адаптуватися; підвищує впевненість у собі; контроль над позитивними і негативними емоціями
Танцювально-рухова терапія – використовує рух для розвитку соціального, когнітивного, емоційного й фізичного життя людини	Пізнання себе, своїх особливих індивідуальних якостей; можливість розширити уявлення про самого себе, знайти нові шляхи вираження і взаємодії з іншими людьми	Передбачає доступність. Головна увага акцентується на вираженні людиною власних емоцій і почуттів під час руху, передбачає абсолютну свободу рухів	Зменшує напругу, тривожність, агресивність; сприяє ефективній взаємодії з собою, світом, людьми; встановленню контактів з оточуючими; допомагає усвідомити свої і чужі бажання, почуття, вчинки, за допомогою аналізу рухів; проявляти індивідуальність, щирість, сприймати себе

Отже, в умовах воєнного стану час арт-терапію активно використовують у психолого-реабілітаційній роботі з комбатантами, які мають психоемоційні розлади, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів; дітьми з проявами і наслідками психологічної траматизації; молоддю для подолання негативного спливу стресових станів; внутрішньо переміщеними особами для підсилення внутрішнього ресурсного

потенціалу, застосовуючи технології різні арт терапевтичні технології: ізотерапію, казкотерапію, пісочну терапію, танцювально-рухову терапію тощо [2]. Однак, на нашу думку, недооціненим є потенціал такого напрямку арт-терапії як музикотерапія або музична терапія, хоча деякі автори [38; 41] вже зосереджують свою уваги на можливостях музикотерапії в умовах воєнного стану.

Вплив музики на людину був відомий ще з давніх часів, коли музику використовували в лікувальних цілях у різних культурах. Сьогодні музична терапія визнана як ефективний спосіб лікування різних захворювань і станів, включно з хронічними хворобами, психічними розладами, травмами і стресом. Але все це було виявлено згодом, з розвитком науки та технологій, а почалося все ще з часів античності, коли Піфагор розгледів та відкрив, що в музиці інтервали невідривні від числа, оскільки вони виникають від співвіднесення кількості з кількістю, а також дослідив унаслідок чого виникають співзвучні та різнозвучні інтервали, гармонійні та негармонійні поєднання; а стараннями членів його співтовариства було побудовано математичну теорію гармонії, що стала поряд з арифметикою, геометрією і теоретичною астрономією, однією з чотирьох піфагорійських математичних дисциплін [28; 48; 68; 70; 78].

Початковий дослідний факт, з якого починається побудова вчення про гармонію, полягає в тому, що «музичні звуки бувають високими й низькими, і від високого звуку до низького можливий безперервний перехід: змінюючи натяг струни, ми змінюємо висоту звуку, роблячи його невизначено вищим або невизначено нижчим (причому низький звук греки називали «важким», а високий звук - «гострим»). Два голоси різної висоти укладають між собою деякий інтервал. Серед усіх інтервалів особливо виділяється октава». Співати в октаву - в якомусь сенсі те ж саме, що і співати в унісон. Голоси під час такого співу ведуть одну мелодію паралельно один одному і весь час зливаються в єдиному звучанні. Слід зазначити, що давньогрецька музика не

знала жодного іншого багатоголосного співу, крім співу в октаву, коли одну й ту саму мелодію співали хлопчики та чоловіки [28; 68; 78; 110; 125].

«Піфагор лікував багато хвороб духу, душі й тіла, граючи складені ним спеціальні композиції або ж читаючи в присутності хворого уривки з Гомера і Гесіода. У своєму університеті в Кротоні Піфагор починав і завершував день співом: уранці для того, щоб очистити розум від сну й пробудити активність, яка підходить для дня, ввечері спів мав заспокоїти й налаштувати на відпочинок» [28; 68; 70; 110; 125].

Давньогрецький філософ Платон приділяв значну увагу впливу музики на людину, розглядаючи її як важливий інструмент державного значення. Він вважав музику засобом виховання гармонії в особистості [70; 78].

Розвиток ідей Платона та Піфагора продовжив Аристотель, який створив вчення про мімезис — концепцію, що описує внутрішній світ людини та методи впливу на нього через мистецтво. Від часу Платона й Аристотеля і до сьогодні ідея відновлення душевної рівноваги за допомогою музики залишається ключовою у багатьох психотерапевтичних школах і напрямках [28; 45; 48; 68].

У Стародавньому Єгипті музика відігравала значну роль у релігійних ритуалах і медичних практиках. Єгиптяни вірили, що музика може впливати на душу і тіло, сприяючи зціленню. Музиканти часто супроводжували лікарів під час лікування, виконуючи спеціальні мелодії, які, як вважалося, могли полегшити страждання пацієнтів і відновити баланс в їхньому організмі [28; 48; 68].

У Стародавньому Римі музику продовжували використовувати в медичних цілях. Римські лікарі, такі як Гален, визнавали, що музика може впливати на настрій та емоційний стан пацієнтів. У римських лазнях часто звучала музика, що сприяло розслабленню і відновленню сил. Музику також використовували в театрах і на спортивних змаганнях для створення певної атмосфери та підняття духу [22; 28].

Варто окремо виділити Індію, тому що в них також широко використовували методи музикотерапії, що узгоджується з теорією раг, де кожна рага відповідає певному настрою, може істотно впливати на зміни стану людини, завдяки чому можна лікувати (на думку індійських лікарів) депресії та інші розлади.

«Рага - це мелодійна основа для імпровізації в індійській класичній музиці, зазвичай раги класифікувалися за сезонами або за часом доби, а раса - кінцева мета раги, духовне єднання слухача і виконавця через музику, передача слухачеві настрою і почуттів конкретної раги» [28; 78; 110].

У IX столітті в «Будинку мудрості» в Багдаді багато грецьких книг про медицину переклали арабською. Вчені ісламського світу перейняли античну ідею про світову гармонію, виражену в музиці. За словами філософа і теоретика музики Аль-Кінді, найкраще її втілював уд, струнний інструмент, що нагадує лютню. Спочатку у нього було чотири струни, і середньовічні лікарі уподібнили їх чотирьом першоелементам - вогню, воді, землі та повітрю - і порам року. До речі, Аль-Кінді наполягав на тому, що музикант має володіти бодай основами медичної діагностики, щоб його мелодії не нашкодили слухачам. Вчення, тексти і трактати сходу передалися Європі через Хрестові походи і Реконкісту. Тоді ж італійський лікар Петр Абанський запропонував використовувати музику, щоб регулювати пульс, а іспанський теоретик музики Бартоломео Рамос де Пареха опублікував свій трактат «Практична музика» (Musica practica) в Болоньї у 1482 році [28; 68; 78].

В епоху Ренесансу інтерес до музики як до засобу впливу на психічний стан людини зріс, і почали з’являтися перші наукові дослідження в цій галузі.

У цей час у цілющу силу музики не просто вірили, їй намагалися знайти раціональне пояснення. Наприклад, англійський лікар Річард Броклсбі в «Міркуваннях про силу музики» (1749) розповідав про музиканта, який ставив досліди на власному дворічному синові.

Багато лікарів XVIII століття вважали, що музика впливає насамперед на тіло - наприклад, на рідини, що рухаються нервовими волокнами.

Романтики не заперечували цього, але куди більшу увагу вони приділяли тому, як ритм і мелодія впливають на душу, на її найтонші безтілесні «рухи». Тому музикотерапія в XIX столітті стала союзницею психіатрії, яка активно розвивається. Під хвилю нових відкриттів підпали і художники, що зображали вплив музичної терапії в дії, так була написана картина Луї Галле «Сила музики», на якій зображено брата, що грає на скрипці для своєї сестри, через що вона впадає в глибокий сон, забуваючи всі страждання - душевні та фізичні [28; 78; 110].

В Новий час лікування музикою отримало новий поштовх і стало розвиватися за допомогою технологій. Тепер лікарі могли обійтися без допомоги музикантів і програвати потрібні мелодії самостійно. Нові технології швидко знайшли застосування в лікарнях. Уже на початку 1910-х американський хірург Еван О'Ніл Кейн вмикав фонограф в операційній, щоб заспокоїти пацієнтів перед процедурою. Іноді запис програвали під час операцій під місцевою анестезією [28; 48; 110; 125].

У XX столітті основи музикотерапії почали викладати в університетах як навчальну дисципліну. Один із перших таких курсів презентували 1918 року в Колумбійському університеті. Його розробили і читали Маргарет Ендертон та Іза Мод Ілсен - перша професійно займалася музикою, друга працювала медсестрою.

З часом у різних навчальних закладах почали впроваджувати академічні програми для підготовки професійних музикотерапевтів. Після Другої світової війни музикотерапія отримала ще більше поширення. Одним із найвідоміших арт-терапевтичних центрів у США стала клініка музичної терапії Нордофф-Роббінса, відкрита у 1990 році в Університеті Нью-Йорка.

На початку XX століття у музикотерапії сформувалося кілька провідних шкіл і професійних спільнот у різних країнах, таких як Англія, США, Японія, Німеччина та Італія. Однією з них є всесвітньо відома методика музичного розвитку дітей — Метод Судзукі (Сузукі), створений японським скрипалем і педагогом Сін'їті Судзукі [78].

Методика полягає у створенні середовища, насиченого музикою з наймолодшого віку, та навчанні дитини відтворювати ноти, музичні фрази, а згодом і повноцінні твори на слух, використовуючи музичний інструмент. Судзукі вважав, що музика є мовою, основою якої виступають звуки нот, так само як основою мовлення є фонеми – вимовні літери. Відповідно, дитину можна навчити музичної мови за тим самим принципом, що й розмовної: через слухання та спроби повторити почуте за оточуючими.

У 1968 році було створено музикотерапевтичне товариство «Nordisc Forbund for Pedagogisk Musik therapie», яке об'єднало країни Північної Європи: Норвегія, Данія, Швеція, Фінляндія й Ісландія. У 1969 році в Парижі заснували Музикотерапевтичний інститут, основною діяльністю якого стала групова терапія для пацієнтів із психічними розладами. У 1971 році в Швейцарії започатковано перший музикотерапевтичний форум, який став координатором розвитку цього напряму в країні. Подібні товариства виникли й в інших європейських державах, таких як Голландії, Швеції, Норвегії, Фінляндії, Данії, Іспанії, Німеччині. У 1975 році в Лондоні було створено Центр музичної терапії [63, с.229].

Європейські музикотерапевтичні школи розвинули різні концептуальні підходи. Наприклад, у Франції та Голландії музикотерапія широко застосовується як у психотерапевтичній практиці, так і в хірургії. При цьому музика підбирається відповідно до її фізіологічного впливу на організм, особливостей людини та характеру її хвороби. Шведська школа музикотерапії, заснована А. Понтвіком, базується на концепції психорезонансу, що передбачає взаємодію глибинних рівнів свідомості із гармонійними звуковими формами, які допомагають зробити ці рівні доступними для розуміння. Опираючись на ідеї К. Юнга, зокрема концепцію «колективного несвідомого», Понтвік розвинув теорію, згідно з якою звукові співвідношення та ефект обертонів можуть допомогти розкрити приховані шари людської психіки [48, с.40].

В Україні музикотерапія розвивається в рамках створених професійних організацій «Арт-терапевтична асоціація» (2003р.) і «Асоціація музикотерапевтів України» (2020р.).

Історія цього напряму в Україні має глибокі корені, проте як структурована галузь вона почала розвиватися значно пізніше, ніж у Західній Європі. Зародження інтересу до цілющих властивостей музики можна прослідкувати ще з часів Київської Русі та козацтва, коли музика супроводжувала релігійні обряди і військові походи, зокрема у вигляді кобзарства та народних пісень, що несли як розважальну, так і терапевтичну функцію для воїнів і селян.

Традиція стрілецької пісні, яка виникла в період боротьби Українських Січових Стрільців, також вважалася елементом моральної підтримки і національного духу, зберігаючи свою важливість в українському суспільстві до сьогодні.

У XX столітті музика почала відігравати значну роль у соціальній та терапевтичній сфері, зокрема у роботі з дітьми, ветеранами та пораненими. Після Другої світової війни музика використовувалась для підтримки психоемоційного стану солдатів та цивільних, що постраждали внаслідок конфліктів і депортацій [31].

А зараз люди співають гімн та інші українські пісні в окопах, метро, бомбосховищах, парковках та деінде, щоб підняти свій бойовий дух, підсилити віру у краще та відволіктися, відпочити і знизити рівень переживань. Ще на початку війни весь інтернет заполонили відео, де люди хором співають, щоб підтримати одне одного і надати сил рухатися далі. А найголовніше – показати свою незламність.

З цієї історчної справки видно весь важкий шлях, який пройшло людство, вивчаючи та досліджуючи вплив музики на людину та її стани, що не без підстав можна вважати великим проривом. Нині ж цей напрям не тільки активно досліджується, а й продовжує розвиватися, що доводить кількість статей та експериментів.

На сьогодні теорію і практику музичної терапії розвивають К. Кенінг, Н. Роджерс , С. Стангріт, К. Томайно, Е. Уорік, Р. Блаво, І. Тарханов, Д. Алвін, С. Шуршаджан, О. Антонова-Турченко, Г. Локарєва, І. Старикова, А. Черкаська, Г. Побережна, Л. Грініна, С. Протасова та інші.

Музична терапія, або музикотерапія, має багато напрямків та визначень. Наприклад, Австрійська професійна асоціація музичних терапевтів декларує наступне: «Музична терапія – це свідоме і плановане лікування людей, особливо з фізичними, психічними, інтелектуальними та соціальними розладами та умовами страждання. Метою є пом'якшення або усунення симптомів, зміна поведінки та ставлення, які потребують лікування, а також сприяння, підтримання або відновлення здоров'я. Музикотерапія тісно пов'язана з іншими суміжними науковими дисциплінами, такими як психотерапія, психологія, медицина, музикознавство та освіта» [40].

Н. Калька і З. Ковальчук зазначають, що музикотерапія – «це психологічна практика застосування мелодій та звуків для покращення психофізичного стану людини та відновлення емоційної рівноваги [28, с.63]. На думку Б. Барч і Г. Боднар «музикотерапія – це психотерапевтичний метод, що використовує музику в якості засобу корекції. Музикотерапія є одним із ефективних методів, що сприяє диверсифікації емоційно-інтелектуальної сфери особистості, підвищенню працездатності мозку, розвитку культури мислення майбутніх фахівців» [4, с.222]. На думку К. Швабе музикотерапію треба розглядати як один із методів комунікативної психотерапії. Виходячи з цього музика виступає як комунікативна система, функціями якої є комунікативне напруження і розслаблення, як невербальна форма комунікації [1].

Отже, музикотерапія – це спеціалізована галузь психотерапії, яка використовує музику для покращення фізичного, емоційного, когнітивного та соціального благополуччя людини, тому її цілями виступають: емоційне відреагування і аналіз емоційного стану людини; когнітивний розвиток; покращення фізичної координації і моторики; покращення комунікативних

навичок та сприяння більш ефективній соціальній взаємодії; зниження рівня стресу та тривоги, сприяючи глибокому розслабленню і психологічному благополуччю.

Розглянемо основні цілі музикотерапії як напряму психокорекції і психотерапії, корекційної педагогіки і освіти. Так, П. Сиротюк виділяє наступні психотерапевтичні цілі музикотерапії: «1) вираз і обробка за допомогою музики складних емоцій і їх усвідомлення; 2) покращення когнітивних функцій; 3) підвищення можливостей фізичної координації і моторики; 4) покращення комунікативних навичок та сприяння більш ефективній соціальній взаємодії, особливо у осіб з аутизмом та соціофобією; 5) психологічне полегшення та релаксація» [61].

В контексті визначених цілей автор виділяє сферу захворювань, де музикотерапія виявляє свої терапевтичні можливості: неврологічні розлади (наприклад, післястресові розлади), психічні захворювання (депресія, тривожні розлади тощо), розлади аутистичного спектра, хронічні хвороби та больові синдроми, реабілітація після інсульту чи травм, вікові захворювання.

Л. Кузьмінська визначає основні цілі музичної терапії такими: «активізація емоційних процесів (інтроспекція) у вигляді стимуляції процесів, які викликають інтрапсихічний аналіз патосихологічних конфліктів і їх усунення; активізація соціально-комунікативних взаємодій на невербальному та вербальному рівнях, які викликають подолання соціально-комунікативних порушень поведінки з патологічними ознаками; регуляція психовегетативно зумовлених порушень регуляції та інших станів психофізіологічного напруження; розвиток і диференціація здатності до естетичних переживань і насолоди, які сприяють руйнуванню обмежень, пов’язаних із патологіями переживань» [36].

О. Сорока та Л. Банкул окреслюють чотири ключові напрями терапевтичного впливу музикотерапії: «1) емоційне активування у ході вербальної психотерапії; 2) розвиток навичок міжособистісного спілкування (комунікативних функцій і здібностей); 3) регулюючий вплив на

психовегетативні процеси особистості; 4) підвищення естетичних потреб особистості» [67, с.193].

Отже, серед основних цілей музикотерапії як напрямку арт-терапії слід виділити наступні:

– активізація емоційних процесів і усвідомлення та вербалізація емоцій глибинного інтрапсихічного рівня з метою їх відреагування і зниження негативного і деструктивного впливу на особистість;

– розвиток комунікативних здібностей і покращення навичок соціальної і міжособистісної взаємодії;

– когнітивний розвиток особистості і її окремих когнітивних функцій, естетичний розвиток;

– покращення протікання психовегетативних процесів особистості;

– використання методів музикотерапії в лікуванні неврологічних і психічних розладів, хронічних захворювань, в паліативній допомозі.

Виходячи із зазначених цілей і проблем клієнта (групи клієнтів) виділяють наступні методи: 1) методи, спрямовані на відреагування, а також емоційну активацію; 2) тренінгові методи, які застосовуються у контексті поведінкової терапії; 3) релаксаційні і регулятивні методи; 4) комунікативні методи; 5) методи музичної імпровізації.

Методи музикотерапії поділяють на пасивні (рецептивні) та активні, залежно від того, як клієнт залучається до музичної діяльності. Рецептивні методи передбачають занурення клієнта в процес сприйняття музики без необхідності його активної участі. Натомість активні методи включають безпосередню участь клієнта, наприклад, через музичну імпровізацію [63].

П. Сиротюк виділяє такі активні форми музикотерапії: гра на музичних інструментах, спів та вокальні вправи, імпровізація, написання композицій та пісень [61]. При активній музикотерапії рекомендується використовувати нескладні музичні інструменти: дзвіночки, барабан, маракаси, цимбали тощо.

Основою активних форм музикотерапії виступає музична імпровізація. Е. Вейманн пише про музикотерапевтичну імпровізацію наступне: «Пацієнт

чи група пацієнтів співають або грають з терапевтом чи без нього, із структуруючими умовами, або ж без них (правила гри, теми), як правило, не володіючи особливими навиками гри на музичних інструментах або інших засобах генерування звуку. На відміну від традиційних форм імпровізаційного мистецтва, імпровізація у музикотерапії зазвичай не дотримується відомої моделі чи схеми (пісня, композиція, гармонія) а народжується у конкретний момент, спонтанно та непередбачувано» [16, с.40].

До музикотерапевтичних технік на основі імпровізації відносять вокальну терапію, музично-педагогічну реабілітацію, ігрову вокалотерапію, метод Нордофф-Роббінс, аналітичну музичну терапію тощо [63, с.230-231]:

– вокалотерапія виступає як метод активізації через психосоматику захисних і адаптаційних реакцій, в основі якого лежить класичний спів і акустичне стимулювання життєво важливих органів, метою якого є підвищення адаптаційного потенціалу особистості;

– ігрова вокальна терапія (Н. Єрьоміна) – це активний психокорекційний і оздоровчий метод, який об’єднує елементи вокальної терапії, рольових ігор та впливу музичними архетипами. Цей підхід ефективно застосовується при роботі з невротичними розладами, асоціальною поведінкою, затримками розвитку, порушеннями мовлення та моторики;

– метод Нордофф-Роббінс, розроблений П. Нордофф та К. Роббінс базується на використанні невербальної комунікації у формі діалогу. Основну роль у цьому методі відіграє вокалізація думок і почуттів, а також обмін простими ритмічними фігурами, такими як простукування барабана, дзвіночків або звуків фортепіано. Як зазначає Кеннет Е. Брассія її «основне завдання – розвинути самовираження, навики комунікації та людських взаємостосунків, виховати сильних особистостей, збільшити особисту та міжособистісну свободу та творчий потенціал, забрати патологічні паттерни поведінки» [8];

– аналітична музикотерапія та психотерапія застосовується для лікування психічних розладів, неврозів і функціональних порушень. М. Прістлі, одна з провідних фахівців у цій сфері, вбачає в цьому методі можливість дослідження несвідомого через психоаналіз «звукового самовираження» пацієнта, що реалізується в процесі спільного музикування [115]. Особливістю аналітичної музикальної терапії є те, що імпровізації клієнта часто стимулюються та керуються вербально та рухом (специфічні відчуття, ідеї, зображення, фантазії, уяву, події чи ситуації). Цей вид терапії був розроблений для дорослих з емоційними та міжособистісними проблемами;

– паравербальна терапія – це метод психотерапії, розроблений Е. Гаймліхом Як вказано в префіксі, «паравербальна» терапія використовує обидва невербальні та вербальні канали комунікації та різні експресивні медіа (виголошення, мову, музику, пантоміму, рух, психодраму, малювання та живопис) у нетрадиційний спосіб [93]. Метою цієї терапії є наповнення базових емоційних потреб клієнта, розвиток почуття самості, посилення самовираження та комунікації, забезпечення полегшення болючих емоцій, а також зменшення симптомів;

– терапія метафоричної імпровізації, яку розробили Ш. Каш та К. Мерл-Фішман. Модель поєднує музичну терапію та психотерапію й була початково задумана як форма індивідуальної терапії з умовами групи, коли працює два терапевти. Її метою є збільшення самоусвідомлення, контакту, спонтанності та близькості до себе та інших людей;

– терапія інтегрованої імпровізації була розроблена П. Сімпкінсом як результат його роботи з нетиповими дітьми, що мають різні діагнози. Пізніше він адаптував її до підлітків із проблемами. Мета терапії – сполучити різні аспекти світу клієнта, включаючи: різні почуття, тіло та психіку, его та ід з суперего, несвідоме зі свідомим і тут-і-зараз, невербальний досвід з вербальним, самоусвідомлення з іншими [93].

Найчастіше використовують рецептивну музикотерапію, яка існує у трьох формах: комунікативній (спільне прослуховування музики, спрямоване на підтримку взаємних контактів і довіри), реактивній (спрямованій на досягнення катарсису) та регулятивній (сприяє зниженню нервово(психічної напруги). Серед рецептивних форм музикотерапії слід виділити прослуховування музики, музичну медитацію і релаксацію, музично-рефлексивну терапію. Клієнтам або учасникам групи пропонується прослухати музичні твори, а потім обсудити особисті переживання, спогади, думки, асоціації, фантазії, які виникають під час прослуховування.

В сучасній практиці музикотерапії як методу психокорекції використовують інтеграційний та комплексний підхід, в якому поєднуються рецептивні методи (прослуховування музики), методи музичної імпровізації (активна участь клієнта через гру на музичних інструментах, вокалізація тощо), вербальні методи (аналіз і обговорення емоцій і почуттів), тілесно-орієнтовані техніки (наприклад евритмія [7]), музична психодрама [40], техніки, що застосовуються в інших психотерапевтичних школах, а також індивідуальні і групові форми музикотерапії.

Отже, застосування засобів музикотерапії, її рецептивних і активних імпровізаційних форм, в поєднанні з іншими методами і техніками психотерапії психодинамічного, когнітивного, поведінкового і гуманістичного напрямків може виступати ефективним арт-терапевтичним напрямком психокорекції стресових станів студентів ЗВО під час війни.

Музична терапія може позитивно впливати на фізичний стан людини, зменшуючи біль, знижуючи кров’яний тиск, прискорюючи процес одужання і покращуючи функціональні здібності. Крім того, музична терапія може допомогти зменшити симптоми психологічних розладів, таких як депресія, тривога і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також поліпшити настрій, самооцінку і якість життя.

Механізми, що лежать в основі впливу музики, включають в себе вплив на нервову, ендокринну, імунну і серцево-судинну системи. Музика може

також стимулювати виділення ендорфінів, які є природними знеболювальними та антидепресантами.

Загалом, музична терапія може бути ефективним інструментом для поліпшення фізичного та психологічного стану людини, і її потенціал у лікуванні різних захворювань і станів продовжує зростати.

У контексті терапії, музикотерапія допомагає людям справлятися з багатьма психоемоційними розладами, надаючи безпечний простір для дослідження і вираження своїх емоцій. Дослідження показують, що музика може активувати ділянки мозку, відповідальні за емоції, пам’ять і навіть фізичний стан, що робить її потужним інструментом для роботи з психологічними проблемами.

Вона має широкий і різноманітний вплив на фізіологічні та психологічні аспекти людського організму, про що свідчать численні дослідження. Наприклад, одне з досліджень показує, що прослуховування музики перед стресовою ситуацією знижує рівень кортизолу в учасників, що вказує на позитивний вплив музики на емоційний стан [124].

А наступне дослідження, проведене мета-аналізом, показує, що музична терапія значно знижує рівень тривожності та депресії в пацієнтів із різними психічними розладами [90, с. 200-217]. Дослідження 2003 року (Levitin D. J. & Menon V.) акцентувалося на фізичному стані пацієнтів. Воно показало, що музика активує ділянки мозку, пов’язані не тільки зі сприйняттям звуку, а й з емоційною та фізичною реакцією, що може позитивно впливати на здоров’я [106, с. 699-700].

Дослідження, присвячені впливу музики на психічне здоров’я, підкреслюють її багатогранний вплив на емоційний стан, когнітивні функції та соціальні взаємодії. Музика, як універсальна мова, здатна викликати широкий спектр емоцій, що робить її цінним інструментом у терапії та повсякденному житті. Музика може знижувати рівень стресу, зменшуючи концентрацію кортизолу в організмі. Це свідчить про те, що музика може бути використана для управління емоційним станом у стресових ситуаціях,

допомагаючи людям справлятися з тривогою і депресією. Мета-аналіз Grocke і Wigram (2007) підтверджує, що музична терапія є ефективним засобом для зниження тривожності та депресії у пацієнтів із психічними розладами. Це відкриває нові горизонти для використання музики в клінічній практиці, пропонуючи альтернативні методи лікування, які можуть бути більш прийнятними і доступними для пацієнтів [90, с. 200-217]. Загалом, дослідження показують, що музика є потужним і універсальним інструментом, який може мати позитивний вплив на психічне та емоційне здоров'я. Вона може бути використана як у терапевтичних цілях, так і в повсякденному житті для поліпшення загального самопочуття, зниження стресу і підвищення якості життя. Важливо продовжувати досліджувати і розвивати застосування музики в різних галузях, включно з психологією, медициною та освітою, щоб максимально використовувати її потенціал для поліпшення здоров'я і благополуччя.

«З погляду фізіології, у пацієнта можуть поліпшитися такі показники здоров'я:

- регуляція серцево-судинної системи. Музика може впливати на серцевий ритм, артеріальний тиск і частоту дихання, зменшуючи фізіологічні прояви стресу;
- покращення моторних навичок. Це особливо важливо для пацієнтів із неврологічними порушеннями. Музична терапія допомагає у відновленні моторики та координації;
- болезаспокійливий ефект. Дослідження показали, що музика здатна знижувати сприйняття болю, що особливо актуально в постопераційних умовах і хронічних захворюваннях;
- стимуляція імунної системи. Прослуховування музики покращує імунну реактивність, збільшуючи виробництво певних антитіл і зменшуючи рівень стрес-пов'язаних гормонів» [61].

Також торкаючись фізіологічного аспекту здоров'я пацієнта, який потребує допомоги, можна сказати, що, як і «медитація, йога, біологічний

зворотний зв’язок та інші практики, спрямовані на гармонізацію душі й тіла, музика з ритмом близько 60 ударів за хвилину - включно з деякими творами бароко й сучасними оркестровками - може допомогти перенести нашу свідомість із бета-хвиль до альфа-діапазону.» Це, своєю чергою, сприяє поліпшенню загального самопочуття і концентрації. «Прослуховування музики в домашніх умовах, на роботі чи в навчальних закладах може створити гармонійний баланс між більш логічною лівою та більш інтуїтивною правою півкулями мозку, що сприяє обміну ідеями та є основою творчого процесу» (Настюк О.) [45, с. 179-180].

Більше того, якщо розглядати хімічні реакції в організмі людини, то «музика здатна підвищувати рівень ендорфінів - природних «опіатів», які виробляє мозок. Останнім часом ендорфіни стали об’єктом безлічі біомедичних досліджень. Хімічні речовини, які утворюються в організмі під впливом радості та емоційного багатства музики, сприяють виробленню анестетиків і зміцнюють імунну систему. У дослідницькому центрі в Стенфорді (Каліфорнія) вчений Аврам Гольдіггейн виявив, що половина його пацієнтів відчувала ейфорію під час прослуховування музики. Він висунув гіпотезу, що «музичне задоволення» - це почуття піднесення, що виникає внаслідок прослуховування певної музики, викликане вивільненням ендорфінів. Ці речовини виробляються гіпофізом і є наслідком електричної активності в мозку, пов’язаної з роботою лімбічної системи та автономної нервової системи. Ін’єкція налаксону, речовини, що блокує дію опіоїдів, призводила до зникнення «піднесених» відчуттів від прослуховування музики» (Настюк О.) [45, с. 180].

Музика впливає на вироблення гормонів, які допомагають знизити рівень стресу. Анестезіологи відзначають, що у людей, які регулярно слухають розслаблюючу музику, рівень стресових гормонів у крові значно знижується. Як зазначає у своїй праці Настюк О.: «у деяких випадках це може слугувати альтернативою медикаментозному лікуванню. Музика і звуки здатні активізувати імунну систему. Здатність організму ефективно

боротися із захворюваннями пояснюється гармонійною роботою всіх його систем: правильною циркуляцією крові, лімфи та інших рідин, а також злагодженою діяльністю печінки, селезінки та нирок» [45, с. 180].

Таким чином, музикотерапія є потужним інструментом, який може чинити значний вплив на фізичний стан людини. Вона допомагає знижувати рівень стресу, керувати болем, покращувати відновлення, підтримувати серцево-судинну та дихальну функції, а також підвищувати якість життя. Інтеграція музикотерапії в медичну практику може істотно поліпшити фізичне та емоційне благополуччя пацієнтів.

Музикотерапія являє собою унікальний і потужний інструмент, що сприяє поліпшенню і психологічного стану людини. Дослідження показують, що музика має здатність впливати на емоції, знижувати рівень стресу і підвищувати загальне самопочуття. Вона може стати засобом самовираження та емоційної розрядки, допомагаючи людям справлятися з тривогою, депресією та іншими психологічними проблемами. У процесі музикотерапії пацієнти не тільки слухають або створюють музику, а й занурюються у світ звуків, який сприяє глибокому внутрішньому зціленню. Ефективність музикотерапії ґрунтується на її здатності активувати різні ділянки мозку, що відповідають за емоції, пам’ять і сприйняття, що робить її важливим доповненням до традиційних методів лікування. У цьому контексті музика стає не просто мистецтвом, а потужним засобом для досягнення психологічного благополуччя і гармонії.

Сиротюк П. серед психологічних ефектів музики виділив такі як:

- «поліпшення настрою і зниження тривожності. Музика може викликати почуття щастя, розслаблення і благополуччя, допомагаючи справлятися з тривожністю і депресією;
- стимуляція когнітивних функцій. Вона сприяє поліпшенню пам’яті, уваги та інших когнітивних здібностей, що особливо корисно в роботі з пацієнтами, які страждають на когнітивні порушення;

- емоційне вираження та обробка. Музика допомагає людям висловити глибокі та часто неусвідомлені емоції, сприяючи їхньому опрацюванню та інтеграції;
- соціальна взаємодія та комунікація Музичні заняття сприяють соціальній інтеграції та поліпшенню комунікативних навичок, особливо у людей з обмеженими можливостями для спілкування» [61].

Робота Bradt і Dileo (2014) підкреслює, що музичні інтервенції можуть бути корисними для пацієнтів, які перебувають на механічній вентиляції, допомагаючи їм справлятися зі стресом і покращуючи загальний стан здоров'я. Це підкреслює необхідність інтеграції музики в медичні протоколи для поліпшення якості життя пацієнтів [83].

Ще одне дослідження Schellenberg (2005) демонструє, що заняття музикою можуть значно покращувати когнітивні здібності, такі як пам'ять і увага. Це підкреслює важливість музичної освіти в дитячому та дорослому віці, оскільки вона може сприяти розвитку розумових здібностей і креативності [119].

Нейропсихологічні дослідження Blood і Zatorre (2001) вказують на те, що музика активує ділянки мозку, пов'язані з системою винагороди та емоціями. Це підтверджує, що музика не тільки впливає на наш настрій, а й може бути використана для формування позитивних емоційних реакцій, що робить її потужним інструментом у психотерапії [81].

Музикотерапія має значний вплив на психологічний стан людини, пропонуючи безліч переваг. По-перше, вона сприяє зниженню рівня стресу і тривожності, допомагаючи пацієнтам розслабитися і справлятися з негативними емоціями. По-друге, музика стає потужним засобом самовираження, даючи змогу людям ділитися своїми переживаннями і знаходити емоційну розрядку. Крім того, музикотерапія активує різні ділянки мозку, що сприяє поліпшенню когнітивних функцій, пам'яті та сприйняття. Цей підхід також може поліпшити загальне самопочуття, підвищуючи настрій і сприяючи відчуттю щастя та задоволеності життям. Важливо

зазначити, що музикотерапія може бути ефективним доповненням до традиційних методів лікування, даючи змогу поглибити процес зцілення і відновити внутрішню гармонію. Загалом, музикотерапія не тільки допомагає справлятися з психологічними проблемами, а й сприяє розвитку емоційної стійкості, що робить її цінним інструментом у сфері психічного здоров'я.

Музика безпосередньо впливає на центральну нервову систему через слуховий аналізатор, активуючи мозкові структури, відповідальні за емоційні, когнітивні та моторні реакції. Слухання музики стимулює центри мозку, які обробляють ритм, координують рухи та регулюють емоційні стани. Ритмічні елементи музики синхронізуються з фізіологічними процесами, такими як серцевий ритм, дихання та м'язова активність, сприяючи розвитку ритмічного відчуття й узгодження рухів з музикою (Koelsch) [101].

«Музика стимулює різні ділянки мозку, включаючи:

- префронтальну кору — забезпечує когнітивний контроль і емоційну регуляцію;
- моторну кору — відповідає за координацію рухів;
- лімбічну систему — активує емоційні реакції, включаючи задоволення і релаксацію.»

Ритмічні звуки музики також впливають на моторну систему через синхронізацію нейронної активності, що робить музикотерапію ефективною для відновлення рухових функцій у людей з неврологічними порушеннями (Thaut et al.) [123]. Ритмічна структура має вплив на вегетативну нервову систему, нормалізуючи фізіологічні процеси: сповільнювати серцевий ритм і сприяти глибокому диханню, створюючи релаксаційний ефект; впливати на м'язову активність, що допомагає знижувати напругу та покращує моторику (Schneider et al) [121, с. 688-694]. Ритмічна музика сприяє відновленню рухових функцій після інсульту або травм мозку через активацію моторної кори.

Дослідження показують, що музика є ще й ефективним засобом зниження стресу. Вплив ритму і мелодії сприяє зниженню рівня кортизолу, гармонізує емоційний стан і підвищує стійкість до стресових ситуацій (Pelletier) [114, с. 192-214].

Емоційний розвиток є важливою складовою музичної терапії, що підтверджується численними психологічними дослідженнями. Музика виступає потужним тригером емоцій, здатним викликати широкий спектр почуттів — від радості й натхнення до смутку чи заспокоєння. Прослуховування мелодій сприяє розвитку емоційної чуйності, що є особливо корисним для осіб із труднощами у розумінні або вираженні власних емоцій [96].

Одним із основних механізмів у музикотерапії є навчання асоціації між музичними елементами та емоціями. Наприклад, повільний темп мелодії асоціюється з відчуттям спокою, тоді як швидкий темп стимулює бадьорість і активність. Такі вправи є ефективними для осіб із підвищеним рівнем тривожності, оскільки вони сприяють розвитку навичок емоційного самоконтролю, зниженню стресу і покращенню емоційного стану. Дослідження показують, що виконання музичних вправ підвищує рівень ендорфінів — гормонів щастя, які відіграють важливу роль у стресових ситуаціях (Koelsch) [102; 97].

Крім того, естетичне сприйняття музики сприяє розвитку емоційної виразності та чутливості до краси й гармонії. Естетичний вплив музики стимулює уяву та здатність до емпатії, формуючи глибше емоційне сприйняття. У практиці музикотерапії це може проявлятися у використанні додаткових засобів вираження, таких як рухи, малювання чи пантоміма. Такі методи дозволяють учасникам висловлювати свої емоції, покращуючи їхнє розуміння як себе, так і оточуючих.

Музичне виховання та терапія також мають значний вплив на формування емоційної емпатії та впевненості у собі. Вони допомагають людям сприймати музику не лише як форму мистецтва, але й як інструмент

для кращого розуміння власних почуттів та емоцій інших людей. Це робить музикотерапію ефективним засобом зниження рівня стресу та покращення загального емоційного благополуччя [84].

Сенсорна стимуляція за допомогою музики є особливо важливою для людей із сенсорними порушеннями, зокрема порушеннями слуху. Вони можуть сприймати музику через вібрації, відчуваючи її за допомогою дотику до музичних інструментів або через підлогу, що резонує під час гри на піаніно або інших інструментах [121, с. 688-694]. Цей тактильний досвід дозволяє розрізняти різні аспекти музики, такі як ритм і інтенсивність звуку, навіть без здатності повністю чути її [109, с. 259-266].

Дослідження показали, що така форма музикотерапії стимулює розвиток тактильного сприйняття, координації та реакцій на навколишнє середовище [88, с. 132-145].

Наприклад, коли ставлять руки на поверхню барабана або іншого інструмента, людина відчуває ритм і може синхронізувати свої рухи з музикою, що допомагає у розвитку моторики та координації.

Музикотерапія є ефективним інструментом для стимуляції когнітивних процесів, зокрема пам’яті, концентрації та уваги. Участь у музичних вправах і прослуховування музики активують ділянки мозку, відповідальні за обробку звукових і ритмічних сигналів, що сприяє покращенню когнітивної діяльності. Дослідження демонструють, що регулярні заняття музикою підвищують здатність запам’ятовувати інформацію, розвивають навички читання, рахування та вміння слухати, завдяки чому музикотерапія є цінним ресурсом для навчання [113].

Також було виявлено, що люди, які займаються музикою, мають вищий рівень креативності та критичного мислення, адже музикотерапія передбачає активне використання уяви та інтерпретацію різноманітних звукових сигналів. Це пов’язано з активацією лівої та правої півкуль мозку, що покращує асоціативне мислення й здатність до пошуку нестандартних

рішень. Активне використання уяви під час інтерпретації звукових сигналів сприяє розвитку критичного мислення (Sloboda, Juslin) [96].

Музика підсилює когнітивне сприйняття через інтеграцію кількох сенсорних аналізаторів — слухового, зорового, тактильного та рухового, що покращує здатність до обробки та синтезу інформації, необхідної для успішного навчання. Виконання ритмічних вправ стимулює координацію між цими системами. Наприклад, тактильна взаємодія з інструментами покращує зв'язок між моторними й когнітивними функціями, що є особливо важливим для дітей та людей із когнітивними розладами (Thaut et al) [123].

Музичні вправи покращують робочу пам'ять та здатність до концентрації, оскільки вони потребують одночасного виконання кількох когнітивних завдань, таких як аналіз ритму, мелодії та динаміки звуку. Прослуховування музики активує гіпокамп і префронтальну кору — мозкові структури, пов'язані з формуванням довготривалої пам'яті та уваги (Koelsch) [101].

Музика також позитивно впливає на розвиток мовленнєвих навичок. Дослідження показали, що прослуховування музики та ритмічні вправи стимулюють вербальну пам'ять, покращуючи здатність до запам'ятовування слів і фраз. Ці ефекти є особливо корисними для людей із розладами мовлення, оскільки музика полегшує розвиток фонематичного сприйняття та артикуляції (Särkämö et al.) [118].

Вплив музики не оминув і соціальну взаємодію та адаптацію. Групові музичні та музикотерапевтичні заняття є ефективним засобом для розвитку соціальних навичок, комунікації та співпраці. Участь у таких заняттях дозволяє людям навчитися взаємодії з іншими, удосконалювати вміння слухати партнерів і працювати в команді. Спільне виконання музичних творів, гра на інструментах або ритмічні ігри формують почуття єдності та належності до групи, що є важливим для розвитку соціальної інтеграції та емоційного благополуччя (Koelsch et al) [103, с. 307-316]. Музикотерапевтичні методики, такі як ритмічні ігри, можуть бути

ефективним інструментом для людей із соціальною тривожністю або труднощами у спілкуванні. Учасники вчаться реагувати на сигнали інших, синхронізуючи свої дії з ритмом та слідуючи певним вказівкам, що допомагає розвинути впевненість і навички комунікації [116, с. 484-498]. Використання ритму сприяє розвитку здатності до адаптації та гнучкості у взаємодії з іншими людьми, а навчання синхронізації рухів і реагування на невербальні сигнали під час гри в колективі допомагає розвивати емоційний інтелект і соціальну чутливість.

Ці механізми разом формують цілісне сприйняття та емоційну гармонію, що допомагає людям із сенсорними порушеннями краще адаптуватися та інтегруватися в соціум.

3.2. Практичні аспекти застосування музикотерапії в сучасних умовах

Теоретичний аналіз проблеми впливу стресу на психоемоційний стан особистості і результати емпіричного дослідження психологічних наслідків стресу для здобувачів вищої освіти в умовах воєнного стану доводять про необхідність професійного застосування психологічних і психотерапевтичних технологій і методів подолання стресу і психокорекції стресових станів високої інтенсивності і негативної емоційної модальності.

Основними цілями психокорекційних програм для студентів можуть бути: 1) подолання деструктивного впливу стресу, пов’язаного із негативними наслідками активних бойових дій (артилерійські і ракетні обстріли, пошкодження житла та інфраструктури на території проживання, переміщення з тимчасово окупованих територій, матеріальні і фінансові збитки, втрата роботи, дистанційне навчання тощо); 2) корекція негативних психоемоційних станів (високий рівень тривожності і фрустрації, прояви депресивної симптоматики, поведінкові порушення, розлади соціальної і психологічної адаптації, психосоматичні розлади тощо); 3) актуалізація адаптаційного потенціалу особистості і формування її релильєнтності; 4)

попередження і профілактика виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР), адиктивної і суїцидальної поведінки; 5) формування позитивного ставлення до навчання і професійного розвитку в умовах війни.

Теоретичний аналіз терапевтичних можливостей музикотерапії довів, що включення в психокорекційні програми методів музичної терапії, дозволить підвищити ефективність психологічної допомоги з подолання психологічних наслідків стресу для різних категорій населення, в тому числі і студентської молоді. В цьому аспекті нами було проведено невелике опитування серед студентів, які приймали участь у психодіагностичному обстеженні (другий розділ даного дослідження).

На позитивний вплив музики вказують результати нашого дослідження, деякі з них вже були описані раніше, а зараз звернемо увагу на те, які емоції та почуття відмітили респонденти та респондентки у таблиці нижче після прослуховування музичних творів (табл. 3.2.). Студентам було надано досить об’ємний перелік, тож тут ми наведемо ті, що були найбільш популярними. А повний список можна переглянути в додатку В.

Таблиця 3.2.

Емоції та почуття від прослуховування музики

радість	35	59.32%
задоволення	49	83.05%
зацікавленість	17	28.81%
ентузіазм	25	42.37%
щастя	33	55.93%
безтурботність	34	57.63%
любов	19	32.20%
натхнення	35	59.32%
гармонія	33	55.93%
оптимізм	22	37.29%
впевненість	22	37.29%
пристрасть	19	32.20%
блаженство	18	30.51%
ейфорія	15	25.42%
спокій	30	50.85%
сум	11	18.64%
смуток	9	15.25%
самотність	13	22.03%
меланхолія	14	23.73%

В нашому переліку були наведені як позитивні, так і негативні емоції різних діапазонів для більшої варіативності, і, як видно з таблиці, переважна більшість емоцій позитивні, а негативні не набрали більше 13 балів, що ще раз показує терапевтичний вплив прослуховування музики. 12 людей навіть позначили, що слухання музичних творів дало їм відчуття безпеки. Був один важливий коментар від респондента: «також залежить від настрою та обставин»,- ці фактори дійсно є значними, а беручи до уваги складні умови, в яких ми живемо (постійні повідомлення про загрозу, обстріли, новини та хвилювання за близьких), це ще раз показує як музика покращує психоемоційний стан. І навіть негативні емоції, обрані більшістю не є критичними або сильно вираженими.

Тож музика дає людям надію та гарні враження, знижуючи рівень їхнього стресу та допомагає в боротьбі з його наслідками. Цей висновок підтверджують і самі опитані студенти, які оцінили вплив цього методу на їх стан.

Далі опитаним було запропоновано оцінити вплив музики на їхній емоційний стан, настрій і можливості подолання стресу. На рис. 3.1. представлено результати відповідей на питання: «Наскільки прослуховування Вашої улюбленої музики допомагає Вам справлятися із стресом в умовах війни?» (рис. 3.1.).

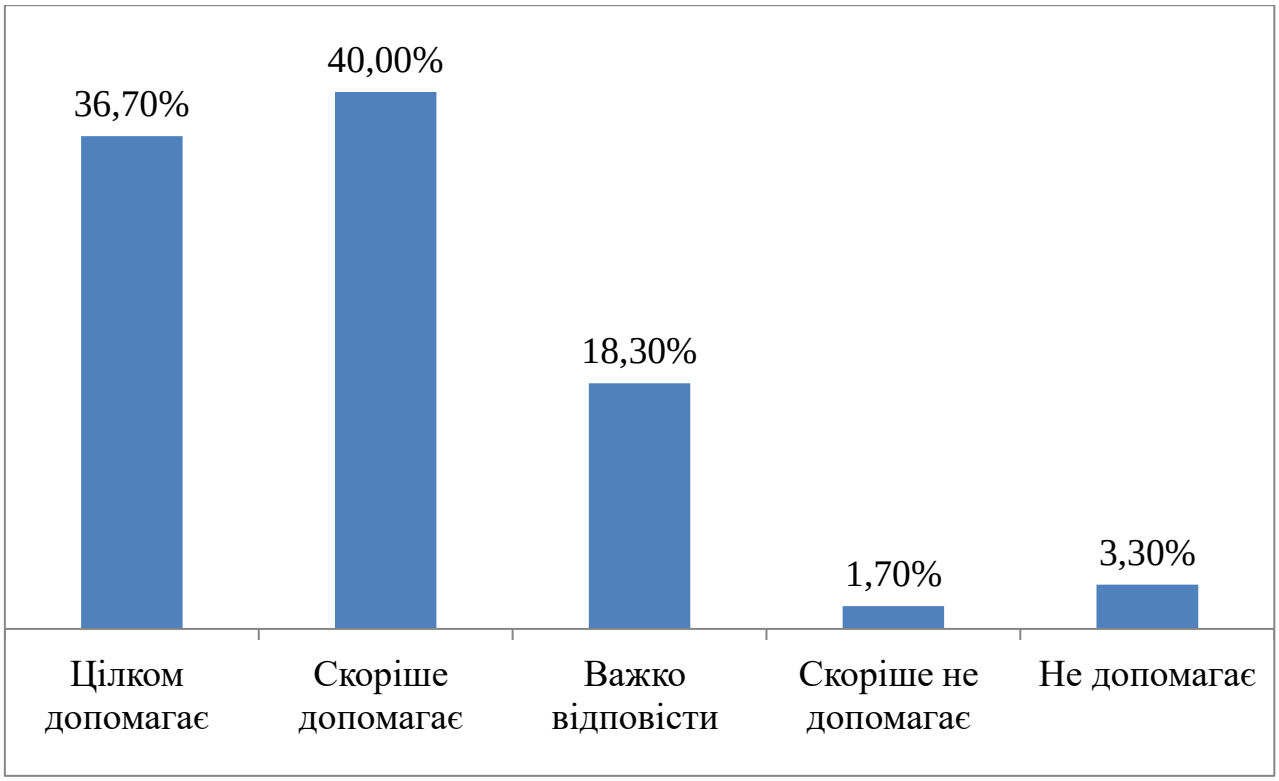

Рис. 3.1. Оцінка студентами впливу музики на подолання стресу в умовах війни (у %)

Як видно з діаграми приблизно 77% опитаних вважають, що прослуховування улюбленої музики допомагає їм справлятися із стресом і психологічною напруженістю. Негативний показник впливу музики варіює від 2% до 3%. Результати показали, що за власними відчуттями студенти доволі високо оцінюють вклад засобу музикотерапії в покращення їх психоемоційного стану. Це дає підстави стверджувати, що музичну терапію можна та навіть потрібно вводити як засіб стабілізації як в навчальний процес, так і в повсякденність українців.

Респондентам також було запропоновано визначити ефект від прослуховування музики, відповівши на питання: «Яким чином на Вас впливає прослуховування музики в умовах війни?» (рис. 3.2.).

Рис. 3.2. Відповіді питання «Яким чином на Вас впливає прослуховування музики в умовах війни?» (можна було обрати декілька відповідей)

Отже, більшість студентів вважають, що музика позитивним чином впливає на їхній психоемоційний стан (викликає позитивні емоції і відчуття, допомагає розслабитися і зняти напругу, створює комфортну атмосферу, дає надію та впевненість). Негативний ефект (переживання, негативні емоції та відчуття, печаль) від прослуховування музики виявляє значна меншість опитаних, що, на нашу думку залежить від об'єктивних факторів – ситуації на фронті, посилення ракетних ударів, загибель близьких і знайомих тощо (таких більше серед студентів прифронтових територій). Але байдужим вона нікого не залишає.

Було оцінено готовність студентів приймати участь в програмах подолання стресу засобами музикотерапії. Їм було запропоновано відповісти

на питання: «Якщо б Вам представилась можливість прийняти участь у психологічних програмах з подолання стресу засобами музикотерапії, чи погодилися б Ви прийняти участь?» (рис. 3.3.).

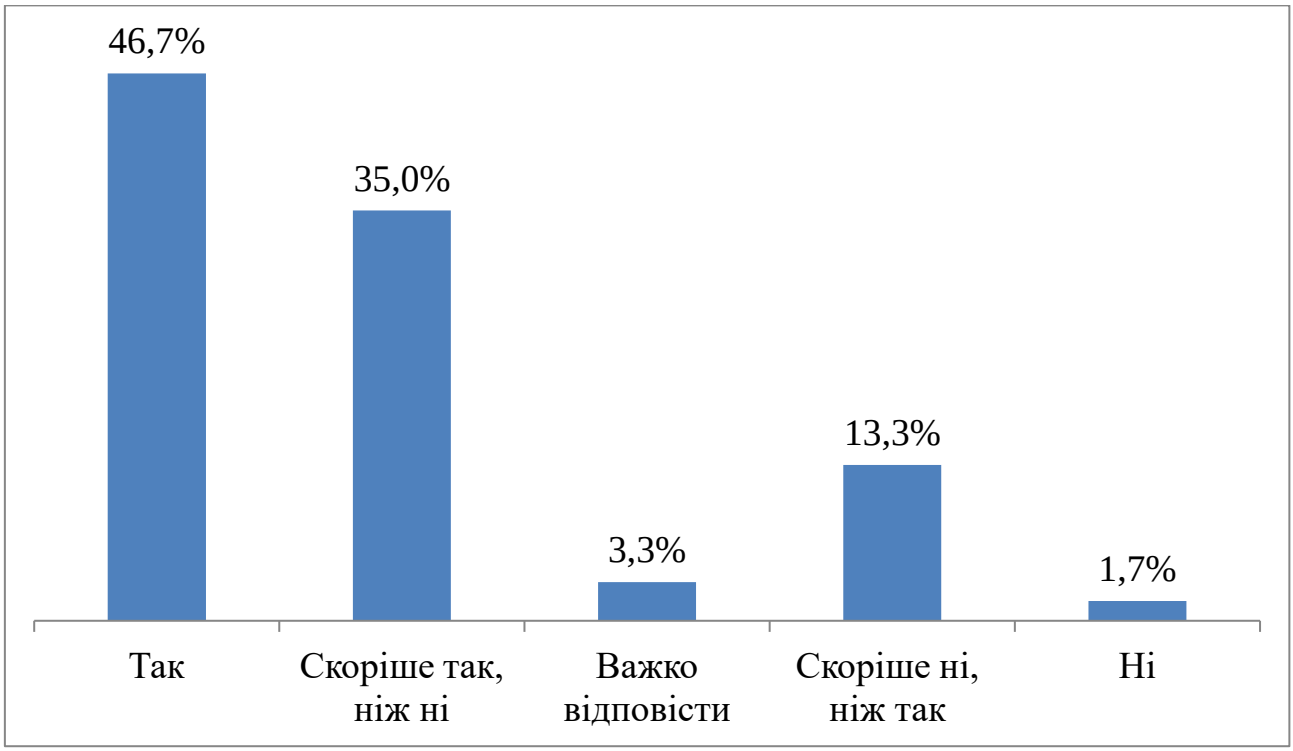

Рис. 3.3. Оцінка готовності студентів приймати участь в програмах подолання стресу засобами музикотерапії

Як видно з діаграми майже 82 % опитаних студентів виявили готовність приймати участь у психокорекційних програмах засобами музикотерапії, 15 % опитаних не вважають це за потрібне. Отже, наведені результати опитування вказують на необхідність розроблення програм психокорекції стресових станів студентів.

При розробці таких програм для здобувачів вищої освіти потрібно враховувати наступне:

– по-перше, враховуючи воєнний стан і частково або повністю дистанційне навчання у навчальних закладах прифронтових територій, слід орієнтуватися на онлайн формат взаємодії з учасниками, що потребує як технічного забезпечення, так і встановлення попереднього контакту з учасниками через соціальні мережі;

– по-друге, програма може бути як в індивідуальній, так і в груповій формі, тому важливим аспектом роботи є врахування потреб, музичних переваг окремого учасника і групи в цілому, орієнтування на психологічний запит учасників;

– по-третє, програма повинна включати діагностувальний етап, корекційний етап і завершальний етап (оцінка психоемоційних змін учасників);

– по-четверте, застосування інтеграційного та комплексного підходу у виборі методів музикотерапії (активних і пасивних) і методів інших психотерапевтичних напрямків.

– по-п’яте, такі програми слід адаптувати та корегувати в залежності від цілей психокорекційного впливу, кількості терапевтів (або ведучих групи в тренінговому форматі), форми проведення занять або сесій – в звичайному очному форматі або в дистанційній онлайн формі через відеоконференцію, досвіду терапевтів (наявність сертифікату музикотерапевта чи іншого психотерапевтичного напрямку).

На першому етапі є важливою психодіагностика психоемоційних і стресових станів студентів. Підбір психодіагностичних методик здійснюється відповідно поставленої мети психокорекційної програми і запиту групи на вирішення психологічних проблем, пов’язаних із стресом. Результати психодіагностики і виявлення психологічного запиту учасників групи дозволять сформулювати терапевту основні цілі музикотерапевтичної роботи, розробити стратегічний план і тематичну послідовність зустрічей і занять, а також визначити орієнтовні методи (активні чи рецептивні) музикотерапії в поєднанні з іншими техніками психокорекційного втручання.

Другий етап – етап практичної психокорекційної роботи. Даний етап представляє собою практичну реалізацію цілей програми і включає в собі застосування методів і технік, які найбільш ефективні (згідно результатів психодіагностики і визначеного кола психологічних проблем учасників) в

досягненні мети програми. Коротко зупинимося на деяких з них, що потребують пояснення.

Так, вибір і застосування активних методів музикотерапії (музичної імпровізації) залежить від кількох чинників: по-перше, наявність у терапевта музикотерапевтичного досвіду або сертифіката музикотерапевта в певному практичному підході, а також досвіду роботи з іншими психотерапевтичними техніками (арт-терапія, психодинамічні школи, когнітивна і поведінкова терапія, тілесно-орієнтована терапія тощо); по-друге, в деяких музикотерапевтичних підходах вимагається музична освіта, вміння грати на музичних інструментах або робота в програмі двох терапевтів; по-третє, матеріально-технічне оснащення – приміщення, музичні інструменти, інші технічні засоби.

Наведемо приклад застосування музикотерапевтичної імпровізації в підході П. Нордофф та К. Роббінс**,** який вони назвали «Творча музична терапія» [8]. Творча музична терапія може реалізуватись через індивідуальні та групові заняття. В ідеальному випадку, двоє терапевтів працюють в команді – один імпровізує за фортепіано, щоб надати клієнтові терапевтичний музичний досвід, а інший допомагає клієнтові відповідати на імпровізацію та клінічний задум терапевта за фортепіано. В індивідуальній терапії клієнт, в основному, використовує два засоби: вокал/спів, гру на барабані чи цимбалах, інші інструменти, які беруть за необхідності. В груповій терапії клієнт співає, грає на великій кількості ударних, струнних та духових інструментах, бере участь в спеціально розроблених музичних сценах. Серед основних технік: презентація і/чи демонстрація інструментів, імпровізація музики, що стимулює спів або гру на інструментах, налагоджує музичну гру, допомагає клієнтові висловити або відобразити його/її музичні ідеї чи імпульси, забезпечення таких музичних засобів, які підтримують імпровізацію клієнта і роблять її більш значущою, надання імпровізації музичної форми [8].

Рецептивні методи музикотерапії передбачають прослуховування музики і подальше обговорення емоцій, почуттів і думок, які вона викликає. Це найбільш поширені методи в музикотерапії, тому що не вимагають глибинних знань і вмінь в сфері музичного мистецтва. Пасивну групову музикотерапію краще проводити у формі регулярного прослуховування музичних творів.

Сьогодні багато дослідників вже визначили вплив деяких музичних творів (особливо класичної музики) на психоемоційних стан особи і їх терапевтичних ефект. Наприклад, «дітям з проявами нестабільних емоційних станів, що проявляються в пригніченості, депресивності, невпевненості у собі, пасивності, у відсутності бажань та інтересів пропонуються такі музичні твори, як, наприклад: С.Майкапар – «Метелик»; Ю.Щуровський – «Півник-задирака»; В.Косенко – «Скерцино»; Д.Шостакович – «Шарманка»; І.С. Бах – «Волинка»; І.С. Бах – «Полонез»; Ю.Щуровський – «Український танець»; М.Мусоргський – «Гопак»; Д.Кабалевський – «Клоуни»; М.Глінка – «Полька»; Українська народна пісня в обробці М.Лисенка «Кучерява Катерина»; В.А. Моцарт – «Турецький марш»; П.Чайковський – «Нова лялька»; О.Гречанінов – «Котик видужав»; П.Берлін – «Маршируючі поросята» [67, с.194].

В. Скорик зазначає, що фахівці також пропонують вже підібрані каталоги лікувальної музики для дорослих [63]:

«1) проти головного болю, емоційного напруження: Л. ван Бетховен. «Фіделіо»; В.А. Моцарт. «Дон Жуан»; Ф.Ліст. Угорська рапсодія № 1; Д.Хачатурян. Сюїта «Маскарад»; Дж. Гершвін. «Американець у Парижі»;

2) при подоланні гіпертонії і напруженості: Й.С. Бах. Концерт «Ре-мінор» для скрипки; Б.Барток. Соната для фортепіано; А.Брукмер. Месса «Мі-мінор»; Й.С. Бах. «Кантата № 21»; Б.Барток. «Квартет № 5»

3) для загального тонусу, поліпшення самопочуття: Л. ван Бетховен. Увертюра «Егмонт»; П.Чайковський. Шоста симфонія, 3-тя частина; Ф. Ліст. Угорська рапсодія № 2;

3) при негативних психічних станах: Р.Вагнер. «Пісня вечірніх зірок» з опери «Тангайзер»; В.Белліні. Увертюра до опери «Норма»; К.Дебюссі. «Море», «Місячне світло»; І.Брамс. «Колискова»; Ф.Мендельсон-Бартольді. «Блискуче капріччіо».

В якості допоміжних методів в програмі можна застосовувати техніки інших напрямів арт-терапії, когнітивної і поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої терапії, психодрами тощо.

Когнітивна психотерапія дає можливість поєднувати роботу над поточними життєвими труднощами та поведінковими патернами, характерними для постстресових розладів, із дослідженням їхніх внутрішніх психологічних джерел, таких як глибинні переконання та уявлення. В межах цього підходу основним психологічним механізмом непсихотичних психічних розладів вважається негативне мислення, яке проявляється в схильності інтерпретувати всі події у своєму житті в негативному світлі [86].

Сучасним підходом до подолання деструктивного впливу стресу є тренінг посттравматичного зростання, що проводиться з людьми, які зазнали фізичних чи психологічних травм. Посттравматичне зростання має тісний зв’язок із психологічною стійкістю, соціальною адаптованістю та позитивними емоціями. У процесі тренінгу відбувається когнітивне переосмислення пережитої травми, визначаються її позитивні аспекти для світосприйняття людини, а також формується новий життєвий план. Основними темами таких тренінгів є: усвідомлення особистістю свого сенсу життя та перегляд життєвих пріоритетів; розгляд травми як джерела саморозвитку; створення нового образу «Я» та прийняття власного фізичного тіла.

Тема переосмислення сенсу життя тісно пов’язана з одним із найактуальніших у сучасній українській психотерапії понять — майндфулнес (Mindfulness). Через відсутність чіткого перекладу цього терміна різними мовами виникає потреба у його детальному аналізі.

Засновник програми зі зниження стресу на основі усвідомленості (Mindfulness-Based Stress Reduction), а також директор Клініки роботи зі стресом при Медичному центрі Університету Массачусетсу Джон Кабат-Зінн (Jon Kabat-Zinn) визначає майндфулнесс як стан безоціночної обізнаності, що виникає внаслідок свідомого спрямування уваги на поточний досвід у даний момент. У своїй праці «Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness» він стверджує: «Майндфулнесс може розглядатися як такий, що триває від одного моменту до іншого, не базована на міркуваннях обізнаність, що створюються завдяки спрямуванню уваги особливим чином: тобто на поточний момент, максимально без емоційно, але щиро» [98, с.135].

Інше визначення майндфулнесс запропонував професор Університету Торонто та автор тренінгів з асертивності С. Бішоп, який описує його як: «Майндфулнесс – це самоскерування уваги на те, щоб вона базувалася на поточному досвіді з метою посилення розпізнавання психічних подій, що мають місце у даний момент ... йому притаманні такі якості як цікавість, відкритість, прийняття» [80, с.237]. Основними принципами психотерапевтичного втручання на основі підходу майндфулнесс є: «1) саморегуляція уваги (здатність бути уважним протягом тривалого часу та володіти навичками самоспостереження, даний аспект використовується як медитативна техніка, коли людина зосереджується на відчуттях власного тіла та на своєму диханні); 2) орієнтованість на досвід (прийняття кожного моменту власного досвіду, під прийняттям мається на увазі відкритість до сприймання реальності у кожний конкретний момент, іншими словами, життя «тут-і-зараз»); 3) часова стабільність і ситуативна специфічність (здатність до саморозвитку при збереженні своїх базових психологічних якостей)».

Сьогодні в межах майндфулнесс-підходу сформовано кілька терапевтичних програм, серед яких: майндфулнесс базоване зниження стресу (MBSR), майндфулнесс базована когнітивна терапія (MBCT), терапія прийняття та відповідальності (ACT), діалектична поведінкова терапія

(DBT), деактивація внутрішньої напруги (MDT), Моріта терапія, Хакомі терапія, адаптаційні практики, майндфулнессрелаксація, модель внутрішньосімейних систем.

На третьому етапі реалізації програми необхідними є повторна психодіагностика психоемоційного і стресового стану учасників і аналіз змін в психоемоційному стані учасників.

В розділі розглянуто можливості музикотерапії в подоланні психологічних наслідків стресу студентською молодю в умовах війни.

1. Визначено, що в практичному вимірі психології існує багато терапевтичних підходів з подолання наслідків стресу і стресових розладів в умовах війни, які засновані на тезах про ресурсний і адаптаційний потенціал особистості, усвідомлення власних емоційних і фізичних станів, орієнтованість особи до особистісного і духовного досвіду, відреагуванні негативних і деструктивних емоційних станів через мистецтво, медитацію, музику. Розглянуто специфіку музикотерапії як арт-терапевтичного напряму подолання психологічних наслідків стресу в кризових і екстремальних ситуаціях: 1) музикотерапія представляє собою психотерапевтичний метод, що використовує музику в якості засобу корекції; 2) цілями музичної терапії виступають: емоційне відреагування і аналіз емоційного стану людини; когнітивний розвиток; покращення фізичної координації і моторики; покращення комунікативних навичок та сприяння більш ефективній соціальній взаємодії; зниження рівня стресу та тривоги, сприяючи глибокому розслабленню і психологічному благополуччю; 3) основними методами музикотерапії є активні методи (імпровізація) і рецептивні методи, застосування яких визначається специфікою терапевтичного підходу у взаємодії з клієнтом.

2. Теоретичний аналіз терапевтичних можливостей музикотерапії довів, що включення в психокорекційні програми методів музичної терапії, дозволить підвищити ефективність психологічної допомоги з подолання

психологічних наслідків стресу для різних категорій населення, в тому числі і студентської молоді. А за результатами опитування серед студентів, які приймали участь у психодіагностичному обстеженні, 77 % опитаних вважають, що прослуховування улюбленої музики допомагає їм справлятися із стресом і психологічною напруженістю, причому більшість студентів вважають, що музика позитивним чином впливає на їхній психоемоційний стан (викликає позитивні емоції, допомагає розслабитися і зняти напругу, створює комфортну атмосферу, дає надію та впевненість); 82 % опитаних студентів виявили готовність приймати участь у психокорекційних програмах засобами музикотерапії.

ВИСНОВКИ

На основі теоретичного аналізу проблеми впливу стресу на психоемоційний стан особистості та потенційні можливості музикотерапії як напряму психокорекції негативних наслідків стресу для здобувачів вищої освіти узагальнено наступні висновки.

1. Проаналізовано наукові підходи до розуміння стресу і стресових станів, загальними характеристиками яких є інтерпретація стресу як психофізіологічної та емоційної реакції на ситуації загрози/небезпеки, що супроводжується емоційно-психологічною напругою і соматичними проявами, причому виникненню стресу передує вплив стресогенних факторів екстремального, кризового, надзвичайного і катастрофічного характеру, серед яких війна є найбільш інтенсивним за модальністю емоційним і зовнішнім стресором, а невід'ємною складовою переживання стресу є адаптація, копінг і психологічний захист. Переживання стресових ситуацій виявляється в таких психоемоційних станах як: тривога, страх, провина, безвихідність, відчай, гнів і агресія, інтенсивність яких визначається тривалістю дії стресогенного фактору. Визначено, що війна як екстремальна ситуація впливає на виникнення стесових і кризових емоційних станів особистості (відчуття невизначеності і втрати власної ідентичності, відсторонення від реальності і самого себе, відчуття страху, тривоги, фрустрації і гніву).

2. Здобувачі вищої освіти, як найбільш чутлива до стресу стає групою ризику в сфері порушень психічного здоров'я. Саме в цей віковий період активно формується Я-концепція, здійснюється перехід від залежності до автономії і професійне самовизначення, окреслюються перспективи майбутнього життя, але вплив війни відображається і негативно впливає на становлення особистості студентської молоді в силу соціальних і психологічних факторів (не сформованість емоційно-психологічної стійкості, невпевненість у майбутньому, подолання протиріч між самосприйняттям

(Реальне Я) і сприйняттям себе іншими людьми (Дзеркальне Я) тощо). Тому в силу визначених особливостей становлення особистості студентської молоді, стресогенні фактори (до яких належать воєнний стан і активні бойові дії) на психологічному рівні впливають на реалізацію тих життєвих завдань, що стоять перед молодою людиною, позначаючись на емоційному стані, поведінці, навчальній діяльності і професійному становленні.

3. За результатами психодіагностичного дослідження виявлено наступні психологічніх наслідки стресу та вплив засобів музикотерапії на зниження рівня його переживання здобувачами вищої освіти в умовах війни:

– у студентів переважає високий рівень схильності до стресу і переживань стресових станів, вони в більшій мірі перебувають в стадіях сильного стресу та виснаження, що є критичним і потребує уваги;

– емоційний стан студентів після застосування засобу музикотерапії і повторного проходження опитування показав значно кращі результати, знизивши негативний ефект. Зниження тривожності ($t = 3{,}287$) та агресивності ($t = 2{,}558$), ймовірно, пов’язане з активацією дофамінергічної системи, що сприяє покращенню настрою та релаксації. Зниження рівня ригідності ($t = 2{,}258$) після впливу музики свідчить про підвищення психологічної гнучкості, а зменшення рівня фрустрації може свідчити про розслабляючий та терапевтичний ефект музичних творів ($t = 2{,}292$);

– загалом, попри вплив стресових факторів, результати вказують на позитивну тенденцію - більшість респондентів демонструють середній рівень життєстійкості та ключових її компонентів із помітними коливаннями в окремих показниках (контроль та прийняття ризику);

– студенти у стадії вираженого напруження, сильного стресу та виснаження переважно слухають поп-музику, класичну та інструментальну музику, тоді як реп, рок, фолк, кантрі, реггі та інді демонструють мінімальну асоціацію зі стресовими станами, їх слухають в помірному стресі або взагалі в стадії відсутності вагомого стресу;

– поп-музика, класична та інструментальна музика демонструють найбільш виражене позитивне співвідношення з рівнями життєстійкості,

водночас реп, хеві-метал, електронна та транс-музика демонструють найнижчі показники життєстійкості, що може свідчити про їхню меншу здатність сприяти психологічній адаптивності.

4. Розглянуто специфіку музикотерапії як специфічного напрямку арт-терапії в психокорекції стресових станів і психологічних наслідків стресу: 1) музикотерапія – це спеціалізована галузь психотерапії, яка використовує музику для покращення фізичного, емоційного, когнітивного та соціального благополуччя людини; 2) основними цілями музикотерапії є: активізація емоційних процесів і усвідомлення та вербалізація емоцій глибинного інтрапсихічного рівня з метою їх відреагування і зниження їх негативного і деструктивного впливу на особистість; розвиток комунікативних здібностей і покращення навичок соціальної і міжособистісної взаємодії; когнітивний розвиток особистості і її окремих когнітивних функцій, естетичний розвиток; покращення протікання психовегетативних процесів особистості; використання методів музикотерапії в лікуванні неврологічних і психічних розладів, хронічних захворювань, в паліативній допомозі; 3) в практиці музикотерапії поєднуються рецептивні методи (прослуховування музики), активні методи (музична імпровізаця), допоміжні методи арт-терапії, вербальні методи, тілесно-орієнтовані техніки тощо, а також індивідуальні і групові форми музикотерапії.

Теоретичний аналіз терапевтичних можливостей музикотерапії та отримані дані з проведеного дослідження свідчать про ефективність впливу музики і засобів музикотерапії на подолання негативних психологічних наслідків стресу та у психологічній допомозі, зокрема для студентів, в умовах воєнного стану. Опитування показало, що 77 % респондентів вважають, що прослуховування улюбленої музики допомагає їм справлятися із стресом і психологічною напруженістю та відзначають позитивний вплив музики на емоційний стан, а 82 % готові брати участь у музикотерапевтичних програмах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонова-Турченко О.Г., Дробот Л.С. Музична психотерапія: посібник-хрестоматія. К.: ІЗИН, 1997. 260 с.

2. Арттерапія і війна: контексти і досвід практичної роботи. /за заг. ред. Н. Кальки, Г. Одинцової. [Колективна монографія]. Львів: ЛьвДУВС, 2023. 283 с.

3. Афанасьєва Т.О. Особливості дослідження професійного розвитку майбутнього психолога. *Теорія і практика сучасної психології*. 2012. Вип. 5. С. 60-62.

4. Барчі Б.В., Боднар Г.І. Музикотерапія як арт-терапевтична техніка саморегуляції функціонального стану особистості. *Мистецька освіта в європейському соціокультурному просторі XXI століття*: Збірник матеріалів III Міжнародної науково-практичної конференції, Мукачево, 22–23 квітня 2020 р. Мукачево : МДУ, 2020. С. 219-222.

5. Батищева Г.О. Музикотерапія як метод психокорекції. Профілактика і терапія засобами мистецтва: Наук.-метод. посіб. / Під заг. ред. О.І. Піліпенка. К.: А. Л. Д., 1996. С. 31-44.

6. Борисенко Л.Л., Корват Л.В. Психологічні особливості депресивних станів осіб в умовах воєнного стану в Україні. *Перспективи та інновації науки. Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*. 2022. № 9(14). С. 53-65.

7. Бородулькіна Т.О. Лікувальна евритмія як інструмент подолання наслідків стресу та зцілення від травми під час війни. *Теоретичні та практичні основи соціальної роботи : монографія* / В. М. Попович, В. О. Таран, О. М. Балухтіна [та ін.]. Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2022. С. 238-254.

8. Брассія К.Е. Огляд лікувальних процедур в імпровізаційній музичній терапії. URL: https://musictherapy.org.ua/index.php/publications1/14-oglyad-improvizacijnoi-muzichnoi-terapii.

9. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. …д.пед.наук; 13.00.05 – соціальна педагогіка. Хмельницький, Тернопіль, 2018. 559 с.

10. Вайда Т.С. Деструктивні стани як реакції людини на небезпечні фактори в умовах запровадженого правового режиму воєнного стану (на прикладі окупованих територій України, 2022 р.). *Російсько-Українська війна (2014-2022): історичні, політичні, культурно-освітні, релігійні, економічні та юридичні аспекти: наукова монографія*. Рига, Латвія: «Baltija Publishing», 2022. С. 1333-1340.

11. Вікова психологія. Навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 376 с.

12. Вознесенська О.Л. Особливості і перспективи розвитку арт-терапії в Україні. *Наукові праці (Серія : Педагогіка) : науково-методичний журнал.* Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. Вип. 95. Т. 105. С. 19–24.

13. Вознесенська О.Л. Особливості і перспективи розвитку арт-терапії в Україні. *Наукові праці (Серія : Педагогіка) : науково-методичний журнал.* Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. Вип. 95. Т. 105. С. 19–24.

14. Гаміна Т.С. Музикотерапія як складова артсинтезтерапії. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2009. №11 (174). С. 82-90.

15. Гельбак А. М. Музикотерапія у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами: [навчально-методичний посібник]. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2019. 56 с.

16. Гельбак А.М. Музикотерапевтична імпровізація як інструмент розвитку творчого потенціалу особистості. *Арт-терапія в роботі психолога: інноваційні підходи* : збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції, м. Кропивницький, 20–27 квітня 2021 року / уклад. Молчанова О.М.; за заг. ред. Жосана О.Е. Кропивницький : КЗ «КОІППО імені Василя Сухомлинського», 2021. С. 39-42.

17. Герман Є.О. Соціально-психологічна ідентичність сучасного студента. *Вісник НТУУ «КПІ». Філософія. Психологія. Педагогіка : збірник наукових праць*. 2008. № 1(22). С. 83–88.

18. Головська І.Г., Почепцова Д.О. Дослідження та корекція впливу екстремальних умов на емоційну сферу особистості. *Габітус*. 2022. Випуск 38. С. 54-58.

19. Грузинська І. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. *Вісник НАУ. Серія: Педагогіка. Психологія*. 2022. №2(21). С. 97-107.

20. Грузинська І.М. Комунікативна депривація в умовах дистанційного навчання студентів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. №12. С. 31–39.

21. Гуменюк Н.Я. Дослідження впливу дистанційної освіти на успішність навчання та психологічний стан студентів в умовах воєнного періоду. *Журнал «Перспективи та інновації науки». Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»*. 2023. № 10(28). С. 561-569.

22. Денисенко А. Музика, лікуй: як музикотерапія повертає до життя, 2023. URL: https://blog.monkeymusic.ua/ua/muzika-likuj-jak-muzikoterapija-povertaie-do-zhittja/

23. Дробот О., Кривенок Ю. Музикотерапія як метод психокорекції агресивності у осіб юнацького віку. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр*. К.: Національний авіаційний університет, 2019. Вип. 2(15). С. 113-118

24. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

25. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.

26. Іващенко І. Ю. Взаємозв'язок життєстійкості з свідомим вибором життєвого шляху в юнацькому віці. Кваліфікаційна робота. Київ, 2021. С. 29-30. URL: https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/fd97af07-a0cb-4332-aa91-98126d71068d/content

27. Калініна Л.А. Використання лялькотерапії як напряму арт-терапії у корекційній роботі з дітьми, які мають проблеми у розвитку. *Наукові праці : науково-методичний журнал. Серія : Педагогіка.* Миколаїв : Вид-во ЧДУ ім. Петра Могили, 2009. Вип. 95. Т. 105. С. 25–30.

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

29. Кікінежді О., Савелюк Н., Василькевич Я. Психологічні особливості переживання стресу студентською молоддю в умовах війни. Психологія перед лицем російсько-української війни: збірник тез Українсько-польської наукової конференції (19–20 травня 2023 р.). Львів, 2023. С. 48–49.

30. Кісарчук З.Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Київ, 2015. 207 с.

31. Ковальчук З.Я. Історичний шлях становлення музикотерапії як сучасного арттерапевтичного напряму: веб-сайт. 2023. URL: https://dspace.lvduvs.edu.ua/bitstream/1234567890/6567/1/Kovalchuk%207.pdf

32. Колесніченко О.С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.

33. Кондратюк С.М. Психологічні особливості переживання стресу в умовах війни. *Габітус*. 2023. Випуск 56. С. 159-163.

34. Корсун С.І., Ткачук Т.А. Психологія діяльності працівників податкової міліції: монографія. К.: Центр учбової літератури, 2013. URL: https://www.myslenedrevo.com.ua/uk/Sci/Philosophy/PsychologyTax.html.

35. Кривошей К.Ю. Вплив стресу на здобувачів вищої освіти в умовах військового конфлікту. *Інноваційна педагогіка*. 2024. Том 2. Випуск 71. С. 57-63.

36. Кузьмінська Л. Зміст та цілі музикотерапії в соціально-педагогічній роботі з дітьми-інвалідами. *Український науковий журнал «Освіта регіону. Політологія, психологія, комунікації»*. 2011. №4. URL: http://www.vmurol.com.ua/index.php?idd=us_publication&group=11&us_publication=741.

37. Кучеренко Є. В. Розвиток професійного самовизначення майбутніх психологів: дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : спец. 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія». К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. 254 с.

38. Литвин-Кіндратюк С. Історичний ритмоаналіз практик музикування та терапія музикою. *Простір арттерапії: мистецтво відновлення психічного здоров'я в часи війни*: матеріали XX Міжнародної міждисциплінарної науковопрактичної конференції (31 березня – 2 квітня 2023 р.) / [за наук. ред. О. Л. Вознесенської, Л. О. Подкоритової]. Київ, 2023. С. 50-53.

39. Литвинчук Л.М. Особливості корекційного впливу музикотерапії. *Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України*. 2012. Випуск 15. С. 322-330.

40. Львов О., Жабко Н. Музична психодрама та музикотерапевтичні розстановки. Інтеграція музикотерапії, психодрами, арт-терапії та інших технік, як спосіб саморозкриття. *Асоціація музикотерапевтів України*. URL: https://musictherapy.org.ua/index.php/publications1/5-muzychna-psykhodrama-ta-muzykoterapevtychni-rozstanovky.

41. Львов О.О. Музикотерапія як напрям: Історія, розвиток, перспективи, техніки. *Форум психіатрів та психотерапевтів: збірка статей*. Українська Спілка Психотерапевтів, Кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО Львівського національного медичного університету тім. Короля Данила Галицького. Т. 12. Львів : ПП «Вид-во «БОНА», 2019. 182 с.

42. Максименко, С. Д., Карамушка, Л. М., & Зайчикова, Т. В. (Ред.). (2006). Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра

працівників освітніх організацій: ґендерні аспекти. Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти. 2-е вид. Київ: Міленіум.

43. Матеріали міжнародного навчального семінару: «Музикотерапевтична праксеологія». Музикотерапевтичні техніки у контексті музикотерапевтичного сеттінга. Музикотерапія в Україні. Випуск 2. зб. статей / [пер. з нім. Костянтин Поліщук] ; [заг. ред. Львова Олександра]. Львів : ПП «Видавництво «БОНА», 2019. 80 с.

44. Музикотерапія в Україні. Випуск 1. зб. статей/ [пер. з нім. Галина Котовські, Костянтин Поліщук] ; [заг. ред. Львова Олександра, Вознесенської Олени] ; [вступне слово Андреас Веннінгер; Олександр Львов, Олена Вознесенська]. Львів : ПП «Видавництво «БОНА», 2018. 76 с.

45. Настюк О. Музика і танець як елементи лікувальної арт-терапії/ URL: https://kultart.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2015/04/Muzyka-i-tanets-iak-elementy-likuvalnoi-art-terapii.pdf.

46. Орос М.М. Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. *Український медичний часопис*. 2023. №2(154). С. 3-7.

47. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

48. П’ятницька-Позднякова І.С. Арт-терапевтичні можливості видів мистецтва. *Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили. Сер.: Педагогіка*. 2009. Т.108.Вип.95. С. 36-42.

49. Пилипенко Л.В., Пристайко Ю.Р. Емпіричне дослідження впливу воєнного стану на психічне здоров’я особистості юнацького віку. *Наукові записки ЛДУБЖД. Педагогіка і психологія*. 2023. №1. С. 58-66.

50. Подоляк Л.Г., Юрченко В.І. Психологія вищої школи : Навчальний посібник. К.: ТОВ Філ-студія, 2006. 272 с.

51. Предко В.В., Сомова О.О. Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегій збереження життєстійкості українців. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2022. Том 33 (72). № 4. С. 89-98.

52. Прокоф'єва О.О., Мартинюк А.Г. Формування субсфери Я-соціальне у юнацькому віці засобами гештальт-терапії. *Проблеми сучасної психології*. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України. 2015. Вип. 27. С. 460-470.

53. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / Уклад. О.Ю. Овчаренко. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.

54. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб. / [Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін, А. Максименко, С. Богданов, О. Бойко ; за заг. ред. Н. Гусак] ; Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія». Київ : НаУКМА, 2017. 92 с.

55. Пухно С.В. Стресостійкість студентів закладів вищої освіти як психологічна проблема. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*. 2023. Випуск 1. С. 44-48.

56. Розов В.І. Адаптивні антистресові психотехнології. Київ : Кондор, 2005. 280 с.

57. Савелюк Н. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства. *Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць РДГУ.* 2022. Вип. 18. С. 141–152. URL: https://doi.org/10.35619/praprv.v1i18.282

58. Савелюк Н. Психологічне благополуччя особистості як аксіологічний орієнтир освіти в умовах війни. Аксіопсихологічні вектори розвитку сучасної освіти: зб. матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції, м. Тернопіль, 19–20 жовтня 2023 р. / за ред. Г.К. Радчук. Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2023. С. 243–249.

59. Савелюк Н.М. Переживання стресу студентством в умовах воєнного стану як значущий чинник професійного становлення. *Теорія і практика підготовки конкурентоспроможного фахівця як вектор освітніх парадигм: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (29 – 30 вересня 2022 року, м. Тернопіль)* / За заг. ред. Б.Б. Буяка, В.М. Чайки, М.О. Орап. Тернопіль: ТНПУ імені Володимира Гнатюка, 2022. С. 208–213.

60. Савелюк Н.М. Психосемантичні виміри переживання психоемоційних станів українцями в умовах війни. Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. Вип. 1(3). С. 139–147. URL: https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-19

61. Сиротюк П. Музикотерапія: від нот до почуттів – мистецтво звукового лікування. *Психолог*. 20.11.2023. URL: https://psihologonline.pro/muzykoterapiya-sekrety-tsilyushchoyi-syly/#google_vignette.

62. Ситнік С.В., Мірошниченко О.М., Свіденська Г.М. Особливості емоційних станів здобувачів вищої освіти під час війни в Україні. *Габітус*. 2022. Випуск 37. С. 48-51.

63. Скорик В. Методи музичної терапії у соціальній роботі. *Проблеми соціальної роботи: філософія, психологія, соціологія*. 2013. №1. С. 227-234.

64. Смілянець О. Корекція девіантної поведінки підлітків засобами арттерапії. *Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*; за ред. академіка С.Д. Максименка. К., 2009. URL: http://vuzlib.com/content/view/944/94/.

65. Соколова І.М., Шайхлісламов З.Р., Ладика М.С. Вплив умов бойових дій на психологічний клімат сім'ї. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* 2022. Том 33 (72). № 5. С. 54-59.

66. Сорока О.В. Теоретичні і методичні засади підготовки майбутніх учителів початкової школи до використання арт-терапевтичних технологій: дис. … д-ра пед. наук : 13.00.04. Тернопіль, 2016. 534 с.

67. Сорока О.В., Банкул Л.Д. Музикотерапія як інноваційна здоров'язбережувальна технологія для роботи з молодшими школярами. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія "Педагогіка, соціальна робота"*. 2013. Випуск 27. С. 192-195.

68. Терещенко С.В. Арт-терапевтичні властивості музичного мистецтва. *Інноваційна педагогіка. Корекційна педагогіка*. 2022. Т. 2. Вип. 52. С. 63-66.

69. Туркот Т.І. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів. К.: Кондор, 2011. 628 с.

70. Федій О. Естетотерапія : навч. посібник [Електронний ресурс] / О. Федій. URL: uchebniks.net/book/111-estetoterapiya-navchalnij-posibnik-fedij-oa.html

71. Фройд З. Ф91 Вступ до психоаналізу / Зиґмунд Фройд ; пер. з нім. П. Таращука. — Харків : Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2015. — 480 с.

72. Харко О.С. (2022). Практичні рекомендації дотримання психологічних умов формування стресостійкості студентів ЗВО в навчальному процесі. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія», 14, 46-56. DOI: https://doi.org/10.25264/2415-7384-2022-14-46-56.

73. Цимбалюк М., Жигайло Н. Формування стресотійкості студентів в умовах війни для правового та євроінтеграційного процесів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. Спецвипуск. С. 128–136.

74. Чабан О.С., Хаустова О.О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис*. 2022. №4 (150). С. 1-11.

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

76. Шевченко Н.Ф. Становлення професійної свідомості практичних психологів у процесі фахової підготовки: монографія. К.: Міленіум, 2005. 298 с.

77. Широка А. До питання про операціоналізацію поняття сепарації від батьків в юнацькому віці. *Матеріали міжнародної науково-практичної конференції: Дитина в мені: психотерапія мого дитинства*. Львів, 2008. С. 63–65.

78. Barbara L. Wheeler (2015). "Music Therapy: An Introduction". American Music Therapy Association.

79. Betancourt T. S. The intergenerational effect of war. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*. 2015. № 72(3). P. 199–200.

80. Bishop S.R., Lau M., Shapiro S., Carlson L. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004. Vol. 11. P.230–241.

81. Blood, A. J., & Zatorre, R. J. (2001). Intensely pleasurable responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. Proceedings of the National Academy of Sciences, 98(20).

82. Bocknek G. The young adult: Development after adolescence. Monterey, California: BrooKs/Cole Publishing Company, 1980. 232 p.

83. Bradt J., & Dileo C. (2014). Music interventions for mechanically ventilated patients. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 12.

84. Bunt L., & Stige B. (2014). Music Therapy: An Art Beyond Words. Routledge.

85. Cahill S.P. Effect of cognitive-behavioral treatments for PTSD on anger. *J Cogn Psychother*. 2015. № 17 (2). P. 13-31.

86. Clarke S.B., Rizvi S.L., Resick P.A. Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behav Ther*. 2009. № 39 (1). P. 72-78.

87. Feldman R., Vengrober A., Eidelman-Rothman M., Zagoory-Sharon O. Stress reactivity in war-exposed young children with and without posttraumatic stress disorder: relations to maternal stress hormones, parenting and child emotionality and regulation. *Development and Psychopathology*. 2013. P. 943–955.

88. Gfeller, K., Witt, S. A., Woodworth, G., Mehr, M. A., & Knutson, J. F. (2010). Effects of training on timbre recognition and appraisal by postlingually deafened cochlear implant recipients. Journal of the American Academy of Audiology, 13(3), 132–145.

89. Glanz K., Rimer B.K., Lewis F.M. Health behavior and health education. Theory, research and practice. San Francisco: Wiley, 2002. 400 p.

90. Grocke, D., & Wigram, T. (2007). «Receptive music therapy: A meta-analysis.» Journal of Music Therapy, 44(3), 200-217.

91. Haan N. Coping and defending. Processes of self-environment organization. New York: Academic Press, 1977. 346 p.

92. Havighurst R. Developmental tasks and education. London: Longmans, Green, 1952. 896 p.

93. Heimlich E. Paraverbal techniques: A new approach for communication with children having learning difficulties. *Journal of learning disabilities*. 1980. №13 (9). P. 16-18.

94. Holmes T.H., Rahe R.H. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 1967. Vol. 11. P. 213-218.

95. Jones F., Bright J., Clow, A. Stress: Myth, Theory, and Research. Harlow : Pearson Education, 2001. 457 p.

96. Juslin, P. N., & Sloboda, J. A. (2010). Handbook of Music and Emotion: Theory, Research, Applications. Oxford University Press.

97. Juslin, P. N., & Västfjäll, D. (2008). Emotional responses to music: The need to consider underlying mechanisms. Behavioral and Brain Sciences, 31(5), 559-575.

98. Kabat-Zinn J. Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness. Hyperion, 2006. 200 p.

99. Kabat-Zinn J. Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness. Hyperion, 2006. 200 p.

100. Kallová N. Happiness as an aim of education. *Human Affairs*. 2021. Vol. 31, No.3. P. 165-174

101. Koelsch, S. (2011). Toward a neural basis of music perception – A review and updated model. Frontiers in Psychology, 2, 110.

102. Koelsch, S. (2014). Brain correlates of music-evoked emotions. Nature Reviews Neuroscience, *15*(3), 170-180.

103. Koelsch, S., Offermanns, K., & Franzke, P. (2010). Music in the treatment of affective disorders: An exploratory investigation of a new method for music-therapeutic research. Music Perception, 27(4), 307–316.

104. Lazarus R. The stress and coping paradigm. Distorter et al. Models for Clinical Psychopathology, 1981. 652 p.

105. Lazarus R.S. Psychological Stress and the Coping Process. New York: McGraw-Hill, 1966. 320 p.

106. Levitin, D. J., & Menon, V. (2003). «Musical structure is processed in the non-auditory brain.» Nature Neuroscience, 6(7), 699-700.

107. Liebmann M. Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes, Games and Exercises. Cambridge, MA : Brooklyn Books, 1986. 150 p.

108. Mechanic D. Students Under Stress: A Study in the Social Psychology of Adaptation. New York: The Free Press, 1962. 231 p.

109. Metz, G. A., Schwab, M. E., & Dietz, V. (2013). Neurophysiology of sensorimotor recovery after central and peripheral lesions in humans. Brain Research Reviews, *36*(2-3), 259–266.

110. Michael J. Thaut (2005). "Music Therapy: A Comprehensive Guide". Routledge.

111. Moos R.H., Billings A.G. Conceptualizing and measuring coping resources and coping processes. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*, New York: Free Press, 1982. P. 212–230.

112. Parker J.A., Endler N.S. Coping and defense: a historical overview. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.). *Handbook of coping*. New York: Wiley, 1996. P. 3–23.

113. Patel, A. D. (2008). Music, Language, and the Brain. Oxford University Press.

114. Pelletier, C. L. (2004). The effect of music on decreasing arousal due to stress: A meta-analysis. Journal of Music Therapy, 41(3), 192–214.

115. Priestley M. Music therapy in action. St. Louis: MMB, 1975. 346 p.

116. Rabinowitch, T. C., Cross, I., & Burnard, P. (2012). Long-term musical group interaction has a positive influence on empathy in children. Psychology of Music, 41(4), 484–498.

117. Remschmidt, H. (1992). *Adoleszenz: Entwicklungen und Entwicklungskrisen im Jugendalter*. – Stuttgart: Thieme, 1992. – 310 с.

118. Särkämö, T., Tervaniemi, M., & Huotilainen, M. (2010). Music perception and cognition: Development, neural basis, and rehabilitative use of music. Journal of Cognitive Neuroscience, 22(6), 1022–1041.

119. Schellenberg, E. G. (2005). Music lessons enhance IQ. Psychological Science, 15(8), 511–514.

120. Schkade J.K., Schultz S. Perspectives in Human Occupation. Ch.Brasic Royeen (eds), Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, MD, 2003. P. 181-221.

121. Schneider, P., Scherg, M., Dosch, H. G., Specht, H. J., Gutschalk, A., & Rupp, A. (2007). Morphology of Heschl's gyrus reflects enhanced activation in the auditory cortex of musicians. Nature Neuroscience, 5(7), 688–694.

122. Selye H. Founder of the stress theory: Singapore Med J. 2018. 260 p.

123. Thaut M. H., & Hoemberg, V. (2014). Handbook of Neurologic Music Therapy. Oxford University Press.

124. Thoma, M. V., La Marca, R., Brönnimann, A., Finkel, L., & Suter, P. (2013). «The effect of music on the human stress response.» Psychoneuroendocrinology, 38(11), 2204-2212.

125. Trevarthen, C., & Malloch, S. N. (Eds.). (2017). Communicative musicality: Exploring the basis of human companionship. Oxford University Press.

126. WHO Guidelines on conditions specifically related to stress. World Health Organization, 2013. 273 p.

127. Wolff H. G. Stress and Desease. 2nd ed. Springfield, III: Charles C Tomas 1968. 200 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета

Інструкція: Послухайте улюблену музику 10 хвилин, концентруючись на власних відчуттях від неї, та дайте відповіді на наступні запитання:

1. Які емоції викликає у Вас музика? (можна обрати декілька відповідей)

- радість
- задоволення
- зацікавленість
- ентузіазм
- щастя
- веселощі
- безтурботність
- хвилювання
- очікування
- довіра
- здивування
- любов
- натхнення
- єднання
- гармонія
- оптимізм
- впевненість
- азарт
- пристрасть
- блаженство
- ейфорія
- симпатія
- жвавість
- спокій
- безпека
- рівновага
- журба
- нудьга

- лють
- роздратування
- невпевненість
- занепокоєння
- настороженість
- терпимість
- страх
- гнів
- презирство
- спустошеність
- сором
- відраза
- сум
- злість
- смуток
- заздрість
- самотність
- меланхолія
- образа
- інше: _____

2. Наскільки прослуховування Вашої улюбленої музики допомагає Вам справлятися із стресом в умовах війни?

1. Цілком допомагає
2. Скоріше допомагає
3. Важко відповісти
4. Скоріш не допомагає
5. Не допомагає

3. Яким чином на Вас впливає прослуховування музики в умовах війни? (можна обрати декілька відповідей)

1. Відчуваю позитивні емоції і відчуття
2. Допомагає розслабитися та зняти напругу

3. Навіює переживання

4. Створює комфортну атмосферу

5. Піднімає настрій

6. Допомагає зосередитися, зібратися з думками

7. Дає надію і впевненість

8. Викликає негативні емоції та відчуття

9. Підсилює фізичний тонус і активність

10. Навіює печаль

11. Байдуже

12. Інше_____

4. Якщо б Вам представилась можливість прийняти участь у психологічних програмах з подолання стресу засобами музикотерапії, чи погодилися б Ви прийняти участь?

1. Так

2. Скоріше так, ніж ні

3. Важко відповісти

4. Скоріше ні, ніж так

5. Ні

5. Якому жанру музики Ви віддаєте перевагу?

- Класична
- Рок
- Поп
- Електронна
- Реп
- Джаз
- Фолк
- Кантрі
- Латиноамериканська
- Блюз

- Шансон
- Романси
- Диско
- Ф’южн
- Реггі
- Інді
- Інструментальна
- Техно
- Хеві метал
- R & B
- Народна
- Симфонічна
- Хор
- Театральна (опера, музика для спектаклів, кінофільмів)
- Транс
- Інше: _____

Додаток Б

Статистика групи (класична музика)

Класична	N (не обрали/ обрали)	Середнє	Середньоквадра-тичне відхилення	Середньоквадратична похибка середнього
Включеність	35	29,86	9,656	1,632
	24	32,92	10,333	2,109
Контроль	35	25,74	8,406	1,421
	24	27,29	8,019	1,637
Прийняття ризику	35	15,11	5,875	0,993
	24	16,29	4,448	0,908
Життєстійкість	35	70,71	20,910	3,534
	24	76,50	21,038	4,294
Рівень стресу (бали)	35	29,057	14,6608	2,4781
	24	26,917	16,0534	3,2769
Тривожність (до)	35	10,23	4,291	0,725
	24	10,50	5,158	1,053
Фрустрація (до)	35	8,77	4,995	0,844
	24	10,17	4,824	0,985
Агресивність (до)	35	8,91	3,729	0,630
	24	8,29	4,448	0,908
Ригідність (до)	35	8,86	3,964	0,670
	24	8,88	4,600	0,939
Тривожність (після)	35	8,74	4,724	0,798
	24	9,04	5,196	1,061
Фрустрація (після)	35	7,86	4,766	0,806
	24	9,42	5,166	1,055
Агресивність (після)	35	8,11	3,692	0,624
	24	7,33	3,547	0,724
Ригідність (після)	35	7,89	4,444	0,751
	24	8,54	4,354	0,889

	Критерій рівності дисперсій Лівіня		t-критерій для рівності середніх						
	F (Передбача-ються рівні дисперсії/не передбача-ються)	зна ч.	т	ст. св.	знач. (двусто роння)	Серед-ня різниця	Середньо-квадратична похибка різниці	95% довірчий інтервал для різниці	
								Ниж ній	Верх ній

Включеність	0,146	0,704	-1,162	57	0,250	-3,060	2,633	-8,332	2,213
			-1,147	47,316	0,257	-3,060	2,667	-8,424	2,305
Контроль	0,327	0,570	-0,708	57	0,482	-1,549	2,187	-5,928	2,831
			-0,715	51,097	0,478	-1,549	2,168	-5,900	2,803
Прийняття ризику	1,920	0,171	-0,831	57	0,409	-1,177	1,417	-4,014	1,659
			-0,875	56,373	0,385	-1,177	1,346	-3,872	1,518
Життєстійкість	0,039	0,844	-1,041	57	0,302	-5,786	5,555	-16,910	5,339
			-1,040	49,384	0,303	-5,786	5,562	-16,960	5,389
Рівень стресу (бали)	1,341	0,252	0,530	57	0,598	2,1405	4,0384	-5,9464	10,2273
			0,521	46,534	0,605	2,1405	4,1084	-6,1268	10,4077
Тривожність (до)	1,998	0,163	-0,220	57	0,827	-0,271	1,235	-2,745	2,202
			-0,212	43,400	0,833	-0,271	1,279	-2,849	2,306
Фрустрація (до)	0,029	0,865	-1,069	57	0,290	-1,395	1,306	-4,010	1,219
			-1,076	50,704	0,287	-1,395	1,297	-4,000	1,209
Агресивність (до)	1,817	0,183	0,582	57	0,563	0,623	1,069	-1,518	2,764
			0,563	43,655	0,576	0,623	1,105	-1,605	2,850
Ригідність (до)	0,105	0,747	-0,016	57	0,987	-0,018	1,122	-2,264	2,228
			-0,015	44,573	0,988	-0,018	1,153	-2,342	2,306
Тривожність (після)	0,225	0,637	-0,229	57	0,820	-0,299	1,304	-2,910	2,312
			-0,225	46,380	0,823	-0,299	1,328	-2,971	2,373
Фрустрація (після)	0,446	0,507	-1,193	57	0,238	-1,560	1,307	-4,177	1,058
			-1,175	46,879	0,246	-1,560	1,327	-4,229	1,110

Агресивність (після)	0,260	0,612	0,811	57	0,421	0,781	0,963	-1,148	2,710
			0,817	50,879	0,418	0,781	0,956	-1,138	2,700
Ригідність (після)	0,141	0,709	-0,562	57	0,577	-0,656	1,168	-2,995	1,683
			-0,564	50,255	0,575	-0,656	1,164	-2,993	1,681

Статистика групи (рок музика)

Рок	N (не обрали/ обрали)	Середнє	Середньоквадратичне відхилення	Середньоквадратична похибка середнього
Включеність	40	30,45	9,653	1,526
	19	32,47	10,731	2,462
Контроль	40	26,25	8,028	1,269
	19	26,63	8,820	2,024
Прийняття ризику	40	15,58	4,803	0,759
	19	15,63	6,448	1,479
Життєстійкість	40	72,28	20,157	3,187
	19	74,74	23,091	5,297
Рівень стресу (бали)	40	30,638	14,9876	2,3697
	19	23,026	14,5177	3,3306
Тривожність (до)	40	11,10	4,313	0,682
	19	8,74	4,954	1,136
Фрустрація (до)	40	10,15	4,954	0,783
	19	7,63	4,549	1,044
Агресивність (до)	40	9,15	3,919	0,620
	19	7,63	4,112	0,943
Ригідність (до)	40	8,43	3,829	0,605
	19	9,79	4,860	1,115
Тривожність (після)	40	9,63	4,623	0,731
	19	7,26	5,141	1,179
Фрустрація (після)	40	9,33	4,843	0,766
	19	6,74	4,829	1,108
Агресивність (після)	40	8,03	3,669	0,580
	19	7,32	3,575	0,820
Ригідність (після)	40	7,90	4,056	0,641
	19	8,68	5,078	1,165

	Критерій рівності дисперсій Лівіня		t-критерій для рівності середніх						
	F (Передбачаються рівні дисперсії/не передбачаються)	знач.	т	ст. св.	знач. (двустороння)	Середня різниця	Середньо-квадратична похибка різниці	95% довірчий інтервал для різниці	
								Нижній	Верхній
Включеність	1,069	0,306	-0,726	57	0,471	-2,024	2,788	-7,606	3,559
			-0,699	32,294	0,490	-2,024	2,897	-7,922	3,874
Контроль	0,883	0,351	-0,165	57	0,869	-0,382	2,309	-5,005	4,242
			-0,160	32,621	0,874	-0,382	2,389	-5,244	4,480
Прийняття ризику	1,680	0,200	-0,038	57	0,970	-0,057	1,498	-3,057	2,944
			-0,034	27,846	0,973	-0,057	1,663	-3,464	3,351
Життєстійкість	1,240	0,270	-0,418	57	0,677	-2,462	5,887	-14,250	9,326
			-0,398	31,485	0,693	-2,462	6,182	-15,063	10,139
Рівень стресу (бали)	0,012	0,915	1,841	57	0,071	7,6112	4,1350	-0,6690	15,8914
			1,862	36,518	0,071	7,6112	4,0876	-0,6748	15,8971
Тривожність (до)	0,488	0,488	1,874	57	0,066	2,363	1,261	-0,162	4,888
			1,783	31,419	0,084	2,363	1,325	-0,338	5,065
Фрустрація (до)	0,146	0,704	1,872	57	0,066	2,518	1,346	-0,176	5,213
			1,930	38,374	0,061	2,518	1,305	-0,122	5,159
Агресивність (до)	0,078	0,781	1,369	57	0,176	1,518	1,109	-0,703	3,740
			1,345	33,965	0,187	1,518	1,129	-0,776	3,812
Ригідність (до)	2,465	0,122	-1,171	57	0,246	-1,364	1,165	-3,698	0,969

			-1,075	29,015	0,291	-1,364	1,269	-3,959	1,230
Тривожність (після)	0,280	0,599	1,769	57	0,082	2,362	1,335	-0,312	5,036
			1,702	32,284	0,098	2,362	1,387	-0,463	5,187
Фрустрація (після)	0,077	0,783	1,920	57	0,060	2,588	1,348	-0,111	5,288
			1,922	35,565	0,063	2,588	1,347	-0,144	5,321
Агресивність (після)	0,472	0,495	0,699	57	0,487	0,709	1,014	-1,321	2,740
			0,706	36,316	0,485	0,709	1,005	-1,328	2,746
Ригідність (після)	1,939	0,169	-0,639	57	0,525	-0,784	1,227	-3,242	1,673
			-0,590	29,321	0,560	-0,784	1,330	-3,503	1,934

Статистика групи (поп музика)

Поп	N (не обрали/ обрали)	Середнє	Середньоквадратичне відхилення	Середньоквадратична похибка середнього
Включеність	27	31,19	11,566	2,226
	32	31,03	8,578	1,516
Контроль	27	27,56	8,500	1,636
	32	25,38	7,967	1,408
Прийняття ризику	27	14,67	4,828	0,929
	32	16,38	5,678	1,004
Життєстійкість	27	73,41	22,401	4,311
	32	72,78	20,056	3,545
Рівень стресу (бали)	27	26,111	15,8262	3,0457
	32	29,938	14,5623	2,5743
Тривожність (до)	27	8,96	4,895	0,942
	32	11,50	4,103	0,725
Фрустрація (до)	27	7,96	4,965	0,956
	32	10,50	4,670	0,826
Агресивність (до)	27	8,04	4,137	0,796
	32	9,19	3,889	0,688
Ригідність (до)	27	8,19	4,377	0,842

	32	9,44	4,016	0,710
Тривожність (після)	27	7,89	5,117	0,985
	32	9,69	4,589	0,811
Фрустрація (після)	27	8,44	5,184	0,998
	32	8,53	4,826	0,853
Агресивність (після)	27	7,19	3,823	0,736
	32	8,31	3,421	0,605
Ригідність (після)	27	7,81	4,429	0,852
	32	8,44	4,392	0,776
ДТрив	27	1,0741	3,72028	0,71597
	32	1,8125	3,21727	0,56874
ДФр	27	-0,4815	2,47091	0,47553
	32	1,9688	2,66984	0,47196
ДАгр	27	0,8519	2,28210	0,43919
	32	0,8750	2,87088	0,50750
ДРег	27	0,3704	2,33943	0,45022
	32	1,0000	2,48868	0,43994

	Критерій рівності дисперсій Лівіня		t-критерій для рівності середніх						
	F (Передбачають ся рівні дисперсії/не передбачають ся)	знач.	т	ст. св.	знач. (двустороння)	Середня різниця	Середньо-квадратична похибка різниці	95% довірчий інтервал для різниці	
								Нижній	Верхній
Включеність	1,286	0,262	0,059	57	0,953	0,154	2,627	-5,106	5,414
			0,057	47,205	0,955	0,154	2,693	-5,264	5,572
Контроль	0,513	0,477	1,016	57	0,314	2,181	2,147	-2,118	6,479
			1,010	53,961	0,317	2,181	2,159	-2,147	6,508
Прийняття ризику	0,693	0,409	-1,232	57	0,223	-1,708	1,387	-4,485	1,069
			-1,249	56,994	0,217	-1,708	1,368	-4,447	1,031
Життєстійкість	0,462	0,499	0,113	57	0,910	0,626	5,529	-10,445	11,698
			0,112	52,805	0,911	0,626	5,582	-10,570	11,822

Рівень стресу (бали)	0,627	0,432	-0,966	57	0,338	-3,8264	3,9595	-11,7551	4,1023
			-0,959	53,512	0,342	-3,8264	3,9879	-11,8234	4,1706
Тривожність (до)	1,341	0,252	-2,166	57	0,034	-2,537	1,171	-4,882	-0,192
			-2,134	50,951	0,038	-2,537	1,189	-4,924	-0,150
Фрустрація (до)	0,350	0,557	-2,020	57	0,048	-2,537	1,256	-5,052	-0,022
			-2,009	54,044	0,050	-2,537	1,263	-5,069	-0,005
Агресивність (до)	0,137	0,713	-1,100	57	0,276	-1,150	1,046	-3,246	0,945
			-1,094	54,034	0,279	-1,150	1,052	-3,259	0,958
Ригідність (до)	0,390	0,535	-1,145	57	0,257	-1,252	1,093	-3,442	0,937
			-1,137	53,439	0,261	-1,252	1,102	-3,461	0,957
Тривожність (після)	0,435	0,512	-1,423	57	0,160	-1,799	1,264	-4,330	0,732
			-1,410	52,852	0,164	-1,799	1,276	-4,358	0,761
Фрустрація (після)	0,334	0,566	-0,067	57	0,947	-0,087	1,305	-2,699	2,526
			-0,066	53,800	0,948	-0,087	1,313	-2,719	2,545
Агресивність (після)	0,271	0,605	-1,195	57	0,237	-1,127	0,943	-3,017	0,762
			-1,184	52,790	0,242	-1,127	0,952	-3,038	0,783
Ригідність (після)	0,275	0,602	-0,540	57	0,591	-0,623	1,152	-2,930	1,684
			-0,540	55,180	0,591	-0,623	1,153	-2,933	1,688
ДТрив	0,255	0,616	-0,81	57	0,417	-0,7384	0,90306	-2,5467	1,06993

			8			3		8	
			-0,808	51,850	0,423	-0,73843	0,91437	-2,57337	1,09652
ДФр	0,391	0,534	-3,633	57	0,001	-2,45023	0,67446	-3,80082	-1,09964
			-3,657	56,484	0,001	-2,45023	0,66998	-3,79212	-1,10835
ДАгр	0,319	0,574	-0,034	57	0,973	-0,02315	0,68433	-1,39351	1,34721
			-0,034	56,821	0,973	-0,02315	0,67115	-1,36720	1,32091
ДРег	0,025	0,875	-0,995	57	0,324	-0,62963	0,63285	-1,89688	0,63762
			-1,000	56,303	0,321	-0,62963	0,62948	-1,89049	0,63123

Статистика групи (джаз музика)

Джаз	N (не обрали/ обрали)	Середнє	Середньоквадра-тичне відхилення	Середньоквадратична похибка середнього
Включеність	44	30,93	9,999	1,507
	15	31,60	10,197	2,633
Контроль	44	26,84	8,246	1,243
	15	25,00	8,255	2,131
Прийняття ризику	44	15,66	5,400	0,814
	15	15,40	5,302	1,369
Життєстійкість	44	73,43	21,833	3,291
	15	72,00	18,902	4,880
Рівень стресу (бали)	44	29,375	16,0747	2,4234
	15	24,700	11,7865	3,0433
Тривожність (до)	44	10,57	4,815	0,726
	15	9,67	4,082	1,054
Фрустрація (до)	44	9,11	4,980	0,751
	15	10,00	4,899	1,265
Агресивність (до)	44	8,52	3,757	0,566
	15	9,07	4,803	1,240
Ригідність (до)	44	8,84	3,923	0,591

	15	8,93	5,063	1,307
Тривожність (після)	44	9,07	4,707	0,710
	15	8,27	5,483	1,416
Фрустрація (після)	44	8,45	4,962	0,748
	15	8,60	5,082	1,312
Агресивність (після)	44	7,59	3,113	0,469
	15	8,40	4,911	1,268
Ригідність (після)	44	8,02	4,229	0,638
	15	8,53	4,941	1,276
ДТрив	44	1,5000	3,36535	0,50735
	15	1,4000	3,79473	0,97980
ДФр	44	0,6591	3,09496	0,46658
	15	1,4000	1,88225	0,48599
ДАгр	44	0,9318	2,87247	0,43304
	15	0,6667	1,58865	0,41019
ДРег	44	0,8182	2,59940	0,39187
	15	0,4000	1,84391	0,47610

	Критерій рівності дисперсій Лівіня		t-критерій для рівності середніх						
	F (Передбачають ся рівні дисперсії/не передбачають ся)	знач.	т	ст. св.	знач. (двусторонн я)	Середня різниця	Середньо-квадратична похибка різниці	95% довірчий інтервал для різниці	
								Нижній	Верхній
Включеність	0,145	0,705	-0,222	57	0,825	-0,668	3,004	-6,684	5,347
			-0,220	23,848	0,828	-0,668	3,034	-6,932	5,595
Контроль	0,011	0,917	0,746	57	0,458	1,841	2,466	-3,097	6,779
			0,746	24,232	0,463	1,841	2,467	-3,249	6,931
Прийняття ризику	0,268	0,607	0,161	57	0,873	0,259	1,607	-2,960	3,478
			0,163	24,648	0,872	0,259	1,593	-3,024	3,542
Життєстійкість	0,201	0,656	0,226	57	0,822	1,432	6,324	-11,231	14,095
			0,243	27,761	0,810	1,432	5,887	-10,631	13,495
Рівень стресу	2,989	0,089	1,033	57	0,306	4,6750	4,5250	-4,3862	13,7362

(бали)			1,202	33,056	0,238	4,6750	3,8903	-3,2393	12,5893
Тривожність (до)	1,061	0,307	0,649	57	0,519	0,902	1,389	-1,880	3,683
			0,704	28,349	0,487	0,902	1,280	-1,719	3,522
Фрустрація (до)	0,001	0,980	-0,598	57	0,552	-0,886	1,483	-3,856	2,083
			-0,603	24,607	0,552	-0,886	1,471	-3,918	2,146
Агресивність (до)	4,233	0,044	-0,450	57	0,654	-0,544	1,208	-2,962	1,874
			-0,399	20,165	0,694	-0,544	1,363	-3,386	2,298
Ригідність (до)	3,296	0,075	-0,073	57	0,942	-0,092	1,265	-2,626	2,441
			-0,064	20,044	0,949	-0,092	1,435	-3,085	2,900
Тривожність (після)	1,392	0,243	0,546	57	0,587	0,802	1,468	-2,138	3,741
			0,506	21,477	0,618	0,802	1,584	-2,487	4,091
Фрустрація (після)	0,016	0,899	-0,097	57	0,923	-0,145	1,493	-3,134	2,843
			-0,096	23,763	0,924	-0,145	1,510	-3,265	2,974
Агресивність (після)	11,799	0,001	-0,744	57	0,460	-0,809	1,088	-2,987	1,369
			-0,598	17,988	0,557	-0,809	1,352	-3,650	2,031
Ригідність (після)	1,307	0,258	-0,387	57	0,700	-0,511	1,320	-3,154	2,132
			-0,358	21,431	0,724	-0,511	1,426	-3,473	2,451
ДТрив	0,831	0,366	0,096	57	0,924	0,10000	1,03920	-1,98097	2,18097
			0,091	21,999	0,929	0,10000	1,10336	-2,18823	2,38823
ДФр	1,021	0,316	-0,871	57	0,387	-0,74091	0,85074	-2,44448	0,96267
			-1,100	40,499	0,278	-0,74091	0,67371	-2,10201	0,62019
ДАгр	2,638	0,110	0,339	57	0,736	0,26515	0,78221	-1,30119	1,83149

			0,445	44,571	0,659	0,26515	0,59647	-0,93652	1,46683
ДРег	0,559	0,458	0,574	57	0,568	0,41818	0,72823	-1,04007	1,87644
			0,678	34,274	0,502	0,41818	0,61663	-0,83459	1,67095

Додаток В

Таблиця емоцій та почуттів після прослуховування музики

радість	35	59.32%
задоволення	49	83.05%
зацікавленість	17	28.81%
ентузіазм	25	42.37%
щастя	33	55.93%
веселощі	14	23.73%
безтурботність	34	57.63%
хвилювання	9	15.25%
очікування	7	11.86%
довіра	10	16.95%
здивування	5	8.47%
любов	19	32.20%
натхнення	35	59.32%
єднання	5	8.47%
гармонія	33	55.93%
оптимізм	22	37.29%
впевненість	22	37.29%
азарт	9	15.25%
пристрасть	19	32.20%
блаженство	18	30.51%
ейфорія	15	25.42%
симпатія	6	10.17%
жвавість	14	23.73%
спокій	30	50.85%
безпека	12	20.34%
рівновага	13	22.03%
журба	4	6.78%
нудьга	2	3.39%
лють	4	6.78%
роздратування	2	3.39%
невпевненість	0	0.00%
занепокоєння	2	3.39%
настороженість	1	1.69%
терпимість	2	3.39%
страх	3	5.08%
гнів	3	5.08%
презирство	0	0.00%
спустошеність	5	8.47%
сором	0	0.00%
відраза	0	0.00%

сум	11	18.64%
злість	3	5.08%
смуток	9	15.25%
заздрість	1	1.69%
самотність	13	22.03%
меланхолія	14	23.73%
образа	1	1.69%