

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА**

**ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ, СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ТА
СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

Кафедра психології особистості та соціальних практик

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Навчально-професійний проєкт

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми 053.00.05 Екстремальна та кризова психологія

**ВОКАЛОТЕРАПІЯ У РОБОТІ З КРИЗОВИМИ СТАНАМИ
ОСОБИСТОСТІ**

Виконала: студентка 2 курсу
групи ЕКПм-1-23-1.4з
заочної форми навчання
Кравченко Наталія Володимирівна

Науковий керівник:
Кутішенко В.П., доцент кафедри
психології особистості та соціальних практик,
кандидат психологічних наук, доцент

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	3
ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ ВОКАЛОТЕРАПІЇ В РОБОТІ З КРИЗОВИМИ СТАНАМИ ОСОБИСТОСТІ	11
1.1 Психологічна природа кризових станів особистості та аналіз досліджень кризових станів переміщених осіб	11
1.2 Вокалотерапія як специфічний метод арт-терапії в роботі з кризовими станами	16
Висновки до розділу 1	28
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ КРИЗОВИХ СТАНІВ ЗОВНІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ТА ПРОГРАМА ЇХ ПОДОЛАННЯ ЗАСОБАМИ ВОКАЛОТЕРАПІЇ.....	31
2.1. Аналіз результатів дослідження особливостей проявів кризових станів зовнішньо переміщених осіб.....	31
2.2. Змістові та організаційні аспекти програми вокалотерапії для подолання кризових станів переміщених осіб	46
2.3. Оцінка ефективності програми.....	55
Висновки до розділу 2	61
ВИСНОВКИ	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	66
ДОДАТКИ.....	75

АНОТАЦІЯ

Вокалотерапія у роботі з кризовими станами особистості

Актуальність дослідження. Сучасне суспільство стикається з безпрецедентним збільшенням кількості кризових станів особистості, що обумовлено наслідками війни, економічною нестабільністю, соціальними трансформаціями та психологічними труднощами. Особливу актуальність набувають пошуки інноваційних методів терапії, які не тільки знижують напруження, але й сприяють глибинному переосмисленню особистісного досвіду. Одним з таких методів може стати арт-терапія. Сучасні дослідники (К. Кейс, Т. Деллей, П. Джонс, М. Кисельова, М. Авраменко, І. Лубяницька, Н. Клименюк, О. Вознесенська) розглядають арт-терапію як комплексний підхід, що охоплює ізотерапію, музикотерапію, голосотерапію, ритмотерапію, казкотерапію, фототерапію тощо.

З давніх часів можливості музики привертали увагу вчених, педагогів, діячів культури та науковців. У Стародавній Греції основну увагу приділяли вдосконаленню душі, а не тіла, адже музика здатна глибоко проникати в людину, впливати на її настрій і перебудовувати внутрішній стан. Музика завжди відігравала важливу роль у духовному, естетичному, фізичному, моральному та громадянському вихованні. У музичному словнику XV століття їй приписували здатність «робити душі праведними». Жоден з великих філософів не оминав питання впливу музичного мистецтва на людину. Зокрема, Піфагор, Платон і Аристотель наголошували на її профілактичних і терапевтичних властивостях. Піфагор ввів поняття «евритмія», що означає здатність людини гармонійно поєднувати ритм у співі, танці, мові, жестах, думках і діях. Видатні педагоги та музиканти, такі як Я. Коменський, К. Орф, Ш. Сузукі, Г. Ципін, підкреслювали, що музика сприяє кращій соціалізації особистості.

Вокалотерапія, як форма арт-терапії, може виступати ефективним інструментом для роботи з емоційними та психосоматичними проявами криз. Доктор Файрстоун у 1988 році створив метод голосової терапії, спрямований на виявлення та подолання негативних думок. Дослідження Василевської-Скупи висвітлює психологічні ефекти вокалотерапії на студентів музичних факультетів, акцентуючи на її здатності знижувати тривожність перед виступами й покращувати психічний стан. Е. Пенг, Г. Аршад та інші дослідники обґрунтували вплив вокалотерапії на регуляцію емоцій через нейрофізіологічний підхід. Ю. Руденко описував використання вокалотерапії у різних терапевтичних контекстах, таких як психоаналіз, гештальт-терапія та трансперсональна голосова терапія, для покращення функціонування систем організму та психічних явищ. Крім того, згідно дослідження М. Джоенссона, вокалотерапія може підвищити самосвідомість, залучаючи медіальну префронтальну кору, область мозку, пов'язану з самоконтролем та метакогніцією.

Екзистенційно-аналітичний підхід, орієнтований на пошук сенсу та осмислення життєвих переживань, може поглибити розуміння механізмів дії вокалотерапії як діагностичного й терапевтичного засобу. Незважаючи на зростання зацікавлення цією темою у сучасній психотерапії, вокалотерапія досі потребує систематизованого теоретичного обґрунтування та емпіричних досліджень її ефективності як окремого виду терапії у роботі з кризовими станами.

Об'єкт дослідження – кризові стани особистості.

Предмет дослідження – вокалотерапія у роботі з кризовими станами особистості.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості методу вокалотерапії у роботі з кризовими станами особистості.

Відповідно до мети визначено **завдання:**

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних підходів до розуміння сутності методу вокалотерапії та особливостей його використання у роботі з кризовими станами особистості;

2. Емпірично дослідити особливості проявів кризових станів особистості у зв'язку з вимушеним переселенням;

3. Обґрунтувати та розробити програму вокалотерапії для подолання кризових станів у внутрішньо переміщених осіб, а також представити методичну розробку програми "Голос як шлях: 10-сесійна програма вокалотерапевтичної підтримки в кризових станах".

Шляхи реалізації мети та завдань дослідження: узагальнення теоретичних даних, аналіз сучасних психологічних праць, присвячених проблемі впливу вокалотерапії на кризові стани особистості, здійснюється з метою формування науково-теоретичного підґрунтя для розробки психологічної моделі терапії таких станів. У процесі дослідження застосовуються опитувальники та інтерв'ю, спрямовані на діагностику емоційно-психологічного стану особистості в кризових ситуаціях. Результати аналізуються кількісно та якісно для визначення особливостей впливу вокалотерапії на внутрішню гармонію та емоційну стабільність клієнта. Також розробляється та апробується програма вокалотерапії кризових станів особистості.

Ключові слова: вокалотерапія, кризові стани, психотерапія, саморефлексія, емоційна регуляція.

ABSTRACT

Vocal therapy in working with personality crisis states

Relevance of the study. Modern society is facing an unprecedented increase in the number of personality crisis states, caused by the consequences of war, economic instability, social transformations, and psychological difficulties. The search for innovative methods of therapy that not only reduce tension but also contribute to a profound rethinking of personal experience is becoming particularly relevant. One such method could be art therapy. Contemporary researchers (K. Case, T. Daley, P. Jones, M. Kiselova, M. Avramenko, I. Lubyantskaya, N. Klymenyuk, O. Voznesenskaya) consider art therapy to be a comprehensive approach that encompasses isotherapy, music therapy, voice therapy, rhythm therapy, fairy tale therapy, photo therapy, etc.

Since ancient times, the possibilities of music have attracted the attention of scientists, educators, cultural figures, and scholars. In ancient Greece, the main focus was on improving the soul, not the body, because music is capable of deeply penetrating a person, influencing their mood, and restructuring their inner state. Music has always played an important role in spiritual, aesthetic, physical, moral, and civic education. In the musical dictionary of the 15th century, it was attributed with the ability to “make souls righteous.” None of the great philosophers ignored the question of the influence of musical art on humans. In particular, Pythagoras, Plato, and Aristotle emphasized its preventive and therapeutic properties. Pythagoras introduced the concept of “eurythmia,” which means the ability of a person to harmoniously combine rhythm in singing, dancing, speech, gestures, thoughts, and actions. Outstanding educators and musicians, such as J. Comenius, K. Orff, S. Suzuki, and G. Tsipin, emphasized that music contributes to better socialization of the individual.

Vocal therapy, as a form of art therapy, can be an effective tool for working with emotional and psychosomatic manifestations of crises. In 1988, Dr. Firestone created a method of voice therapy aimed at identifying and overcoming negative thoughts. Vasilevskaya-Skupa's research highlights the psychological effects of vocal therapy on music students, emphasizing its ability to reduce performance anxiety and improve mental health. E. Peng, G. Arshad, and other researchers have substantiated the effect of vocal therapy on emotion regulation through a neurophysiological approach. Y. Rudenko described the use of vocal therapy in various therapeutic contexts, such as psychoanalysis, Gestalt therapy, and transpersonal voice therapy, to improve the functioning of body systems and mental phenomena. In addition, according to M. Joensuu's research, vocal therapy can increase self-awareness by engaging the medial prefrontal cortex, an area of the brain associated with self-control and metacognition.

An existential-analytical approach, focused on finding meaning and understanding life experiences, can deepen our understanding of the mechanisms of vocal therapy as a diagnostic and therapeutic tool. Despite growing interest in this topic in contemporary psychotherapy, vocal therapy still needs a systematic

theoretical justification and empirical research on its effectiveness as a separate type of therapy in working with crisis states.

The **object** of the study is crisis states of the personality.

The **subject** of the study is vocal therapy in working with crisis states of the personality.

The **purpose** of the study is to theoretically substantiate and empirically investigate the features of the vocal therapy method in working with crisis states of the personality.

In accordance with the purpose, the following **tasks** have been defined:

1. To conduct a theoretical analysis of contemporary approaches to understanding the essence of the vocal therapy method and the peculiarities of its use in working with crisis states of personality;

2. To empirically investigate the peculiarities of the manifestations of crisis states of personality in connection with forced displacement;

3. To substantiate and develop a vocal therapy program for overcoming crisis states in internally displaced persons, as well as to present a methodological development of the program "Voice as a Way: A 10-session program of vocal therapy support in crisis states."

Ways to achieve the research goals and objectives: generalization of theoretical data, analysis of contemporary psychological works devoted to the problem of the influence of vocal therapy on crisis states of the personality, is carried out with the aim of forming a scientific and theoretical basis for the development of a psychological model of therapy for such states. The study uses questionnaires and interviews aimed at diagnosing the emotional and psychological state of individuals in crisis situations. The results are analyzed quantitatively and qualitatively to determine the specific effects of vocal therapy on the client's inner harmony and emotional stability. A vocal therapy program for crisis states of the personality is also being developed and tested.

Keywords: vocal therapy, crisis states, psychotherapy, self-reflection, emotional regulation.

ВСТУП

Актуальність дослідження. В умовах повномасштабної війни в Україні проблема психологічної підтримки різних категорій населення набуває особливої гостроти. Якщо до 24 лютого 2022 року головна увага дослідників була зосереджена переважно на психологічних наслідках бойових дій для військовослужбовців, то нині дедалі більше уваги приділяється впливу травматичних подій на цивільних громадян, серед яких особливо вразливою групою є переміщені особи. Ці люди стикаються не лише з руйнуванням звичних умов життя, втратою домівки й соціальних зв'язків, але й з глибокими кризовими станами, що характеризуються підвищеним рівнем тривожності, емоційною нестабільністю, депресивними проявами, труднощами адаптації до нових соціальних умов і психосоматичними порушеннями.

Актуальним завданням сучасної психологічної науки і практики є пошук та впровадження ефективних методів підтримки та реабілітації осіб, які дозволяти б не лише долати наслідки пережитої кризи, але й знаходити нові особистісні ресурси для адаптації та подальшого розвитку. Особливе місце серед таких методів займають арт-терапевтичні техніки, зокрема вокалотерапія, що активно досліджується в зарубіжній психологічній практиці. Водночас у сучасному українському контексті вокалотерапія як окремий напрямок психологічної роботи з кризовими станами осіб, що зазнали вимушеної міграції за межі країни, є недостатньо дослідженою.

Унікальність українського досвіду вимушеної міграції полягає в тому, що зовнішньо переміщені особи перебувають у складних соціокультурних умовах за кордоном, де їм потрібно адаптуватися не лише до наслідків власного травматичного досвіду війни, але й до нового культурного та соціального середовища. Це додатково підсилює кризові прояви та ускладнює процес психологічної реабілітації. Відповідно, дослідження можливостей вокалотерапії як ефективного методу роботи з кризовими станами цієї категорії осіб набуває додаткового соціального значення.

Таким чином, актуальність вивчення вокалотерапії у роботі з кризовими станами переміщених осіб визначається не лише її високим теоретичним потенціалом, але й значною практичною значущістю, що полягає у створенні та апробації спеціалізованих програм психологічної підтримки, спрямованих на покращення якості життя та сприяння успішній адаптації ЗПО у нових умовах.

Мета магістерської роботи: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості методу вокалотерапії у роботі з кризовими станами особистості.

Відповідно до мети визначено **завдання:**

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних підходів до розумінні сутності методу вокалотерапії та особливостей його використання у роботі з кризовими станами особистості;

2. Емпірично дослідити особливості проявів кризових станів особистості у зв'язку з вимушеним переселенням;

3. Обґрунтувати та розробити програму вокалотерапії для подолання кризових станів у внутрішньо переміщених осіб, а також представити методичну розробку програми "Голос як шлях: 10-сесійна програма вокалотерапевтичної підтримки в кризових станах"

Об'єкт дослідження – кризові стани особистості.

Предмет дослідження – вокалотерапія у роботі з кризовими станами особистості.

Теоретико-методологічна база дослідження. Сучасне суспільство переживає зростання кризових станів особистості, що підсилює інтерес до інноваційних методів психотерапії. Одним із таких методів є вокалотерапія – напрям арт-терапії, що використовує силу голосу для вираження та трансформації внутрішніх переживань. У психодинамічному руслі Д. Остін розробила модель вокальної психотерапії, де імпровізований спів слугує засобом опрацювання глибинних емоцій і травматичного досвіду. Подібно до цього, Дж. П. Саттон наголошує на значущості голосових технік у відновленні

після психологічної травми. В свою чергу, Ж. Абітболь підкреслює, що голос відображає індивідуальність людини та поєднує тілесне і психічне, обґрунтовуючи його терапевтичний потенціал у роботі з особистістю.

Емпіричні дослідження підтверджують психотерапевтичну ефективність вокалотерапії. Так, доктор Файрстоун у 1988 році запропонував метод “голосової терапії”, спрямований на виявлення і подолання негативних внутрішніх думок. Дослідження О. Василевської-Скупи виявило, що робота з голосом знижує тривожність перед публічними виступами та покращує психічний стан студентів-музикантів. Нейрофізіологічні дані Е. Пенг та Г. Аршада свідчать, що вокальні практики сприяють ефективній емоційній саморегуляції. За результатами нейровізуалізаційних досліджень М. Джоенссона, спів активує медіальну префронтальну кору – ділянку мозку, пов’язану з самоконтролем і метакогніцією – підвищуючи самосвідомість особистості. Крім того, Ю. Руденко відзначає успішне застосування вокальних технік у межах різних підходів (психоаналіз, гештальт-терапія, трансперсональна терапія голосом) з метою покращення психологічного стану клієнта та гармонізації функцій його організму. У сукупності наведені теоретичні й емпіричні напрацювання становлять основу для розуміння потенціалу вокалотерапії як діагностичного й терапевтичного засобу у подоланні особистісних криз.

Емпірична база дослідження. Для перевірки ефективності розробленої програми залучили 40 респондентів. В основі надійності результатів дослідження лежать апробовані методики та статистичні методи, що в комплексі дозволяють оцінити прояви кризових станів переміщених осіб. До них належать Шкала самооцінки тривоги (О. С. Чабан, О. О. Хаустова, 2004) [8], Шкала оцінки якості життя (О. С. Чабан, 2017) [12], Шкала сприйнятого стресу (PSS-10; О. О. Вельдбрехт, Н. І. Тавровецька, 2022) [1], Експрес-опитувальник «Дезадаптивність» (І. Приходько, Я. Мацегора, О. Колесніченко, М. Байда) [9]; репрезентативність вибірки; якісний та кількісний аналіз результатів дослідження.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

1. Вперше в українському науковому просторі комплексно досліджено потенціал вокалотерапії як методу психотерапевтичної підтримки особистості у кризових станах, що виникають у зовнішньо переміщених осіб, що відкриває нові можливості для психологічної реабілітації цієї категорії населення.

2. Теоретично обґрунтовано психотерапевтичні механізми вокалотерапії, зокрема її вплив на емоційну регуляцію, саморефлексію та внутрішню гармонізацію особистості у процесі подолання кризових переживань, пов'язаних із вимушеною міграцією.

3. Розроблено та апробовано психотерапевтичну програму вокалотерапії, орієнтовану на роботу з кризовими станами зовнішньо переміщених осіб, яка враховує специфіку психоемоційних реакцій та адаптаційних процесів цієї групи.

Практична цінність роботи полягає в тому, що:

1. Вперше емпірично досліджено психотерапевтичний потенціал вокалотерапії у роботі з кризовими станами особистості українських біженців.

2. Розроблено та апробовано програму вокалотерапевтичної підтримки, яка може бути застосована для ефективної психологічної реабілітації та адаптації переміщених осіб в умовах вимушеної міграції та нового соціокультурного середовища.

3. Результати дослідження можуть бути використані при створенні програм психологічного супроводу переміщених осіб, зокрема з метою профілактики затяжних кризових станів, посилення внутрішніх ресурсів та розвитку навичок саморегуляції.

Структура роботи. Робота складається з анотації, вступу, 2 розділів з підрозділами і висновками до розділів, загальних висновків, списку використаної літератури, який налічує 81 джерело, з них 69 іноземними мовами. Робота містить 16 рисунків (на 14 сторінках) та 3 додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАСТОСУВАННЯ ВОКАЛОТЕРАПІЇ В РОБОТІ З КРИЗОВИМИ СТАНАМИ ОСОБИСТОСТІ

1.1 Психологічна природа кризових станів особистості та аналіз досліджень кризових станів переміщених осіб

У психології, як зазначає Р. Файнштайн та колеги, криза розглядається як стан глибокого внутрішнього дисбалансу, викликаний впливом стресової або травматичної події, що перевищує звичні адаптаційні ресурси людини [37]. За класичним визначенням Г. Каплана, кризовий стан – це короткочасне особистісне психологічне потрясіння, спричинене певною «небезпечною подією», яке породжує емоційний хаос та порушення повсякденного функціонування. Він також відзначав, що криза одночасно несе в собі «небезпеку та можливість зростання» – тобто може призвести як до погіршення стану, так і стати поштовхом для особистісного розвитку. Зазвичай гостра фаза кризи триває до 6–8 тижнів, після чого можливі різні наслідки: від відновлення або навіть підвищення рівня функціонування – до хронічного зниження адаптації чи повторюваних «міні-криз» [22; 23].

У науковій літературі виокремлюють декілька типів кризових станів особистості. Зокрема, розрізняють нормативні кризи, або кризи розвитку – природні вікові переломні моменти (за Е. Еріксоном, перехідні стадії розвитку, як-от криза підліткового віку, середнього віку тощо) – та ситуативні (ненормативні, травматичні) кризи, пов'язані з непередбаченими подіями: травмуючими втратами, насильством, катастрофами, війною тощо. Якщо криза розвитку є відносно очікуваною і «нормальною» частиною життєвого шляху, то ситуаційна криза виникає раптово і загрожує базовому почуттю безпеки особистості[34]. На думку Р. Файнштайн, в обох випадках криза означає рушення попередньої рівноваги між особистістю та оточенням і вимагає пошуку нових способів пристосування. Невирішена криза може

призводити до психічних розладів (депресія, посттравматичний стресовий розлад тощо), тоді як успішне подолання – до особистісного зростання[36].

Екзистенційна психологія розглядає кризи як моменти зіткнення зі смисложиттєвими питаннями та фундаментальними засадами існування. І. Ялом відзначав, що в періоди життєвих криз перед людиною гостро постають екзистенційні проблеми – усвідомлення смертності, відчуття ізоляції, втрати свободи вибору або відсутності сенсу життя [61]. Віктор Франкл, засновник логотерапії, наголошував: той, хто має заради чого жити, здатен витримати майже будь-яке «як». За Франклом, віднайдення суб'єктивного сенсу страждання є вирішальним ресурсом для подолання кризи – саме усвідомлення життєвого смислу допомогло багатьом в'язням нацистських концтаборів вижити попри нелюдські обставини. Натомість втрата сенсу здатна поглибити екзистенційну порожнечу та дезадаптацію[39]. Сучасні дослідження підтверджують, що екзистенційна криза сенсу може супроводжувати тяжкі життєві випробування. У дослідженні Дж. Апдеграфф, для людей після колективної травми, спричиненої терористичними нападами 11 вересня, як пошук, так і знаходження сенсу були важливими для успішної адаптації [78]. Люди з більшою активністю пошуку сенсу рідше повідомляли про будь-які посттравматичні симптоми. Досить багато досліджень присвячено пандемії COVID-19. Зокрема, як зазначають Т.Шнелль та інші, вищий сенс життя був пов'язаний із нижчим рівнем стресу та тривоги, спричинених пандемією, а також із нижчим рівнем психічних розладів, спричинених стресом [69]. З. Янг та колегами було встановлено, що стратегія подолання під назвою «схильність бачити сенс у негативному досвіді» допомагає адаптуватися до стресової ситуації не лише в моменті, але й у довгостроковій перспективі. Таким чином, екзистенційний підхід фокусує увагу на тому, що криза часто підриває базові світоглядні установки та цінності особистості, водночас надаючи шанс переосмислити їх і знайти нові смисли життя, що лежить в основі феномену посттравматичного зростання[57].

Внутрішньо або зовнішньо переміщені особи – це люди, які були змушені покинути свої домівки внаслідок збройного конфлікту, насильства чи катастроф, але не перетнули міжнародного кордону. Ситуація вимушеного переселення сама по собі виступає потужним кризогенним фактором. ВПО та ЗПО одночасно переживають травму втрати дому, розлуку з близькими та спільнотою, невизначеність майбутнього, зміни соціального статусу і ролей.

Психологи відзначають цілу низку типових проблем біженців: горювання і ностальгія за втраченим, почуття небезпеки й уразливості, порушення базової довіри до світу, криза ідентичності та приналежності [7]. Дослідження М. Кудінової, Д. Кожанової та інших показують, що вимушені переселенці часто живуть у стані хронічного стресу: навіть після фізичного порятунку вони можуть тривалий час перебувати в «режимі виживання», на тлі невирішеної травми минулого і труднощів адаптації на новому місці. Все це значно підвищує ризики розвитку психологічних розладів [7]. Згідно з мета-аналізом 81 дослідження, проведеним М. Бедазо і колегами (1984–2020 рр.), депресія в цілому спостерігається у близько 26% переміщених людей [19]. Причому, як зазначають Р. Алікандешварі та С. Аруна, серед певних груп цей показник ще вищий: зокрема, для внутрішньо переміщених осіб поширеність депресії сягає 60% (три з п'яти ВПО страждають депресивними симптомами). Це значно перевищує показники депресії у загального населення, які в середньому близько 3–5% [13].

Емпіричні спостереження щодо ВПО вказують на комплексний характер їхніх труднощів: поряд із високою поширеністю психотравматизації фіксуються фобії, депресивні стани, порушення сну, тривожність і навіть суїцидальні думки; разом із цим загострюються проблеми соціальної адаптації. Психологічні наслідки, як зазначає А. Гуляєва, охоплюють емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційну й комунікативну сфери особистості, що обґрунтовує потребу в цілеспрямованих втручаннях, спрямованих на відновлення навичок саморегуляції та адаптації [4].

Аналогічно високими є рівні посттравматичного стресового розладу (ПТСР). За даними різних оглядів Р. Дж. Джонсон та колег, приблизно 30% людей, переміщених через воєнні конфлікти, мають симптоми ПТСР [81]. Для порівняння, серед населення без досвіду війни цей показник суттєво нижчий. Наприклад, у дослідження О. Люшчак та колег, в Україні у мирному населенні до війни депресію діагностували у ~14%, тоді як серед переселенців – у 25% [66].

До факторів, що обтяжують кризовий стан переселенців, належать багаторазові травматичні події (бойові дії, обстріли, втрата близьких), тривалий період невизначеності, розрив соціальних зв'язків, а нерідко і стигматизація або неприйняття з боку приймаючих громад [7]. Дослідження, проведені С. Хамед та колегами у різних країнах показали, що вимушена міграція пов'язана з підвищеним рівнем тривожних і депресивних розладів, розладів адаптації, соматоформних симптомів тощо у порівнянні з населенням, яке не пережило переселення [44]. Так, у дослідженні Р. Ель Баба та Е. Колюччі, яке охоплювало неповнолітніх біженців, було виявлено, що вони страждають на ПТСР, депресію й тривогу значно частіше, ніж інші групи населення [32]. Інше дослідження, проведене Т. Венкаташалам та колегами, показало, що жінки-біженці з Сирії, які пережили вимушене переселення, мають високі рівні тривожності, депресії та ПТСР [76]. В іншому порівняльному дослідженні Д. Саліху та колег життя в таборі ВПО само по собі виявилось найсильнішим предиктором психологічного дистресу – навіть за контролю інших чинників. Це підтверджує, що саме вимушена зміна середовища і пов'язані з цим втрати виступають тригером затяжної кризи [14].

Зарубіжний і український досвід показує, що криза ВПО має багатовимірне підґрунтя: правовий статус, доступ до соціальної допомоги, працевлаштування та житла безпосередньо впливають на дистрес і траєкторії адаптації. Автори підкреслюють необхідність адресних програм соціальної адаптації з урахуванням різних груп переселенців (у т. ч. культурно-мовних

особливостей), а також підготовки соціальних служб до надання першої психологічної допомоги в комплексі з іншими видами підтримки [2].

Проте варто зазначити, що не всі переселенці розвивають патологічні стани – багато хто демонструє резилієнтність (психологічну стійкість) і здатність пристосуватися [67]. Підтримка соціальних зв'язків, наявність сім'ї, спільнот взаємодопомоги, а також доступ до психологічної допомоги, на думку Б. Угбенін та колег, значно полегшують переживання кризи переміщення [46]. Натомість ізоляція, повторні переміщення або інвалідність, за результатами М. Кьямбаде та А. Наматову, підвищують вразливість ВПО та ЗПО до поглиблення психічної кризи [51]. В екзистенційному вимірі криза ВПО та ЗПО часто включає втрату колишньої ідентичності та пошук нового сенсу життя на тлі травми [63]. Допомога в переживанні такого екзистенційного вакууму – важливе завдання психологічної підтримки переселенців. Досвід І. Лопушинського та ін. показує, що за наявності підтримки люди можуть не лише подолати кризу, а й знайти нові життєві смисли та цінності через випробування, що підтверджується прикладами посттравматичного зростання серед українських ВПО, які активно волонтерять і згуртовують громади [53].

Кризова інтервенція визначається як екстрена психологічна допомога, спрямована на швидке повернення до адаптивного рівня функціонування, профілактику психопатологічних наслідків і зниження негативного впливу травматичної події. Її завданнями є зняття гострих симптомів, відновлення докризових функцій, усвідомлення подій, що спричинили дисбаланс, і мобілізація внутрішніх та зовнішніх ресурсів (родини, спільноти). Вона спирається на принципи емпатійного контакту, невідкладності, короткочасності та фокусування на основній проблемі, зазвичай триває до 4–6 тижнів і реалізує підхід «тут-і-зараз» [3].

Отже, кризові стани особистості – це складний психологічний феномен, що поєднує суб'єктивні переживання безпорадності, хаосу, горя і тривоги з об'єктивним порушенням звичного життєвого укладу. Для біженців внаслідок

збройного конфлікту криза набуває особливої гостроти через множинність втрат та травм. Розуміння психологічної природи криз дозволяє краще підбирати методи допомоги – у тому числі нестандартні, зокрема арт-терапевтичні методики, що полегшують невербальне вираження переживань та відновлення цілісності особистості в посткризовий період.

1.2 Вокалотерапія як специфічний метод арт-терапії в роботі з кризовими станами

Арт-терапія – це напрям психотерапії, що використовує образотворчу творчість, музику, рух, драму та інші художні форми як засоби вираження і опрацювання емоцій. Теоретичною основою арт-терапії, за С. Хасейн, є уявлення про те, що творчий процес має цілющий вплив, оскільки дає можливість безпечного вираження глибинних почуттів, які часто важко передати словами [43].

Існують різні види арт-терапії: ізотерапія (образотворче мистецтво), музикотерапія (музика та звук), танцювально-рухова терапія, драматерапія, бібліотерапія тощо. Кожен метод має свої специфічні техніки, але їх об'єднує фокус на творчому самовираженні клієнта та символічному опрацюванні внутрішнього досвіду[49]. У рамках сучасних холістичних та нейробиологічних підходів, як зазначає Н. Кашака, творчі терапії розглядаються як методи, що залучають тіло і почуття, а не лише вербальний інтелект [48]. Це особливо важливо при роботі з травмами, адже травматичні спогади часто зберігаються у вигляді образів, тілесних відчуттів і імпліцитних емоцій, а не словесних спогадів [21].

Арт-терапевтичні підходи завдяки своїй невербальній природі дозволяють обійти захисні механізми психіки та опрацювати переживання на глибшому, тілесно-емоційному рівні. Наприклад, малювання чи ліплення можуть об'єктивувати страхи у вигляді образів, музична імпровізація – дати вихід пригніченому гніву, танець – «розморозити» тілесні реакції, заблоковані травмою. Дослідження Г.Каїмал та ін. показують, що заняття мистецтвом

сприяють зниженню рівня гормону стресу кортизолу [47]. Вони покращують усвідомлення клієнтами тіла, яке відіграє важливу роль у емоційному досвіді та самосвідомості, а також відчуття волі через рухи, експресію та сенсорний досвід [26]. Крім того, вони можуть допомогти клієнтам інтегрувати пізнання та емоції за допомогою творчих і експресивних процесів, покращуючи їх розуміння взаємодії між думками, почуттями та поведінкою [27]. Починати процес відновлення після травматичного досвіду не завжди доцільно з когнітивного осмислення подій. У багатьох випадках здатність до уяви та відчуття спонтанності значно послаблюється під впливом страждань, тривожних переживань або дисоціативних реакцій [73]. Малкіоді наводить низку причин, чому доцільно використовувати мистецтво в роботі з психічною травмою: воно дає змогу емоціям вільно «розповідати» власну історію; сприяє заспокоєнню психіки й тіла; активізує тілесне залучення; покращує можливість невербального вираження; підтримує відчуття контролю над власним життям; дає змогу переосмислити травматичний досвід; допомагає знайти глибший сенс пережитого; сприяє поверненню до повноцінного життя [73].

У вітчизняному контексті арттерапевтичні методи вже розглядають як складову травмочутливого соціально-психологічного супроводу осіб, що пережили війну та вимушене переміщення. У посібнику системно описано інструменти й організаційні форми супроводу та окремо виокремлено можливості арттерапії для ВПО (зокрема музейну арт-терапію, плейбек-театр і практики самодопомоги), метою яких є зниження стресу, відновлення самооцінки, розбудова місцевої ідентичності та посилення комунікативних спроможностей. У межах цього підходу вокальні практики доцільно розглядати як різновид експресивної арттерапії, що може інтегруватися до модульних програм супроводу [11].

Таким чином, арт-терапія діє як психофізіологічний регулятор. З одного боку, вона допомагає клієнту усвідомити і виразити емоції, з іншого – через сенсорні та моторні канали впливає на нервову систему, активує

парасимпатичні реакції заспокоєння, відновлює інтеграцію мозкових процесів) [43]. Це узгоджується з полівагальною теорією С. Поргеса, за якою безпечна соціальна взаємодія та сенсорна стимуляція (зокрема через голос, слух, рух) активують вентральний блукаючий нерв, що сприяє виходу із стану «бийся або біжи» і поверненню до стану безпеки [65]. Саме тому в терапії травм все ширше застосовуються методи, які «говорять мовою тіла» – серед них і вокалотерапія, про яку далі піде мова.

Вокалотерапія – це напрямок арт-терапії та музикотерапії, в центрі якого лежить людський голос як інструмент терапевтичного впливу [16]. На відміну від класичної музикотерапії, що може включати пасивне слухання музики або гри на інструментах, вокалотерапія акцентує саме на активному звуковидобуванні клієнтом – співі, вокалізації, фонуванні (тонуванні) звуків, дихальних вправах з голосом тощо. Цей метод базується на уявленні про голос як пронікливий виразник емоцій і носій особистісної символіки. Дослідження З. Славікової та колег показують, що людський голос є дуже чутливим інструментом для вираження емоцій, що може впливати на психіку та фізичний стан людини [72]. Вокальні вирази вважаються особистісними та соціальними комунікаційними засобами, які можуть мати значний терапевтичний ефект [18]. Дійсно, тембр, інтонації, мелодика мовлення багато говорять про емоційний стан. У повсякденному житті ми інтуїтивно «зчитуємо» емоції співрозмовника по голосу – тону, гучності, швидкості мовлення. Вокалотерапія спирається на цю особливість: звуки голосу стають матеріалом для терапевтичної роботи [62].

Засновницею напрямку вокальної психотерапії вважається Дайана Остін – музикотерапевтка, яка у 1990-х рр. розробила модель психотерапії, що інтегрує вокальне вираження та глибинно-психологічний підхід. Вона визначила вокальну психотерапію як використання дихання, природних звуків, тонування, співу пісень, музикальності розмовного голосу та імпровізації на службі внутрішньопсихічного та міжособистісного зв'язку з метою зростання і змін [16]. Тобто голос розглядається як міст між внутрішнім

світом людини і зовнішньою взаємодією, а вся терапевтична сесія у Остін фактично є спільною імпровізацією терапевта і клієнта. Важливим принципом є недирективність: клієнт вільний або говорити, або співати – залежно від своїх актуальних потреб, а терапевт «йде слідом» за клієнтом, підлаштовуючи музичні інтервенції під його стан. При цьому Остін наголошує на створенні безпечного простору і емпатичному звучанні терапевта: терапевт уважно слухає не лише зміст слів, а й «музику голосу» клієнта (темپ, гучність, паузи, подихи), віддзеркалює ці особливості і тонко супроводжує вокально. Наприклад, якщо клієнт зітхає чи стогне від болю – терапевт може підтримати це «первинне звучання» своїм голосом, ненав'язливо імпровізуючи гармонійний фон (т. зв. метод «вокального тримання») [20]. Така техніка створює відчуття прийняття і резонансу: клієнт чує, що його навіть нечленороздільні звуки почуті і підтримані іншою людиною, що посилює міжособистісний зв'язок і довіру. Поступово прості звуки можуть перейти у спів або вербалізацію почуттів, коли людина буде готова.

Вокалотерапія широко використовує елементи імпровізації. Однією з фірмових технік Д. Остін є «вокальна імпровізація вільних асоціацій» [16]. Вона полягає у тому, що клієнт співає будь-які звуки, слова чи фрази, які спонтанно приходять на думку, без цензури, а терапевт підлаштовується гармонійно і ритмічно, створюючи музичний супровід чи дуєт. Такий процес може вводити клієнта в легкий транс або регресивний стан, у якому спливають образи та почуття з глибин підсвідомості. Остін зазначає, що вокальна імпровізація вільних асоціацій здатна відкрити доступ до витіснених спогадів і «втрачених частин себе», дозволяючи пропрацювати травматичний досвід і повернути інтегрованість особистості [59]. Вона попереджає, що ця техніка є потужною і потребує від терапевта високої кваліфікації та власної терапевтичної пропрацювання, адже викликає інтенсивний перенесення і контрперенесення. Менш складним є метод «вокального тримання», згаданий вище: він передбачає спів простих наголошених звуків або мелодійних фраз терапевтом для створення опори, на тлі яких клієнт може імпровізувати свій

вокал [15]. Цікаво, що Остін рекомендує спеціально підбирати дуже прості акорди і мелодії – аби клієнт не «вмикав розум», аналізуючи гармонію, а натомість відчував вібрації тіла та потік свідомості. Прості повторювані звуки створюють своєрідний звуковий «контейнер», де клієнт може розслабитися і випустити свої почуття у звук [15].

Терапевтичний ефект роботи з голосом пояснюється як психологічними, так і фізіологічними чинниками. З психологічної точки зору, голос – це «місток» між свідомим і несвідомим. Багато сильних емоцій спонтанно виражаються голосом: плач, крик, зойк, сміх – все це вокальні прояви, що виникають задовго до того, як ми навчимося говорити. Не випадково Д. Остін звертається до примітивних звуків (стогін, шепіт, крик, дитячий лепет) як до засобу відреагування ранніх травм. Відтворюючи «первинні» звуки в безпечній обстановці, клієнт може звільнити глибоко пригнічені емоції – горе, злість, страх – які можливо не усвідомлювались вербально. Таким чином голос слугує каналом для катарсису та емоційної розрядки. Окрім того, спів чи голосові імпровізації сприяють підвищенню самовираження і відчуття особистісної сили: людина буквально «дає голос» своїм переживанням, що особливо цінно для тих, чий голос був «відібраний» травматичними обставинами (наприклад, жертви насилля, які боялись говорити) [17; 38]. У процесі вокалотерапії клієнти часто відзначають появу відчуття свободи, розкріпачення після того, як їм вдалося проспівати те, що “лежало на душі”. За висловом однієї клієнтки: «Я змогла знову почути себе» – голос метафорично повертає контакт із власним «Я» [38].

З фізіологічного боку, спів і звучання впливають на організм комплексно. Під час співу активується діафрагмальне дихання, яке заспокійливо діє на нервову систему – глибокий повільний видих через спів продовжує видих, стимулюючи блукаючий нерв і парасимпатичний відділ, що знижує рівень напруги [50]. Дослідження Д. Фанкурт та ін. показують, що спів зменшує секрецію кортизолу (гормону стресу) і підвищує рівень ендорфінів та окситоцину – нейрохімічних маркерів задоволення і прив’язаності [35]. Так, в

експерименті А. Гуд та Ф. Руссо з групового співу було зафіксовано значне зниження концентрації кортизолу у слині учасників після заняття, поряд з покращенням настрою [40]. Інші дослідження Д. Бовлінг та колег засвідчили, що спів у хорі підвищує рівень окситоцину і сприяє почуттю згуртованості та довіри в групі [33]. Саме тому спільний спів часто використовується як інструмент соціально-психологічної реабілітації травмованих спільнот – наприклад, створюються хори біженців, переселенців, ветеранів, де музична взаємодія допомагає відновити відчуття підтримки та єдності [35]. Крім гормональних змін, спів тренує серцево-дихальну систему: вправа “співочого дихання” підвищує варіабельність серцевого ритму, що є індикатором балансу нервової системи та здатності організму адаптуватися до стресу [30]. Не дарма деякі дихальні практики й медитації включають тонування – протяжне звучання голосних (як у мантрах «ом») – для входження у стан релаксації. Вібрації звуку, які відчуються у тілі під час співу, мають і соматичний ефект: вони можуть знімати м’язові затиски, резонувати у грудній клітці, голові, животі, що суб’єктивно сприймається як «масаж зсередини». Пацієнти нерідко описують відчуття тепла, «струму енергії» в тілі після вокальних сесій [64].

Отже, вокалотерапія спирається на унікальну подвійність людського голосу: психологічну (емоційно-символічну) і фізіологічну. Голос одночасно є носієм смислів і почуттів і частиною тіла, що піддається тренуванню. Це робить його потужним інструментом для цілісної терапії. Варто додати, що робота з голосом вимагає особливої чутливості з боку терапевта. Голос – дуже інтимний аспект особистості; багато людей мають психологічні блоки, сором, пов’язані зі співом (наприклад, травматичний досвід осуду за спів у дитинстві). Тому у вокалотерапії важливо створити атмосферу прийняття і безоціночності. Терапевтичні сесії зазвичай проходять у приватній обстановці або в малій групі, де учасники домовляються не критикувати один одного. Принцип “співай, як відчуваєш” заохочує автентичність, навіть якщо звучання недосконале естетично. Краса вокалотерапії – не у професійному співі, а у щирості переживання: «голос душі» цінніший за досконалу ноту.

Практично вокалотерапія реалізується через різні техніки залежно від школи. Окрім згаданих методів Остін (вокальне тримання, вільна вокальна імпровізація), використовуються такі елементи: тонінг – протяжний спів на одному звуці (наприклад, “м-м-м” або голосні), що вводить у медитативний стан [45]; спів мантр – повторення ритмічних формул, сакральних слів або афірмацій співочим голосом [42]; піснетерапія – підбір і спів пісень, що резонують з переживаннями клієнта (наприклад, спів колискових для травми внутрішньої дитини, патріотичних пісень для підсилення духу) [74]; вокально-рухові вправи – коли голос поєднується з рухом тіла для вивільнення енергії (крик у просторі, “танець і звук” тощо) [70]. В деяких підходах застосовуються групові вокальні імпровізації: учасники по черзі голосом виражають емоції, а група їм вторує. Це створює ефект співпереживання на невербальному рівні. Цікавим різновидом є логовокальна терапія, що поєднує логопедичні аспекти (робота над голосоутворенням, дикцією) з емоційною експресією – вона допомагає тим, у кого через психологічні травми виникли голосові затруднення (афонія, затинання) [28]. Вокалотерапія гнучко інтегрується і з іншими арт-методами: нерідко сеанс може включати спочатку образотворче вираження (намалювати свій настрій), а потім вокалізацію створеного образу; або ж навпаки – заспівати емоцію, а далі обговорити вербально виниклі відчуття.

На психофізіологічному рівні базовим “тренуванням” у вокалотерапії є дихальні техніки: клієнта вчать глибокого діафрагмального дихання, подовження видиху з голосом, усвідомлення зв’язку дихання і напруги. Потім додаються вправи на резонанс (напр. звукоутворення з фокусом у різних точках тіла – у грудях, в масці обличчя), артикуляційна гімнастика для розкритості голосового апарату. Такі вправи допомагають клієнту відчутти своє тіло, повернути контроль над тілесними реакціями, що особливо важливо для людей після травми, які часто переживають дисоціацію з тілом. Фізіологічне розкріпачення голосу паралельно знімає і психологічні затиски: клієнт набуває впевненості, що має право звучати. Цей процес можна розглядати і

метафорично: відновлення власного голосу – це відновлення суб'єктності, здатності заявити про себе світові.

Підсумовуючи, вокалотерапія як метод арт-терапії відзначається унікальною здатністю одночасно працювати на рівні душі і тіла. Голос є потужним носієм емоційної інформації, і терапевтичне використання голосу дозволяє безпосередньо торкнутися глибин травми, обійти раціональні “блокатори” та відновити цілісність переживань. У наступному підрозділі ми розглянемо, які конкретні можливості відкриває вокалотерапія для допомоги людям у кризових та посттравматичних станах, зокрема внутрішньо переміщеним особам, та порівняємо її ефективність з іншими методами арт-терапії.

Протягом останніх років зростає кількість досліджень, присвячених застосуванню музичних і вокальних інтервенцій для подолання наслідків психологічної травми. Хоча напрям вокальної терапії є відносно молодим і спеціальних рандомізованих досліджень саме вокалотерапії небагато, суміжні дані з музикотерапії та творчих терапій підтверджують її ефективність. Зокрема, мета-аналіз 9 досліджень, проведений ґ.-М. Ма та співавторами, що включав 527 пацієнтів, показав, що музикотерапія в комплексі лікування посттравматичного стресового розладу дає статистично значуще зниження симптомів ПТСР у порівнянні зі стандартною терапією [54]. Ефект музикотерапії був порівнюваним з ефектом традиційної психологічної терапії, тобто додавання музичних методів фактично так само результативне, як і розмовна терапія. Хоча якість доказів оцінена як помірна (необхідні подальші дослідження), висновок обнадійливий: музичні втручання, в тому числі з активним залученням пацієнта, сприяють зменшенню посттравматичної симптоматики (флешбеки, нічні кошмари, тривога) [54].

Окремо аналізуючи саме спів як інтервенцію, дослідники також відзначають позитивні результати. Так, в експериментальному дослідженні Ю. Вей за участю жінок із післяпологовою депресією групове спів помітно прискорило зниження депресивних симптомів порівняно з контрольною

групою [71]. У випадку пацієнтів із хворобою Паркінсона годинне заняття груповим співом не підвищило рівень кортизолу (що свідчить про відсутність стресовості такої активності) і дещо покращило настрій учасників, зменшивши відчуття смутку [75]. Хоча це дослідження Е. Штегемойер мало іншу мету (моторні симптоми), його висновок важливий: спів є безпечною для вразливих клієнтів активністю, що не викликає перенапруження і може використовуватися навіть при неврологічних порушеннях без шкоди.

Звичайно, особливий інтерес становлять випадки застосування вокалотерапії і співу у роботі з кризовими станами в умовах війни. Емпіричні дослідження підтверджують ефективність використання співу як засобу подолання кризових станів, зокрема тих, що спричинені війною. Зокрема, П. Пунамакі (2020) проаналізував емоційний зміст співу палестинських матерів, які пережили бойові дії, зосередившись на його впливі на немовлят. Результати засвідчили, що позитивні емоції, передані через спів (радість, грайливість), асоціюються з покращенням емоційного та когнітивного розвитку дітей, тоді як спів, пронизаний страхом чи напруженням, корелює з депресивною симптоматикою у матерів і несприятливими наслідками для розвитку немовлят [80].

Історичну перспективу застосування співу у терапії військових описує К. Мейнхарт (2022), який досліджував використання музики у військових госпіталях під час Першої світової війни. Спів та інші музичні заняття сприяли фізичному й психічному відновленню солдатів, знижували рівень травматичних симптомів і підтримували формування почуття спільності [58]. Таким чином, наявні дослідження підтверджують, що спів є потужним засобом психоемоційної підтримки в умовах травматичних подій, сприяючи зменшенню стресу, покращенню психічного здоров'я та емоційній стабілізації як у дітей, так і в дорослих.

Результати низки досліджень підтверджують ефективність використання співу як засобу інтеграції та психоемоційної підтримки біженців. Так, у дослідженні Х. Раанаас (2018), проведеному в Норвегії,

йшлося про участь біженців в аматорському хорі. Учасники відзначали, що така діяльність допомагала їм відчутти належність до нової спільноти, освоїти нові вміння та наповнити нове життя сенсом. Хоровий колектив став своєрідним простором для інтеграції, де біженці мали змогу взаємодіяти як із представниками власної культури, так і з місцевим населенням [68]. Подібні результати були виявлені у дослідженні Папаніколау (2024), де аналізувалася діяльність хору, створеного біженцями з Конго на грецькому острові Лесбос. Спів допомагав їм пережити складний період очікування на розгляд заяв про притулок, надаючи відчуття духовної підтримки, спільності та сенсу. Хор виконував функцію автономного простору, у межах якого кожен мав важливу роль, що сприяло формуванню активної громади [60]. У контексті підтримки психічного здоров'я матерів-біженок спів розглядався як інструмент психологічного відновлення в дослідженні М. Мані (2022), проведеному в Австралії. Автор підкреслює, що участь у співі створювала безпечне середовище для самовираження, зниження емоційного напруження та покращення загального психоемоційного стану, що є особливо важливим у перинатальний період [55]. Інше дослідження, здійснене І. Куадрос (2017) у Швеції, виявило позитивний вплив хорових ініціатив на міжкультурне порозуміння та інтеграцію біженців. Водночас автор зазначає, що західноєвропейська хорова традиція може бути культурно чужою для деяких учасників, що потребує делікатного підходу до впровадження таких програм [29]. Сукупність цих даних свідчить про значний потенціал співу як засобу формування почуття належності, емоційної стабілізації та соціальної інтеграції в умовах вимушеного переселення.

Важливо зазначити, що вокалотерапія може сприяти і явищу посттравматичного зростання – знаходженню нових позитивних змін після пережитої кризи. Спільний спів та творчість нерідко допомагають травмованим людям переосмислити свій досвід. Боузіоті (2023) описує використання вокальної психотерапії для роботи з травмованими клієнтами в Греції. Методи, такі як "вокальне утримання" і "вільний асоціативний спів",

допомагали клієнтам отримати доступ до своїх почуттів і спогадів, що сприяло усвідомленню та подоланню перешкод для зростання [20].

Вокалотерапія є складовою частиною ширшого поля музикотерапії, тому варто розглянути її специфічні відмінності. У музикотерапії загалом використовуються як рецептивні методи (пацієнт слухає музику, аудіозаписи, звуки природи з терапевтичною метою), так і активні методи (пацієнт грає на інструментах, співає, рухається під музику). Вокалотерапія відноситься до активних методів, але її особливість у тому, що інструментом є тіло самого клієнта. На відміну від гри, скажімо, на барабані чи фортепіано, де звук виникає зовні, при співі звук народжується всередині тіла. Ця внутрішня вібрація надає потужного тілесного зворотного зв'язку, чого немає при грі на зовнішньому інструменті. З іншого боку, спів – це теж музичний процес, що має всі переваги музики як такої: ритм, мелодія, гармонія можуть модулювати настрій, викликати асоціації, формувати новий досвід.

Порівнюючи вокалотерапію з іншими формами арт-терапії, можна виділити кілька переваг і обмежень. У порівнянні з ізотерапією (малюванням) або бібліотерапією, вокалотерапія краще залучає тілесний компонент. Малювання теж може бути експресивним, але воно більш статичне фізично. Спів же, як було зазначено, безпосередньо впливає на дихання, серцебиття – тобто має прямий регулюючий вплив на фізіологію стресу. З іншого боку, образотворча арт-терапія дає наочний матеріал (малюнок), який можна зберегти, показати – голос же ефемерний, звук зникає після виконання. Комусь із клієнтів буває цінно мати конкретний артефакт своєї роботи, тоді як спів лишається в пам'яті більше як досвід, ніж як об'єкт. Тут вибір методу залежить від потреб клієнта. Для опрацювання тривалих горючих переживань, як-от утрата близького, малювання може дозволити «побачити свою біль зі сторони», тоді як спів – прожити і відпустити її через звук. При цьому методи взаємно не виключають одне одного.

Порівнюючи вокалотерапію з танцювально-руховою терапією, бачимо, що обидва підходи дуже тілесно орієнтовані. Танцювальна терапія дає вихід

м'язовій енергії, допомагає “струсити” тілесну застиглість, що часто притаманна травмі. Вокалотерапія впливає більше на дихально-голосовий апарат. У практиці нерідко поєднують голос і рух. Пацієнту пропонують, наприклад, рухатися по кімнаті і видавати звуки, котрі відповідають його відчуттям – така імпровізація може бути дуже звільняючою (коли з тіла виходять звуки плачу чи гніву разом із рухом). Перевага голосу – він може доносити зміст через слова або лірику пісень, що дозволяє опрацьовувати також когнітивний рівень переживань. Танцем складніше передати конкретний смисл. Спів же вміщує і рівень символів (текст), і рівень емоційної експресії (мелодія). Таким чином, вокалотерапія потенційно інтегрує вербальне й невербальне, слугуючи мостом між глибинними відчуттями і усвідомленням їхнього значення. Це відповідає концепції, що творчі терапії полегшують «діалог між свідомим і несвідомим»

У порівнянні з традиційною психотерапією (вербальною), вокалотерапія краще підходить для тих випадків, коли клієнту важко говорити про травму. Багато постраждалих від насилля або учасників бойових дій відчують словесний ступор щодо свого досвіду – слова здаються недостатніми або навпаки надто болючими. У таких ситуаціях спів може стати першим кроком до розкриття переживань. Зокрема, військовий, не здатний розповісти про пережите на війні, міг би виконати пісню, яка передає його почуття – і через це потроху відкритися. Арт-терапевтична практика має чимало прикладів, коли пісня або гра на інструменті ставала “голосом” травми, аж поки сам травмований не був готовий промовити це своїм голосом. До того ж, на ранніх етапах посткризового втручання груповий спів може бути значно доречнішим, ніж групові дискусії: спів одночасно заспокоює нервову систему, не вимагаючи від людей розкривати інтимні подробиці перед незнайомцями. Таким чином, вокальна робота інколи легше приймається клієнтами, які насторожено ставляться до «розмов про почуття», але готові спільно поспівати або послухати спів терапевта і приєднатися.

Підсумовуючи, вокалотерапія має значний потенціал у роботі з кризовими станами особистості, особливо травматичного генезу. Вона поєднує терапевтичні переваги музики з унікальними властивостями людського голосу. Дослідження і клінічний досвід підтверджують, що спів і голосові практики можуть ефективно доповнювати традиційні методи подолання травматичних наслідків.

Висновки до розділу 1

У психологічній літературі існують різні підходи до визначення кризового стану. В межах даного дослідження дотримується позиція, що кризовий стан визначається як внутрішній дисбаланс, спричинений травматичними подіями, що перевищують звичні ресурси адаптації людини. Г. Каплан описує кризу як тимчасове психологічне потрясіння, яке може призводити як до дезадаптації, так і до особистісного зростання, залежно від успішності подолання. Виокремлюють нормативні та ситуативні (ненормативні) кризи. Нерозв'язані кризи можуть трансформуватись у серйозні психічні розлади, такі як депресія чи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тоді як успішне їх подолання сприяє особистісному розвитку. З екзистенційної перспективи криза виступає моментом переосмислення життєвих сенсів і цінностей, важливість якого підтверджують сучасні дослідження. Люди, що активно шукають сенс у кризових ситуаціях, демонструють вищу адаптацію і нижчий рівень психічних порушень.

Переміщені особи часто стикаються з множинними психологічними травмами: втратою дому, розлукою з близькими, зміною соціальних ролей і невизначеністю майбутнього. Це значно підвищує ризик розвитку психологічних проблем і супроводжується переживанням різноманітних кризових станів. За дослідженнями, депресія серед ВПО може досягати 60%, а ПТСР – близько 30%, що значно вище за показники загального населення. Проте багато переміщених осіб також демонструють резилієнтність, яку підтримують соціальні мережі, психологічна допомога та можливість

віднайдення нового сенсу життя, що може привести до посттравматичного зростання.

Арт-терапія використовує різні види мистецтва для психологічної підтримки і роботи з емоційним станом людини, особливо при травмах. Її перевагою є здатність обходити психологічні захисти завдяки невербальним засобам вираження. Вокалотерапія, яка є різновидом арт-терапії, спирається саме на людський голос. Її засновниця, Дайана Остін, розробила підхід, що включає спів, вокальні імпровізації та психологічну роботу. Голос у вокалотерапії виступає потужним засобом емоційної експресії і саморегуляції, оскільки допомагає знижувати рівень стресу, активує заспокійливі парасимпатичні реакції і підвищує рівень окситоцину.

Техніки вокалотерапії допомагають клієнтам безпечно пережити і виразити глибоко пригнічені почуття, зокрема ті, які виникли внаслідок травми. Голосові практики забезпечують як психологічну, так і фізіологічну терапевтичну дію, створюючи умови для катарсису, емоційного звільнення, відновлення самосприйняття і фізичного розслаблення. Вокальна психотерапія особливо ефективна для людей, що пережили тяжкі психологічні травми, оскільки вона дозволяє безпечно виразити переживання, які важко описати словами.

Сучасні дослідження підтверджують ефективність вокальних і музичних інтервенцій для зменшення симптомів ПТСР, депресії та тривожності. Зокрема, груповий спів позитивно впливає на емоційний стан осіб, які пережили травму війни чи вимушене переселення, сприяючи інтеграції у нові громади і розвитку почуття належності. Дослідження показують, що участь у хорових заняттях значно покращує психоемоційний стан, формує соціальні зв'язки і сприяє пошуку нових життєвих цінностей у переміщених осіб.

Вокалотерапія має важливі переваги у порівнянні з традиційною вербальною терапією, адже вона дозволяє клієнтам, які відчують труднощі у вербалізації травматичного досвіду, безпечно виразити емоції через спів. Особливо корисною вона є на ранніх етапах психологічної допомоги після

кризи, коли вербальне вираження може бути занадто складним або травматичним. Крім того, вокальні практики сприяють посттравматичному зростанню, підтримуючи процес реінтеграції особистості та допомагаючи людям знайти нові смисли і цілі після пережитих травм.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВІВ КРИЗОВИХ СТАНІВ ЗОВНІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ТА ПРОГРАМА ЇХ ПОДОЛАННЯ ЗАСОБАМИ ВОКАЛОТЕРАПІЇ

2.1. Аналіз результатів дослідження особливостей проявів кризових станів зовнішньо переміщених осіб

Для емпіричного дослідження особливостей проявів кризових станів особистості у зв'язку з вимушеним переселенням було використано ряд психодіагностичних методик, а саме:

1. Шкала самооцінки тривоги (Чабан та Хаустова, 2004) [8];
2. Шкала оцінки якості життя (Чабан, 2017) [12];
3. Шкала сприйманого стресу (PSS-10; Вельдбрехт та Тавровецька, 2022) [1];
4. Експрес-опитувальник «Деадаптивність» (Приходько, Мацегора, Колесніченко та Байда, 2017) [9].

Розглянемо детальніше кожен з них.

Шкала самооцінки тривоги була розроблена українськими фахівцями О. С. Чабаном та О. О. Хаустовою у 2004 році для скринінгової оцінки рівня тривожності та її інтенсивності. Теоретично методика спирається на біопсихосоціальний підхід до розуміння тривоги, що поєднує психологічні та соматичні прояви тривожних розладів. Відтак, шкала Чабана та Хаустової побудована таким чином, щоб виявляти як психічні, так і фізіологічні прояви тривоги, що відповідає концепції «психосоматичних масок» тривожних розладів [8].

Опитувальник містить 30 тверджень, які відображають різноманітні симптоми тривожності – від емоційних і когнітивних до соматичних. При 7 або більше ствердних відповідях рекомендується звернути особливу увагу на стан респондента і скерувати його на консультацію до медичного психолога чи психотерапевта. Цей поріг (≥ 7) було встановлено емпірично і він слугує індикатором клінічно значущої тривожності. Така чутливість шкали дає змогу

виявити осіб із підвищеним рівнем тривоги навіть за наявності лише декількох яскраво виражених симптомів.

Для осіб, що переживають вимушене переселення, характерний підвищений рівень тривоги, пов'язаний з невизначеністю майбутнього, втратами та травматичними подіями. Шкала самооцінки тривоги є доречною для оцінки стану таких людей, адже вона швидко виявляє як явні, так і приховані тривожні симптоми. Використання цієї методики допоможе ідентифікувати переселенців із клінічно значимою тривогою і своєчасно надати їм допомогу. Низький поріг чутливості підходить для вразливої групи переселенців, адже дає змогу не пропустити тих, кому потрібна психологічна підтримка. Крім того, шкала не потребує великого когнітивного навантаження та може заповнюватися навіть в польових умовах, що важливо при роботі у кризових ситуаціях. Таким чином, доцільність застосування Шкали самооцінки тривоги у дослідженні кризових станів вимушено переміщених осіб є високою: вона забезпечує швидкий скринінг тривожності, яка є одним із провідних компонентів психічної кризи в умовах релокації.

Шкала оцінки якості життя була створена О.С. Чабаном у 2017 році як інструмент для комплексної оцінки суб'єктивної якості життя [12]. Теоретично методика ґрунтується на уявленні про якість життя як інтегральний показник фізичного, психологічного та соціального благополуччя особистості. Чабан (2017) визначав якість життя з позицій медичної психології, акцентуючи на суб'єктивному сприйнятті людиною свого здоров'я, активності та оточення. Автор методу виходив з того, що саме суб'єктивна задоволеність у ключових сферах визначає відчуття якості життя, а отже, її доцільно вимірювати прямими запитаннями про задоволеність різними сторонами життя [12].

Методика для оцінки якості життя має структуру опитувальника з 10 пунктів, що охоплюють основні домени життя особистості. Кожен пункт являє собою запитання про рівень задоволеності певним аспектом життя протягом останніх 30 днів (місяця).

У дослідженні Гриневич (2024) з'ясовано, що внутрішньо переміщені особи (ВПО) з певними психічними розладами мають значно нижчий рівень якості життя за даними цієї шкали порівняно з непереміщеними пацієнтами [41], що узгоджується з очікуваною дискримінантною валідністю методики. Загалом, Шкала оцінки якості життя проявила себе як надійний і валідний інструмент для швидкої оцінки суб'єктивного благополуччя пацієнтів різного профілю.

Вимушене переселення зазвичай супроводжується різким зниженням об'єктивної та суб'єктивної якості життя людини – втрачається звичне середовище, житло, робота, соціальні зв'язки. В таких умовах Шкала оцінки якості життя є надзвичайно корисною для комплексної оцінки стану постраждалих осіб. По-перше, вона дає змогу кількісно виміряти рівень суб'єктивного благополуччя переселенця, виявити найбільш проблемні сфери. По-друге, шкала придатна для моніторингу динаміки: її можна використовувати повторно, щоб відстежувати, як змінюється якість життя переселенців у процесі адаптації або після втручань. По-третє, цей інструмент психологічно безпечний і нейтральний – запитання про якість життя не є прямо травматичними чи навідними, тому переселенці, які можуть недовіряти опитуванням про психотравми, більш охоче відповідатимуть про задоволеність життям. Таким чином, застосування Шкали оцінки якості життя у вивченні кризових станів, пов'язаних з вимушеною релокацією, є доцільним і ефективним: вона забезпечує цілісне бачення впливу кризи на життя людини та результати її адаптації до нових умов.

Шкала сприйманого стресу – це міжнародно визнана методика вимірювання рівня суб'єктивного стресу. Оригінальна версія PSS розроблена С. Коеном та співавт. як 14-пунктовий опитувальник, а пізніше скорочена 10-пунктова версія була запропонована Коеном і Г. Вільямсон (1988) і набула широкого використання у дослідженнях [25]. Теоретична основа шкали сприйманого стресу полягає у концепції психологічного стресу Лазаруса–Фолькман, згідно з якою стрес визначається як результат суб'єктивної оцінки

подіями людиною своїх життєвих обставин як непередбачуваних, неконтрольованих і надмірно обтяжливих. PSS вимірює саме сприйняття стресу, тобто наскільки людина відчувала себе напруженою, перевантаженою і не здатною впоратися протягом останнього місяця (останніх 4 тижнів). Важливо, що опитувальник не прив'язаний до конкретних ситуацій, а оцінює загальне відчуття стресу, що робить його універсальним для різних популяцій. Теоретично PSS-10 відображає два аспекти сприйманого стресу: негативні переживання (почуття тривоги, напруги, відчуття, що події виходять з-під контролю) і переживання власної здатності справлятися (почуття впевненості у контролі, оптимізму), причому частина пунктів сформульована зворотно (на позитивний лад) для балансування шкали. Таким чином, теоретичні засади PSS-10 узгоджуються із сучасним розумінням стресу як суб'єктивного відображення дисбалансу між вимогами середовища і ресурсами індивіда.

В умовах вимушеного переселення люди стикаються з численними стресорами: війна чи конфлікт, небезпека для життя, втрата дому, розлука з близькими, невідомість щодо майбутнього. Шкала PSS-10 є надзвичайно доречною для оцінки стану переселенців, оскільки вона вимірює саме суб'єктивний стрес – тобто те, як людина переживає і оцінює свою ситуацію. Дві різні особи за однаково важких умов можуть відчувати різний рівень стресу: хтось адаптується краще, а хтось переживає значну безпорадність. PSS-10 допомагає виявити тих переселенців, котрі суб'єктивно перевантажені стресом і потребують невідкладної психологічної підтримки. Методика універсальна щодо віку і статі, що важливо, адже серед переселенців є як дорослі, так і підлітки, люди різного соціального статусу. Дослідження серед біженців підтверджують валідність PSS-10: наприклад, у вибірці українських жінок-біженок виявлено високі фактори сприйманого стресу, пов'язані з соціальною ізоляцією та невизначеністю [56]. Отже, доцільність використання PSS-10 для дослідження кризових станів, спричинених вимушеним переселенням, обумовлена її здатністю швидко, надійно та валідно виміряти

суб'єктивний тягар стресу у цієї вразливої групи, що є ключовим для планування своєчасної допомоги.

Методика «Деадаптивність» була розроблена в 2017 році колективом українських учених – І.І. Приходьком, Я.В. Мацегорою, О.С. Колесніченком та М.С. Байдою – для швидкої діагностики рівня деадаптації особистості. Її створення мотивоване потребою у простому інструменті, що дозволяє оцінити психічну нездатність особи адаптуватися до стресових умов, зокрема у військових або екстремальних ситуаціях. У структурі опитувальника «Деадаптивність» враховано основні компоненти деадаптації: порушення поведінкової регуляції, соціальної комунікації, емоційна нестабільність, тенденції до асоціальної чи суїцидальної поведінки. Експрес-опитувальник «Деадаптивність» має форму стандартизованого самоопитувальника, що включає 45 тверджень.

Ситуація вимушеного переселення є потужним фактором деадаптації: людина виривається зі звичного середовища, втрачає стабільність, соціальні зв'язки, стикається з новими вимогами, до яких не готова. В таких умовах у багатьох переселенців розвиваються деадаптивні реакції – порушення поведінки (агресивність, конфліктність або навпаки пасивність), емоційні розлади (хронічна тривога, депресія), соціальна ізоляція, проблеми з дотриманням норм і правил у новому середовищі. Експрес-опитувальник «Деадаптивність» може стати цінним інструментом для оцінки глибини та характеру деадаптації у переселенців. По-перше, він дозволяє швидко визначити, які особи з групи переселенців мають критичний рівень деадаптації. По-друге, методика покаже специфічні проблемні зони. Відповідно, доцільність використання опитувальника «Деадаптивність» полягає у його здатності надати цінну діагностичну інформацію для планування допомоги переселенцям. По-третє, результати тестування можуть мати прогностичне значення: високий рівень деадаптивності у людини сигналізує про ризик розвитку в неї затяжних адаптаційних розладів, психосоматичних захворювань, труднощів у інтеграції на новому місці. Отже,

експрес-опитувальник «Деадаптивність» є доречним інструментом у вивченні кризових станів особистості переселенців, оскільки дозволяє кількісно оцінити рівень їхньої дезадаптації та своєчасно визначити заходи допомоги.

У дослідженні взяли участь 40 респондентів, серед яких переважну більшість склали жінки – 97,5 %, тоді як чоловіки становили лише 2,5 %. За віковим складом вибірка представлена переважно особами середнього віку: 42,5 % – у віці 46–60 років, 35 % – 36–45 років. Молодь до 25 років складала 15 %, а частка респондентів до 18 років – лише 5 % (Додаток А, Таблиці А.1-А.2, рис. 2.1).

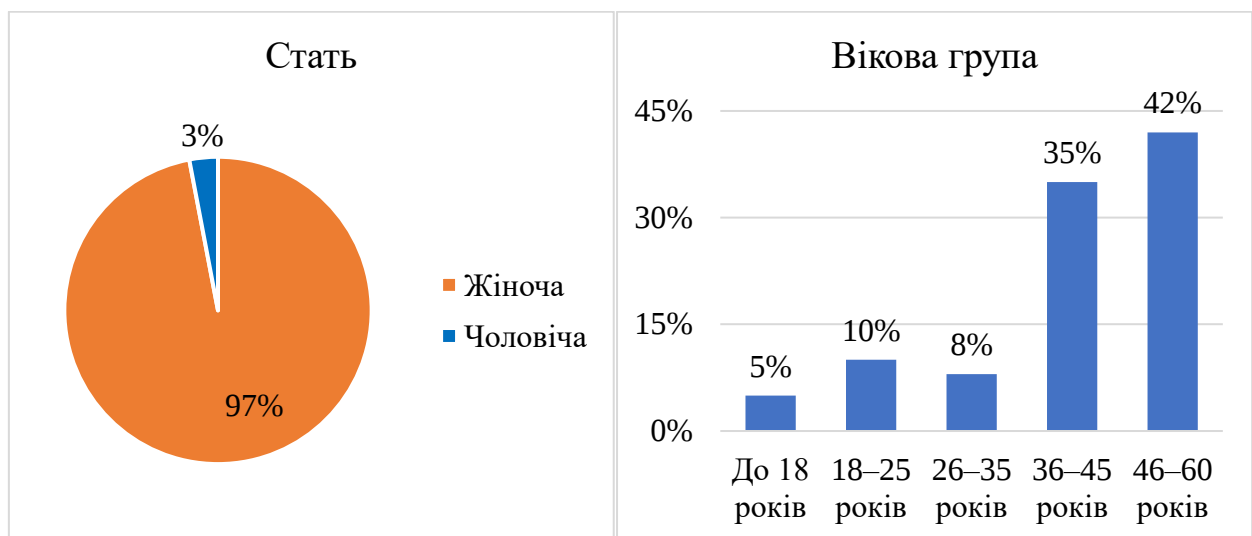


Рис. 2.1. Розподіл респондентів за статтю та віком

Більшість учасників мають дітей (67,5 %), при цьому 35 % мають одну дитину, а 32,5 % – двох. Щодо рівня освіти, 75 % респондентів мають вищу освіту, 15 % – професійно-технічну, 5 % – середню, і ще 5 % мають вчений ступінь (Додаток А, Таблиці А.3-А.5, рис. 2.2).

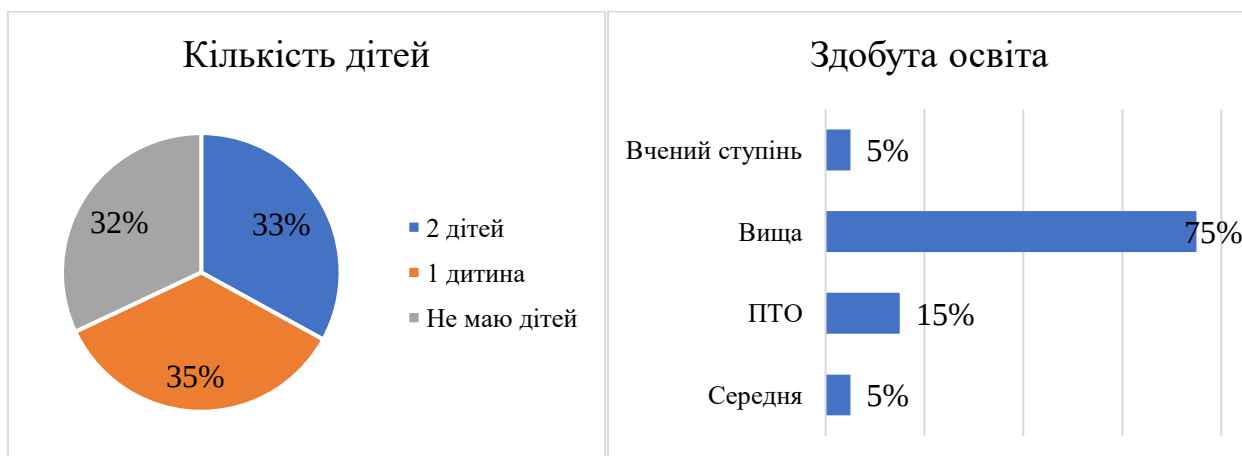


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за кількістю дітей та рівнем здобутої освіти

За сімейним станом 40 % респондентів є одруженими, 32,5 % – неодруженими, 15 % – розлучені, і 12,5 % перебувають у стосунках. Щодо місця проживання до переїзду, 40 % жили у великих містах, 25 % – у середніх, ще 25 % – у малих містах, і 10 % – у селах чи селищах (Додаток А, Таблиці А.6-А.7, рис. 2.3).

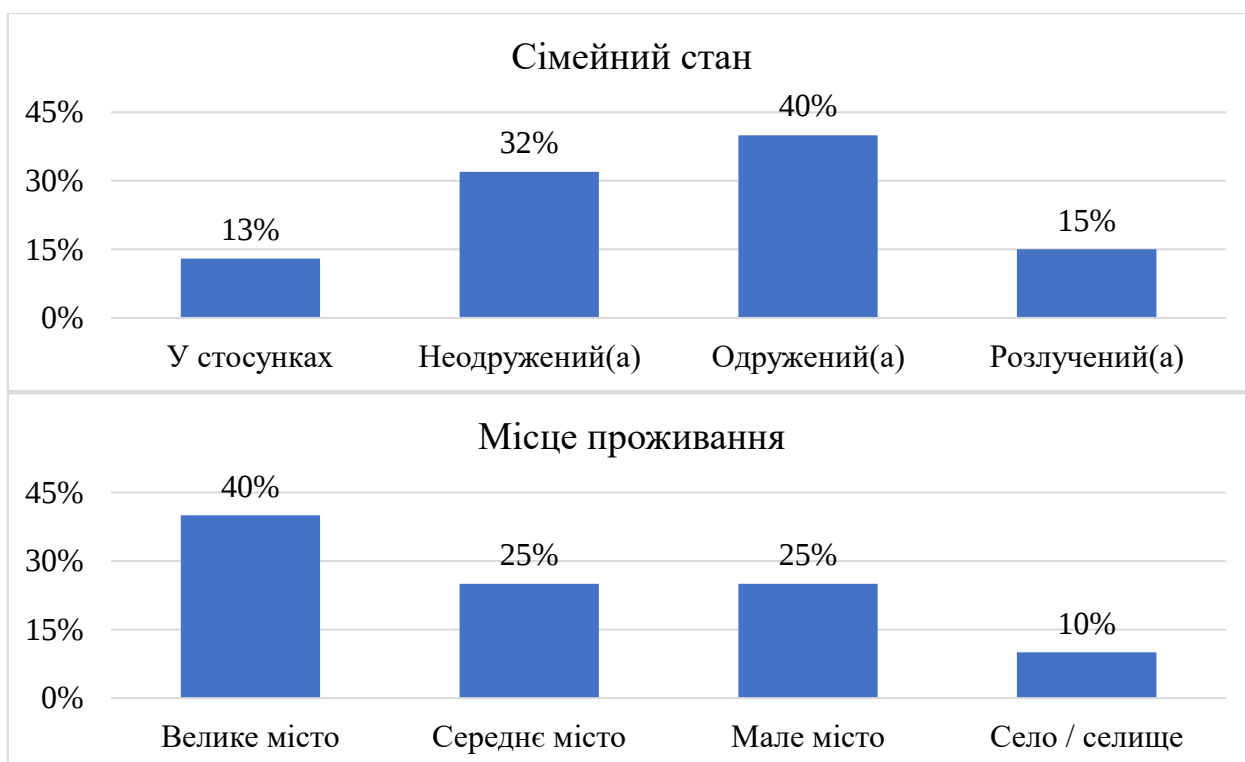


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за сімейним станом та місцем проживання

Тривалість перебування за кордоном у більшості (57,5 %) перевищує три роки. Щодо зайнятості, 25 % працюють повний робочий день, 22,5 % –

неповний, 15 % є студентами, ще 15 % – безробітні, і 22,5 % вказали інший статус (Додаток А, Таблиці А.8-А.9, рис. 2.4).

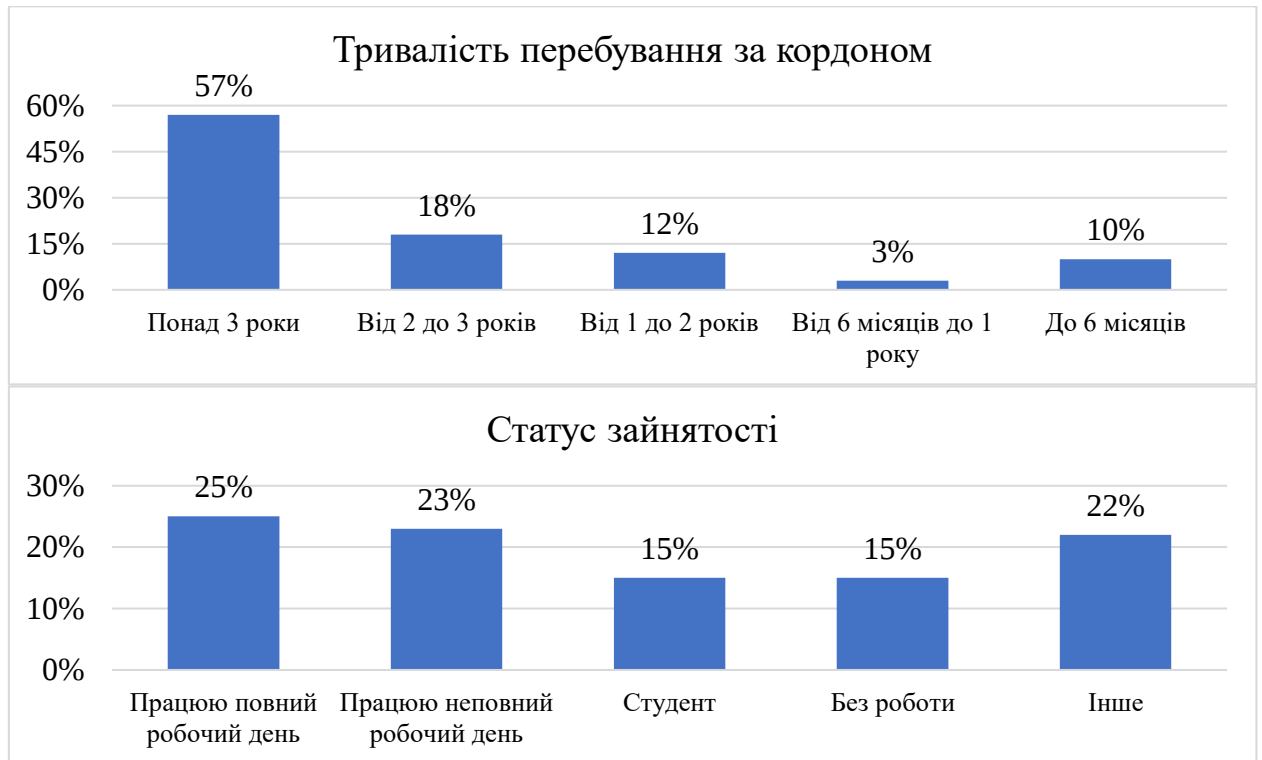


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за тривалістю перебування за кордоном та статусом зайнятості

Знання мови країни перебування коливається від базового рівня (45 %) до середнього (32,5 %), тоді як 15 % володіють мовою вільно, і лише 7,5 % не знають її зовсім. Стосовно фінансового становища, 60 % оцінили свій дохід як середній, 35 % – низький, і лише 5 % мають високий рівень доходу (Додаток А, Таблиці А.10-А.11, рис. 2.5).

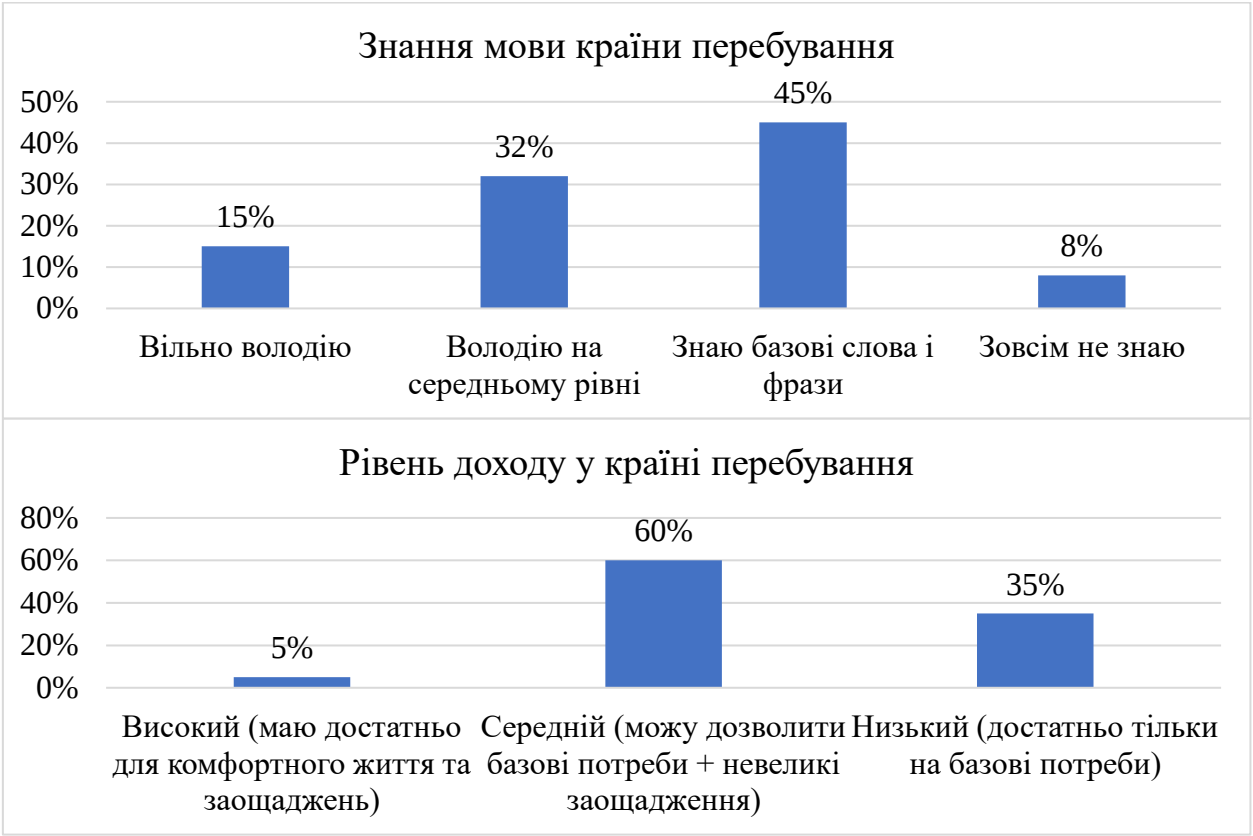


Рис. 2.5. Розподіл респондентів за знанням мови країни перебування та рівня доходу в країні перебування

Соціальну допомогу регулярно отримують 35 %, іноді – 10 %, а більшість (55 %) – не отримують її зовсім. Психологічну допомогу регулярно отримують 5 %, іноді – 15 %, тоді як 80 % не зверталися до таких послуг (Додаток А, Таблиці А.12-А.13, рис. 2.6).

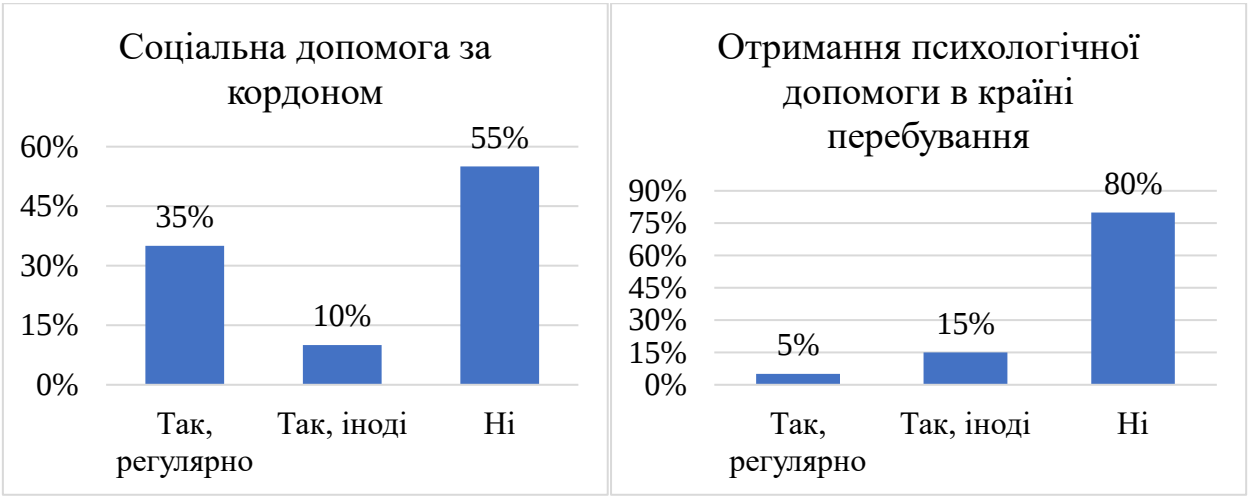


Рис. 2.6. Розподіл респондентів за отриманням соціальної допомоги та психологічних за кордоном

Половина респондентів підтримує щоденний зв'язок із родичами або друзями в Україні, 27,5 % – кілька разів на тиждень, а 20 % – рідше або майже не спілкуються. Дружні стосунки з місцевим населенням мають 60 % респондентів, з них 15 % – багато друзів, 45 % – кілька, а 40 % не мають таких контактів (Додаток А, Таблиці А.14-А.15, рис. 2.7).

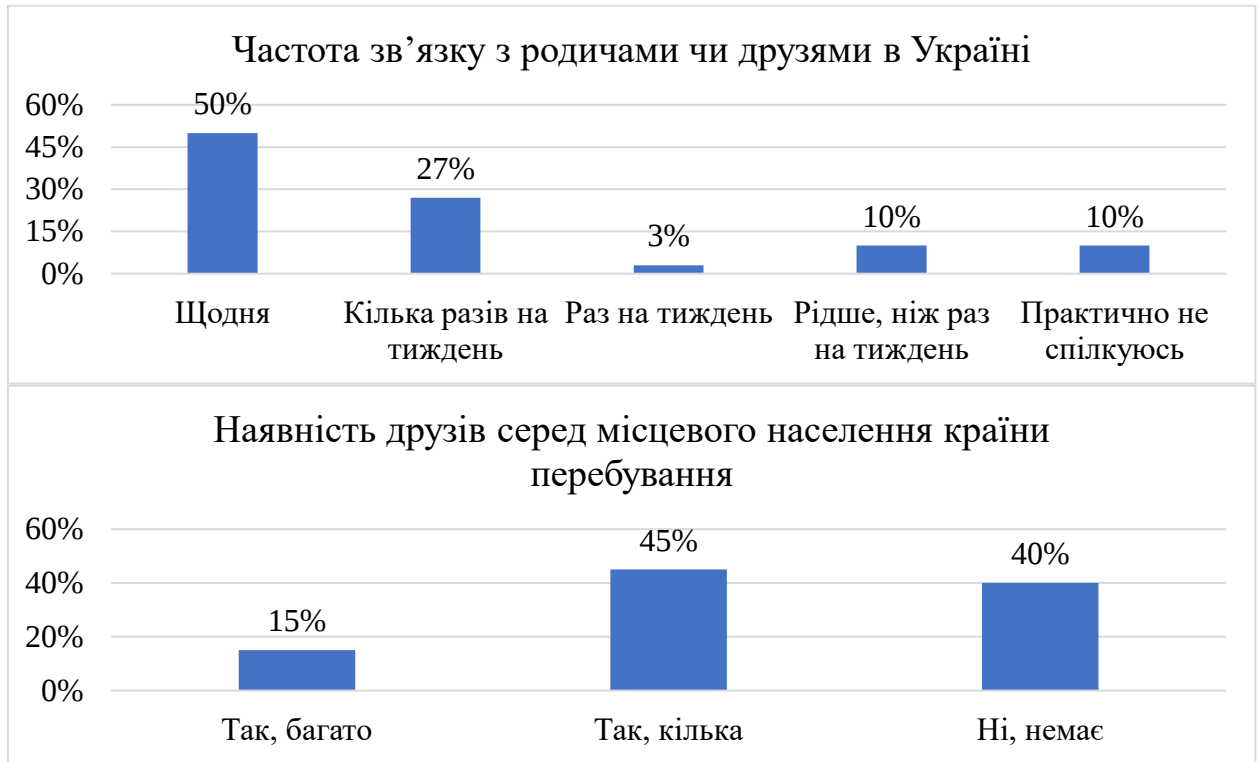


Рис. 2.7. Розподіл респондентів за соціальними контактами

Щодо оцінки фінансового становища після переїзду, 45 % вважають, що воно погіршилось, 30 % – покращилось, а 25 % – не зазнало змін (Додаток А, Таблиця А.16, рис. 2.8).

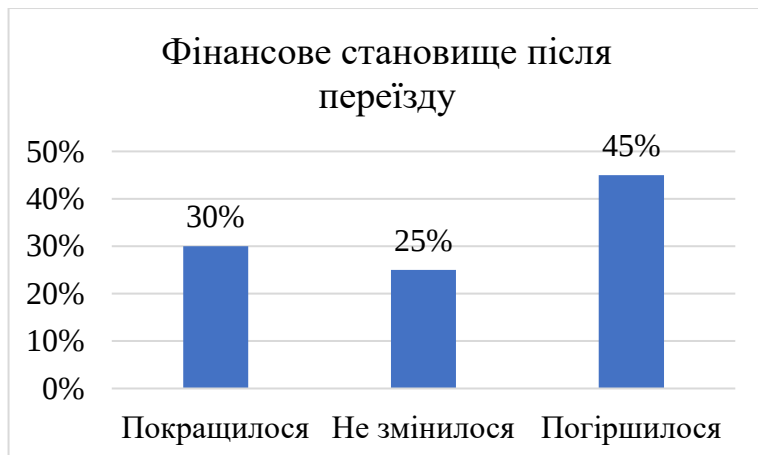


Рис. 2.8. Розподіл респондентів за зміною фінансового становища

На етапі дослідження до проведення втручання було здійснено комплексну оцінку кризових станів переселенців, яка охоплювала показники тривожності, якості життя, рівня сприйнятого стресу, а також низку дезадаптаційних характеристик. Результати свідчать про наявність глибоких психоемоційних труднощів, що зумовлюють потребу у фаховому психологічному втручанні.

Зокрема, за даними самооцінки тривожності, 65 % респондентів виявили наявність соматичних проявів тривожного стану, що вказує на значне психофізіологічне напруження, характерне для тривалого стресового навантаження. Лише 35 % учасників не повідомили про соматичні прояви, що засвідчує високу поширеність тривожних розладів у досліджуваній групі.

Рівень сприйнятого стресу також виявився підвищеним: 25 % опитаних зафіксували високий рівень стресу, а 75 % – середній. Відсутність низьких показників свідчить про домінування стресогенних переживань у щоденному житті переселенців та неможливість їх ефективної психологічної переробки без зовнішньої підтримки (Додаток Б, рис. 2.9).

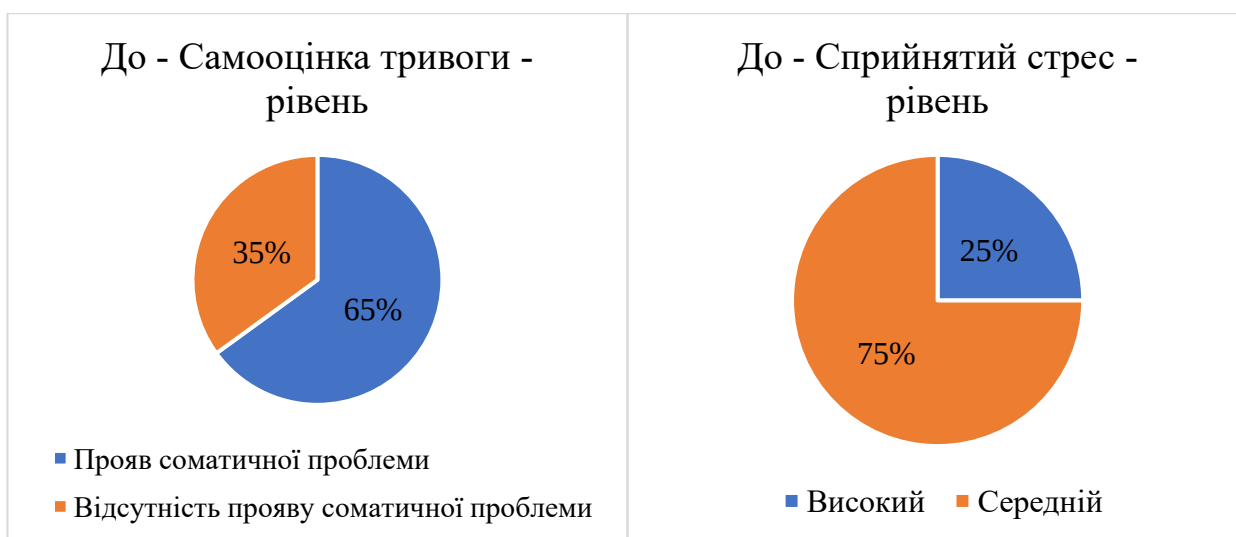


Рис. 2.9. Рівні прояву тривоги та сприйнятого стресу у зовнішньо переміщених осіб

Показники якості життя також демонструють критичний стан більшості переселенців. Половина респондентів (50 %) оцінили свою якість життя як

дуже низьку, ще 20 % – як низьку. Лише 30 % учасників засвідчили середній або вищий рівень задоволеності життям. Це свідчить про глибоку соціально-психологічну дезадаптацію, зумовлену умовами переміщення, втратою звичного способу життя та недостатнім доступом до ресурсів підтримки.

Окрім того, дані описової статистики засвідчують суттєві ознаки дезадаптаційних проявів. Зокрема, середнє значення порушень поведінкової регуляції становить 4.33, що вказує на часті труднощі у самоконтролі. Показник вірогідності вчинення суїцидальних спроб ($M = 2.90$) є помірним, однак сам факт його присутності вказує на потребу у відповідному реагуванні. Порушення моральної нормативності ($M = 3.85$) свідчить про ослаблення внутрішньої регуляції поведінки та орієнтації на соціальні норми. Показник втрати комунікативного потенціалу ($M = 2.58$) демонструє наявність труднощів у сфері соціальної взаємодії. Загальний рівень дезадаптивності ($M = 13.65$) є високим і потребує цілеспрямованих психокорекційних заходів (Додаток Б, рис. 2.10).

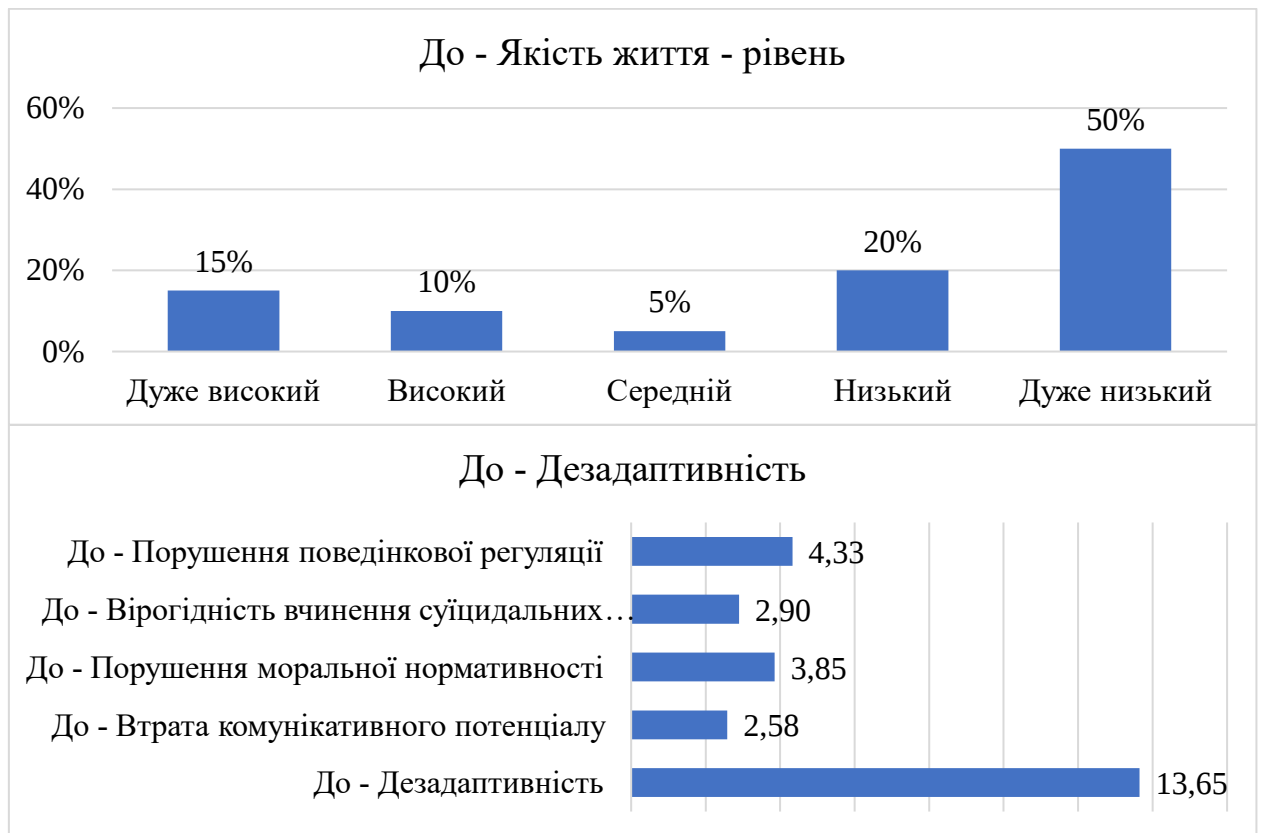


Рис. 2.10. Результати дослідження якості життя та дезадаптивності у зовнішньо переміщених осіб

Таким чином, результати дослідження до втручання окреслюють вразливий психоемоційний стан переселенців, який проявляється у тривожних, дезадаптивних та стресогенних симптомах, що мають тенденцію до хронізації за відсутності належної психологічної підтримки.

У ході дослідження було вивчено взаємозв'язки між показниками психоемоційного стану, включаючи самооцінку тривоги, якість життя, сприйнятий стрес, сприйняття безпорадності, брак самоефективності, а також низку проявів психологічної дезадаптації (Додаток А, Таблиця А.17, рис. 2.11). Для аналізу асоціацій між цими змінними використовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена. У результаті аналізу було виявлено низку статистично значущих кореляцій, які дають підстави для висновків щодо структурних взаємозв'язків між тривожністю, стресом, адаптаційними ресурсами особистості та ризиками суїцидальної поведінки.

Самооцінка тривоги виявилася тісно пов'язаною з рядом дезадаптивних характеристик. Зокрема, спостерігається помірна позитивна кореляція між тривожністю та сприйнятим стресом ($\rho = 0.407$, $p = 0.009$), що свідчить про взаємозумовленість цих явищ: із підвищенням рівня тривоги зростає й суб'єктивне відчуття напруги. Ще більш вираженим є зв'язок між тривожністю та сприйняттям безпорадності ($\rho = 0.687$, $p < .001$), що відображає тенденцію до втрати контролю над подіями у людей з високим рівнем тривожності. Водночас встановлено сильну негативну кореляцію між тривожністю та браком самоефективності ($\rho = -0.661$, $p < .001$), що, з урахуванням імовірного зворотного кодування шкали, свідчить про те, що чим менш ефективною вважає себе особа, тим вищим є її рівень тривоги. Також виявлено сильний позитивний зв'язок між тривожністю та порушеннями поведінкової регуляції ($\rho = 0.764$, $p < .001$), втратою комунікативного потенціалу ($\rho = 0.733$, $p < .001$) та загальною дезадаптивністю ($\rho = 0.760$, $p < .001$). Надзвичайно важливим є також виявлений зв'язок між тривожністю та вірогідністю вчинення суїцидальних спроб ($\rho = 0.716$, $p < .001$), що підкреслює загрозливий потенціал високого рівня тривоги як фактора ризику.

Якість життя, на відміну від інших змінних, не виявила жодної статистично значущої кореляції з жодним із досліджуваних показників. Відсутність асоціацій із такими критичними змінними, як тривожність, стрес або суїцидальність, може свідчити про суб'єктивний або недостатньо чутливий характер вимірювання якості життя в даному дослідженні.

Сприйнятий стрес, своєю чергою, виявив істотні зв'язки з низкою дезадаптивних чинників. Крім уже згаданої позитивної кореляції з тривожністю, виявлено дуже сильний зв'язок із сприйняттям безпорадності ($\rho = 0.759$, $p < .001$), що вказує на те, що переживання стресу тісно пов'язане з втратою контролю та ефективності. Крім того, сприйнятий стрес корелює з порушенням поведінкової регуляції ($\rho = 0.387$, $p = 0.014$), що підтверджує зниження самоконтролю в умовах емоційного напруження. Виявлено сильний позитивний зв'язок сприйнятого стресу з вірогідністю суїцидальних спроб ($\rho = 0.534$, $p < .001$), що свідчить про високий суїцидальний ризик в умовах хронічного стресу. Також встановлено значущу позитивну кореляцію з втратою комунікативного потенціалу ($\rho = 0.381$, $p = 0.015$) та дезадаптивністю ($\rho = 0.472$, $p = 0.002$), що свідчить про системне зниження соціального й особистісного функціонування під впливом стресу.

Сприйняття безпорадності виступає одним із ключових предикторів порушень психологічного функціонування. Воно надзвичайно тісно пов'язане з вірогідністю суїцидальних спроб ($\rho = 0.822$, $p < .001$), що робить цей показник критичним із точки зору профілактики кризових станів. Також спостерігається сильна позитивна кореляція з тривожністю ($\rho = 0.687$, $p < .001$), сприйнятим стресом ($\rho = 0.759$, $p < .001$), порушеннями поведінкової регуляції ($\rho = 0.449$, $p = 0.004$), втратою комунікативного потенціалу ($\rho = 0.616$, $p < .001$) та дезадаптивністю ($\rho = 0.684$, $p < .001$). Окрім цього, безпорадність має сильний негативний зв'язок із браком самоефективності ($\rho = -0.720$, $p < .001$), що додатково підтверджує роль ефективності як буфера, який знижує переживання безсилля.

Брак самоефективності також показав низку значущих асоціацій. Зокрема, він негативно корелює з тривожністю ($\rho = -0.661$, $p < .001$), сприйняттям безпорадності ($\rho = -0.720$, $p < .001$), вірогідністю суїцидальних спроб ($\rho = -0.645$, $p < .001$), втратою комунікативного потенціалу ($\rho = -0.494$, $p = 0.001$) та дезадаптивністю ($\rho = -0.491$, $p = 0.001$). Таким чином, відчуття власної ефективності є захисним чинником, що знижує як суб'єктивну тривогу, так і ризики соціального відчуження та дезадаптації.

Порушення поведінкової регуляції також виявили значущі позитивні кореляції з тривожністю ($\rho = 0.764$, $p < .001$), сприйнятим стресом ($\rho = 0.387$, $p = 0.014$) та сприйняттям безпорадності ($\rho = 0.449$, $p = 0.004$), що вказує на зниження самоконтролю в умовах емоційного дисбалансу. Хоча зв'язок із вірогідністю суїцидальних спроб не досяг статистичної значущості, тенденція до зростання ризику в цій групі є очевидною.

Окремої уваги заслуговує змінна «вірогідність вчинення суїцидальних спроб», яка виявила найсильніші зв'язки з рядом психологічних детермінант. Крім надзвичайно тісного зв'язку з безпорадністю ($\rho = 0.822$, $p < .001$), вона також позитивно корелює з тривожністю ($\rho = 0.716$, $p < .001$), сприйнятим стресом ($\rho = 0.534$, $p < .001$) і негативно – з браком самоефективності ($\rho = -0.645$, $p < .001$). Такий патерн підкреслює центральну роль емоційної саморегуляції у формуванні суїцидального ризику.

Показник порушення моральної нормативності не виявив жодного значущого зв'язку з іншими змінними. Це може свідчити про автономність цієї шкали або про її недостатню релевантність у межах саме цієї вибірки.

Втрата комунікативного потенціалу має сильні позитивні кореляції з тривожністю ($\rho = 0.733$, $p < .001$), сприйняттям безпорадності ($\rho = 0.616$, $p < .001$), сприйнятим стресом ($\rho = 0.381$, $p = 0.015$), а також негативну кореляцію з браком самоефективності ($\rho = -0.494$, $p = 0.001$). Це свідчить про те, що емоційні труднощі безпосередньо пов'язані зі зниженням соціальної активності й ресурсності.

Нарешті, дезадаптивність є інтегральним показником, який демонструє високі позитивні кореляції з тривожністю ($\rho = 0.760$, $p < .001$), сприйнятим стресом ($\rho = 0.472$, $p = 0.002$), сприйняттям безпорадності ($\rho = 0.684$, $p < .001$), і водночас негативно пов'язана з браком самоефективності ($\rho = -0.491$, $p = 0.001$). Це свідчить про те, що дезадаптація є результатом накопичення емоційної напруги, втрати контролю та зниження самооцінки ефективності.

	Самооцінка тривоги	Сприйнятий стрес	Сприйняття безпорадності	Брак самоефективності
Сприйнятий стрес	0,407**	—		
Сприйняття безпорадності	0,687***	0,759***	—	
Брак самоефективності	-0,661***		-0,72***	—
Порушення поведінкової регуляції	0,764***	0,387*	0,449**	
Вірогідність вчинення суїцидальних спроб	0,716***	0,534***	0,822***	-0,645***
Втрата комунікативного потенціалу	0,733***	0,381*	0,616***	-0,494**
Дезадаптивність	0,76***	0,472**	0,684***	-0,491**

Рис. 2.11. Кореляційна матриця досліджуваних проявів кризових станів

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що центральними детермінантами психоемоційної дезадаптації та ризику суїцидальних дій є тривожність, безпорадність і зниження почуття ефективності. Саме ці змінні формують найбільш значущі кластери взаємозв'язків і можуть розглядатися як ключові цілі для психологічної корекції або профілактичних програм.

2.2. Змістові та організаційні аспекти програми вокалотерапії для подолання кризових станів переміщених осіб

На основі проведеного теоретичного аналізу встановлено, що повномасштабна війна в Україні зумовила безпрецедентну кількість переміщених осіб, які переживають глибокі кризові стани з характерними проявами: підвищена тривожність, емоційна нестабільність, депресивність, труднощі адаптації та психосоматичні розлади. Нагально постає питання ефективної психологічної допомоги цій вразливій групі, аби не лише подолати

наслідки травматичного досвіду, а й сприяти їхній успішній адаптації та особистісному зростанню. Серед інноваційних підходів значне місце посідають арт-терапевтичні методи, зокрема вокалотерапія, яка за кордоном активно застосовується, хоча в Україні досі мало досліджена.

Вокалотерапія – це напрям арт-терапії (і музикотерапії), що використовує людський голос як інструмент психотерапевтичного впливу для вираження і трансформації внутрішніх переживань. На відміну від пасивного слухання музики чи гри на інструментах, вокалотерапія акцентує активне звучання самого клієнта – спів, вокалізацію, тонування звуків, дихальні вправи з голосом. Голос розглядається як проникливий виразник емоцій і носій особистісної символіки, що здатен впливати на психіку й фізіологію людини. Відзначається унікальна подвійність голосу: він несе емоційний зміст і водночас є частиною тіла, тому слугує потужним засобом цілісної терапії.

Психологічно голос виступає «містком» між свідомим і несвідомим. Первинні вокальні реакції – плач, крик, стогін, сміх – виникають ще до появи мовлення і спонтанно передають базові емоції. У практиці вокальної психотерапії показано, що використання таких примітивних звуків у безпечному середовищі допомагає опрацювати ранні травми: клієнт вивільняє глибоко пригнічені почуття (горе, гнів, страх) і переживає терапевтичний катарсис. «Дати голос» своїм переживанням означає повернути собі контроль і особистісну силу, відновити контакт із власним «Я», що особливо актуально для тих, чий голос був ніби втрачений через травму.

З фізіологічного боку, спів активує діафрагмальне дихання і парасимпатичні реакції заспокоєння, знижуючи рівень фізіологічного стресу. Вокалізація зменшує рівень кортизолу (гормону стресу) та підвищує викид ендорфінів і окситоцину – нейрохімічних чинників задоволення й довіри. Груповий спів посилює згуртованість та відчуття підтримки в колективі, тому його застосовують у реабілітації травмованих спільнот (наприклад, створюються хори переселенців і ветеранів). Також спів тренує серцево-дихальну систему: подовжений видих під час вокалізації підвищує

варіабельність серцевого ритму, а вібрації звуку в тілі знімають м'язові затиски, створюючи ефект «масажу зсередини».

Після опрацювання теоретичного матеріалу було виокремлено наступні принципи вокалотерапії:

1. Принцип стабілізації

Передбачає пріоритетність забезпечення базової психоемоційної стабільності перед глибинним опрацюванням. При гострому страху та паніці першочергово здійснюється стабілізація через дихання і звук. Уповільнене глибоке дихання та поступове озвучення виводять клієнта зі ступору. Спочатку застосовуються методи швидкого заспокоєння – сповільнене дихання, тихе тонування, легка вокалізація. Лише після повернення рівноваги переходить до глибинного опрацювання емоцій.

2. Принцип дозованості

Передбачає поступове, виважене дозування інтенсивності вокальних вправ відповідно до стану клієнта. Вправи підбираються та адаптуються до актуального психоемоційного стану. Уникається перевантаження або занадто швидкого переходу до складніших технік. Терапевт чутко спостерігає за реакціями та коригує програму у реальному часі

3. Принцип безпеки

Передбачає створення безпечного, захищеного простору для невербального самовираження. Атмосфера прийняття та безоціночності під час вокальних практик. Принцип "співай, як відчуваєш" заохочує автентичність, навіть якщо звучання недосконале. Гарантія конфіденційності та невикористання звукозаписів без згоди. Терапевт створює емпатичний, резонансний контакт з клієнтом

4. Принцип недирективності

Передбачає гнучкість підходу, де клієнт визначає темп, інтенсивність та форму роботи. Клієнт може вибирати: говорити чи співати, залежно від своїх актуальних потреб. Терапевт "йде слідом" за клієнтом, підлаштовуючи

музичні інтервенції під його стан. Різні техніки перевіряються та залишаються ті, що приносять помітне полегшення

5. Принцип емпатії та резонансу

Передбачає емпатичне, глибоке слухання та музичне супроводження переживань клієнта. Терапевт уважно слухає не лише зміст слів, а й "музику голосу" клієнта. Терапевт аналізує та віддзеркалює особливості голосу та дихання клієнта. Метод "вокального утримання" – терапевт підтримує звуки клієнта своїм голосом. Це створює відчуття прийняття і глибокого контакту.

6. Принцип поступовості

Передбачає послідовність від простого до складного, від стабілізації до опрацювання. Робота структурована за модулями: базова стабілізація → емоційне опрацювання → закріплення навичок. Вправи починаються з базових (дихання, прості звуки) та поступово ускладнюються. Груповий спів застосовується на етапі закріплення та соціальної реінтеграції.

7. Принцип невідкладності

Передбачає швидку реакцію на гостру кризову симптоматику, перших заходів у перші дні/тижні. Вокалотерапія особливо ефективна на ранніх етапах посткризового втручання. В період гострого емоційного дистресу спів обходить вербальні затримки та страхи. Якісна швидка стабілізація запобігає погіршенню та хронізації стану.

8. Принцип фокусування на основній проблемі

Передбачає концентрацію на найгостріших, найбільш дезадаптивних симптомах у конкретний момент. При гострому страху/паніці – техніки заземлення та дихання. При горі та втраті – вокальне "оплакування" та піснетерапія. При дезадаптації – зміцнення ресурсів та груповий спів

9. Принцип мобілізації внутрішніх та зовнішніх ресурсів

Передбачає пошук та активацію наявних психологічних, соціальних та духовних ресурсів. Вокальні практики повертають людині відчуття контролю та особистісної сили. Груповий спів відновлює переживання спільності й підтримки.

10. Принцип культурної чутливості

Передбачає врахування культурних, релігійних та мовних особливостей клієнта. Вибір пісень, текстів та символів, які резонують з особистою та культурною історією. Підтримка мови клієнта, якщо можливо. Значуще використання громадянського гімну, національних пісень для посилення духу

11. Принцип регуляції психофізіологічного стану, оснований на холіцистичному підході

Передбачає одночасну роботу на рівні емоцій, дихання, нервної системи та тілесних відчуттів.

На основі цих принципів розроблено програму вокалотерапії для роботи з кризовими станами ЗПО, яка враховує специфічні психоемоційні реакції та адаптаційні труднощі цієї групи. Робота починається з діагностики стану за допомогою голосу та дихання – такий «звуковий компас» дозволяє оцінити емоційний фон клієнта ще до початку вербальної взаємодії. Аналізуються характеристики голосу: низькі тони свідчать про відносний спокій і врівноваженість, високі – про страх і тривожне напруження; знижена гучність може сигналізувати про енергетичне виснаження. Паралельно оцінюється характер дихання: глибоке, ритмічне дихання асоціюється зі стабільністю, тоді як поверхневе, уривчасте – з тривогою і стресом. Такі невербальні індикатори підтверджуються клінічними даними: у депресивному стані голос зазвичай монотонний і тихий, а дихання неглибоке; натомість для тривожного стану типові прискорене поверхневе дихання та високий тремтливий голос.

Після «звукової» діагностики терапевт обговорює свої спостереження з клієнтом, зіставляючи їх із його суб'єктивними відчуттями для встановлення довіри. Далі спільно вибудовується план втручання і добирається набір вокальних вправ, адаптованих до актуального стану клієнта. Програма гнучка: різні техніки випробовуються і залишаються ті, що приносять клієнту помітне полегшення або бажану активацію. Арсенал методів включає тонінг (протяжне звучання голосних звуків), співоче дихання, вільну вокальну імпровізацію, спів пісень, що резонують із його переживаннями, поєднання голосу з рухом

тощо. У процесі роботи створюється безоціночна, підтримуюча атмосфера: принцип «співай, як відчуваєш» заохочує щире самовираження і допомагає подолати вокальні блоки сорому.

Практичне застосування програми показало, що певні вокальні техніки особливо ефективні при різних симптомах кризових станів. При гострому страху та паніці першочергово здійснюється стабілізація через дихання і звук: уповільнене глибоке дихання та поступове озвучення (тихе гудіння) виводять клієнта зі ступору, знижують рівень збудження і відновлюють базове відчуття безпеки. Для зменшення тривоги застосовуються дихальні вправи і техніки заземлення, що нормалізують роботу нервової системи, ритмічні рухи з одночасною вокалізацією для синхронізації роботи півкуль, а також емоційно експресивні вокалізації (гучні вигуки, «крикотерапія») для швидкого розрядження напруги. У роботі з горем та пережитою втратою ефективним є вокальне «оплакування»: клієнту пропонують виразити свій смуток голосом – постогнати, поплакати, проспівати мелодію чи пісню, пов'язану з втратою, що дає вихід пригніченим емоціям і приносить полегшення. Подолання дезадаптації відбувається шляхом поступового зміцнення внутрішніх ресурсів: вокальні практики повертають людині відчуття контролю та впевненості, а груповий спів відновлює переживання спільності й підтримки з боку оточення.

Після наведеної стислої характеристики практичного продукту доречно перейти до його повного представлення, у межах якого послідовно висвітлюються мета, цілі, аудиторія та умови застосування, структура й зміст модулів, алгоритм упровадження та супроводу, а також підходи до оцінювання ефективності й результати апробації.

"Голос як шлях: 10-сесійна програма вокалотерапевтичної підтримки в кризових станах"

Основна мета: надання комплексної вокалотерапевтичної допомоги особам у кризових станах через роботу з голосом, диханням та тілесною

усвідомленістю для стабілізації емоційного стану, опрацювання травматичного досвіду та формування нових адаптивних стратегій подолання життєвих труднощів.

Специфічні цілі:

- Стабілізація гострих симптомів кризи через дихальні та вокальні практики;
- Відновлення контакту з тілом, емоціями та автентичним самовираженням;
- Розблокування голосу як інструменту емоційної регуляції та самопідтримки;
- Опрацювання травматичного досвіду через безпечне титрування;
- Інтеграція кризового досвіду та формування нових смислів;
- Розвиток навичок самодопомоги для профілактики майбутніх криз.

Цільова аудиторія:

- Дорослі особи (18+) у стані психологічної кризи;
- Клієнти з різними типами кризових станів;
- Особи з збереженим базовим рівнем функціонування;
- Клієнти, готові до активної роботи з голосом та тілом.

Протипоказання:

- Гострі психотичні стани;
- Активні суїцидальні наміри;
- Важкі соматичні захворювання голосового апарату;
- Відсутність мотивації до роботи.

Програма складається з 4 етапів (10 сесій по 60-90 хвилин кожна) з чіткою логікою розгортання терапевтичного процесу від діагностики до інтеграції змін.

Етап 1 (Сесія 1): Підготовчий модуль - Діагностика

- Комплексна діагностика голосу, дихання, тілесних проявів;
- Визначення типу кризи та індивідуальних особливостей клієнта;
- Формування запиту та складання індивідуального плану роботи;
- Встановлення терапевтичного контакту та рамки безпеки.

Етап 2 (Сесії 2-3): Модуль прояснення та збирання контексту

- Поглиблене дослідження кризової ситуації та її контексту;
- Розширення розуміння історії, патернів та ресурсів клієнта;
- Коректування терапевтичного плану з урахуванням нової інформації;
- Підготовка до глибинної терапевтичної роботи.

Етап 3 (Сесії 4-9): Основна терапевтична робота

- Інтенсивна робота через дихальні та вокальні практики;
- Два паралельні напрямки: стабілізація актуального стану та перспективна трансформація;
- Специфічні інтервенції залежно від типу кризи (10 варіантів програм, наведених у додатку В);
- Робота з невідповідностями типу голосу та особистісної структури.

Етап 4 (Сесія 10): Стабілізація, інтеграція та завершення

- Підбиття підсумків та рефлексія змін;
- Створення індивідуального щоденника вокалотерапії;
- Формування інструментарію для самостійної роботи;
- Планування підтримки та профілактики рецидивів.

Програма інтегрує підходи вокалотерапії та звукотерапії, тілесно-орієнтованої психотерапії, trauma-informed підходу, екзистенційної терапії

Діагностичний інструментарій:

- Визначення типу голосу;
- Аналіз дихальних патернів;
- Оцінка тілесних проявів та блоків;
- Діагностика емоційної виразності через голос;
- Виявлення невідповідностей голосу та особистості.

Терапевтичний інструментарій:

- Дихальні вправи (для стабілізації, активації, поглиблення);
- Вокальні вправи (звуки, гудіння, імпровізації, діалоги);
- Тілесні практики (робота з затисками, заземлення);
- Діалогічні техніки (прояснення, рефлексія);

- Творчі практики (створення авторських композицій).

Очікувані результати:

- Зниження гострих симптомів кризи (тривога, депресія, соматизація);
- Розширення голосового діапазону та емоційної виразності;
- Відновлення автентичного самовираження;
- Інтеграція травматичного досвіду;
- Формування нових копінг-стратегій;
- Розвиток навичок емоційної саморегуляції через голос;
- Автономність у підтримці себе (особистий інструментарій).

Формат роботи:

- Індивідуальні сесії 60-90 хвилин
- Частота: 1-2 рази на тиждень
- Загальна тривалість: 5-10 тижнів
- Можливість підтримуючих сесій після завершення основної програми

Протягом усього процесу дотримується принцип пріоритетності стабілізації: при загостренні симптомів під час сесії спочатку застосовуються методи швидкого заспокоєння – сповільнене дихання, тихе тонування, легку вокалізацію – щоб знизити гострий дистрес, і лише після повернення рівноваги переходить до глибинного опрацювання емоцій. Апробація програми в роботі з переселенцями продемонструвала її ефективність: учасники відзначали зниження тривожності, покращення настрою та загального самопочуття, що підтверджує доцільність такого підходу і узгоджується з науковими даними про високу практичну значущість вокалотерапії для підвищення якості життя та успішної адаптації ЗПО. Отже, розроблена програма вокалотерапії, спираючись на психофізіологічні та психодинамічні властивості голосу, є науково обґрунтованим і перспективним засобом психологічної підтримки ЗПО у кризових станах і сприяння їхній посткризовій адаптації.

2.3. Оцінка ефективності програми

Результати дослідження свідчать про суттєве зниження рівня тривожності серед учасників після проведення психокорекційної інтервенції (Додаток Б, Таблиця Б.1, рис. 2.12). Середнє значення самооцінки тривоги до втручання становило 11.22 бала ($SD = 7.69$), тоді як після – знизилось до 5.30 бала ($SD = 4.35$). Така динаміка вказує на значне покращення емоційного стану респондентів.

Парний t-тест для залежних вибірок продемонстрував статистично значущу різницю між показниками до та після інтервенції: $t(39) = 9.26$, $p < .001$. Середня різниця становила 5.92 бала ($SE = 0.64$), що вказує на виражений ефект програми втручання. Нормальність розподілу підтверджено за допомогою тестів Шапіро-Вілка ($p = .156$), Колмогорова-Смирнова ($p = .899$) та Андерсона-Дарлінга ($p = .349$), що дає підстави для використання параметричних методів аналізу.

Кількісний аналіз рівнів тривожності також засвідчує позитивну динаміку: частка учасників з проявами соматичних симптомів тривоги знизилася з 65 % до 32,5 %, а кількість осіб без таких проявів зросла з 35 % до 67,5 %.

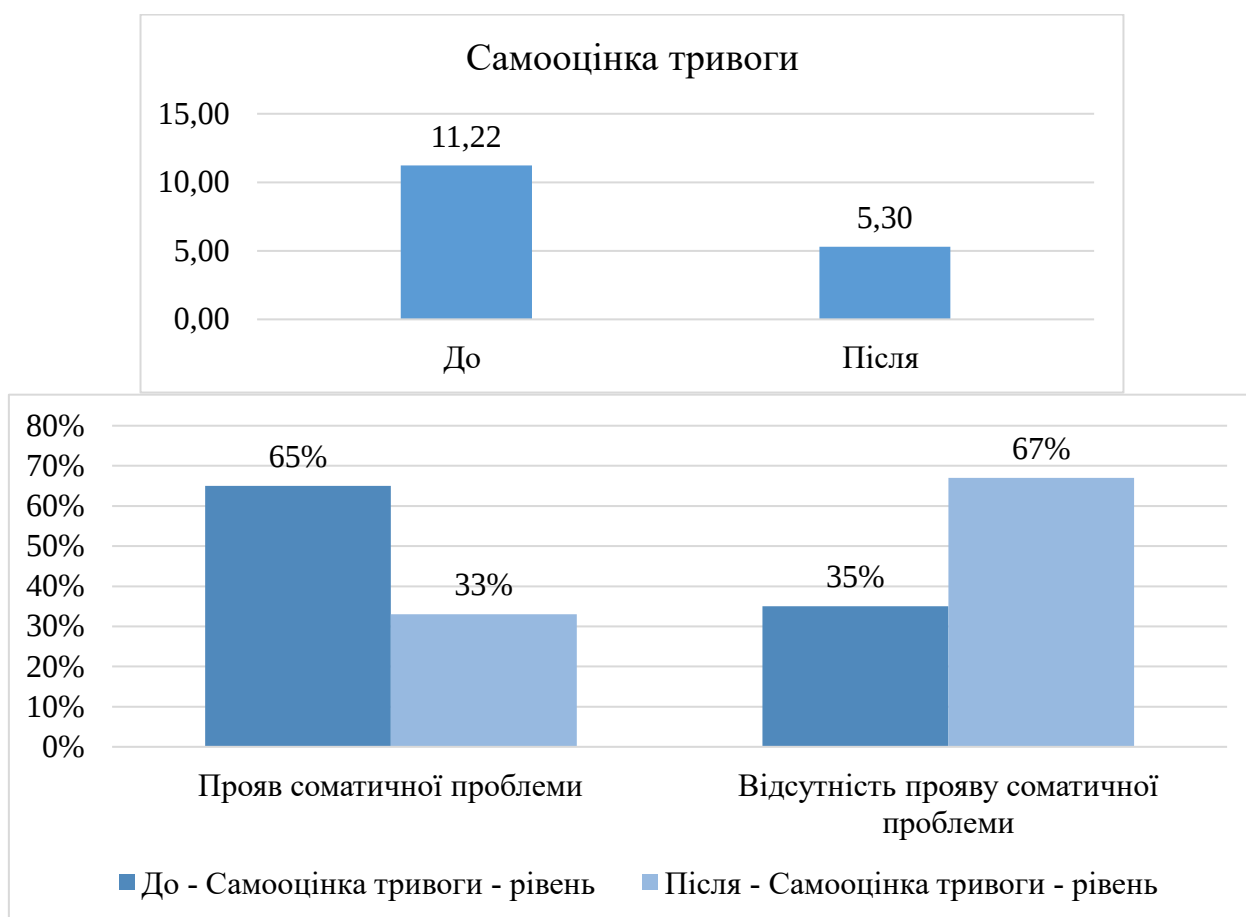


Рис. 2.12. Зміни в рівнях самооцінці тривожності до та після втручання у зовнішньо переміщених осіб

Загалом отримані результати свідчать про ефективність реалізованої інтервенційної програми у зниженні тривожності серед учасників дослідження. Це вказує на доцільність застосування подібних підходів у роботі з кризовими станами в умовах адаптації до життя за кордоном.

Результати дослідження також вказують на статистично значуще покращення показників якості життя учасників після проведення психокорекційної інтервенції (Додаток Б, Таблиця Б.2, рис. 2.13). Середнє значення оцінки якості життя зросло з 59.3 бала ($SD = 18.7$) до 69.2 бала ($SD = 14.7$), що підтверджує позитивний вплив втручання на суб'єктивне сприйняття життєвого комфорту та благополуччя.

Результати парного t-тесту засвідчили наявність статистично значущої різниці між до- та післятестовими оцінками: $t(39) = -7.63$, $p < .001$. Середнє збільшення склало 9.93 бала ($SE = 1.30$), що вказує на виразну позитивну

динаміку. Тести на нормальність (Шاپіро-Вілка $p = 0.061$; Колмогорова-Смирнова $p = 0.418$; Андерсона-Дарлінга $p = 0.059$) не виявили статистично значущих відхилень від нормального розподілу, що дозволяє застосовувати параметричні методи аналізу.

Зміни також проявилися у перерозподілі респондентів між рівнями оцінки якості життя. До інтервенції 50 % учасників оцінили свою якість життя як дуже низьку, а ще 20 % – як низьку, тоді як лише 25 % віднесли її до високого або дуже високого рівня. Після втручання частка осіб із дуже низьким рівнем зменшилася до 15 %, а з дуже високим – зросла до 25 %. Це свідчить про якісне покращення життєвого самовідчуття внаслідок реалізованої програми.

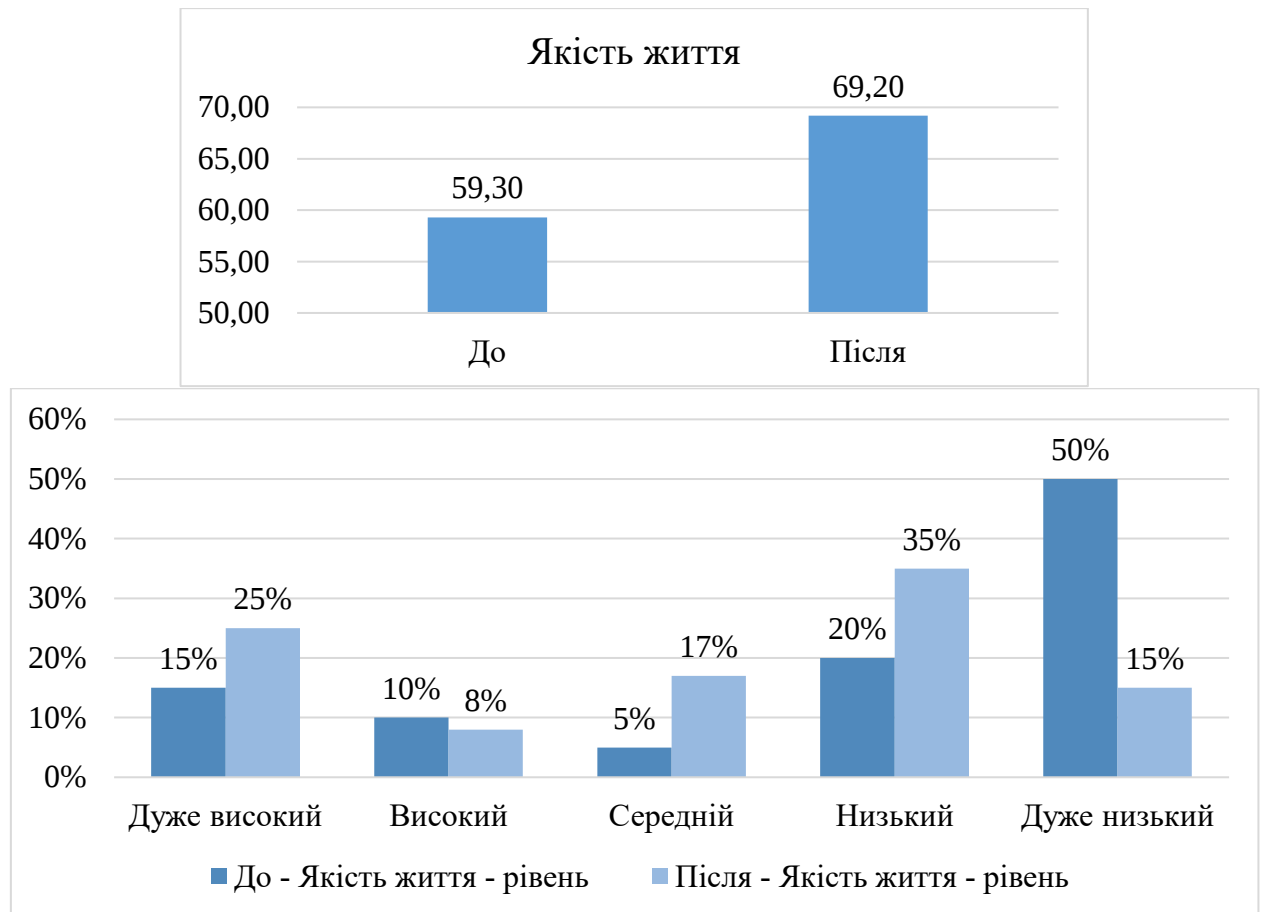


Рис. 2.13. Зміни в самооцінці якості життя до та після втручання

Таким чином, отримані дані підтверджують ефективність проведених психокорекційних заходів не лише у зниженні тривожності, а й у підвищенні загального рівня задоволеності життям учасників дослідження.

Результати аналізу засвідчують істотне зниження рівня сприйнятого стресу серед учасників дослідження після проведення психокорекційної інтервенції (Додаток Б, Таблиця Б.3, рис. 2.14-2.15). Середній показник сприйнятого стресу зменшився з 23.02 бала (SD = 4.28) до 15.10 бала (SD = 4.15), що вказує на суттєве покращення психоемоційного стану.

Парний t-тест продемонстрував статистично значущу різницю між до- та післятестовими оцінками сприйнятого стресу: $t(39) = 13.06$, $p < .001$. Середня різниця склала 7.92 бала (SE = 0.607). Подібно, спостерігається достовірне зниження показника сприйняття безпорадності (до: $M = 13.22$, після: $M = 8.88$; $t(39) = 9.47$, $p < .001$) із середньою різницею 4.35 бала (SE = 0.459), а також зниження браку самоефективності (до: $M = 9.80$, після: $M = 6.22$; $t(39) = 9.70$, $p < .001$), із середньою різницею 3.58 бала (SE = 0.368).

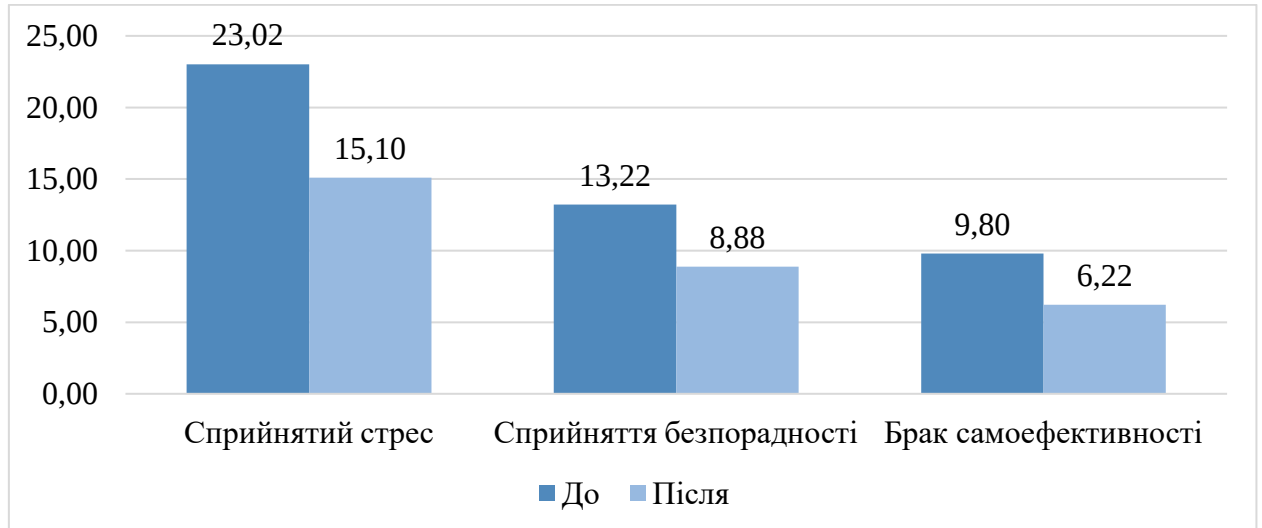


Рис. 2.14. Зміни в рівні сприйнятого стресу до та після втручання

Тести на нормальність для сприйнятого стресу не виявили статистично значущих відхилень (усі $p > 0.8$), що дозволяє використовувати параметричні методи. Однак, для сприйняття безпорадності та браку самоефективності були зафіксовані певні відхилення від нормального розподілу за деякими тестами

(наприклад, Шапіро-Вілکا $p = 0.013$ для безпорадності), що слід враховувати при подальшому аналізі, хоча t -тест залишається доволі стійким до незначних порушень нормальності.

На рівні категоріального аналізу відзначається позитивна динаміка: до втручання 25 % учасників демонстрували високий рівень сприйнятого стресу, тоді як після – жодного випадку такого рівня не зафіксовано; натомість 27,5 % перейшли до категорії з низьким рівнем стресу, а частка осіб із середнім рівнем залишилася відносно стабільною.

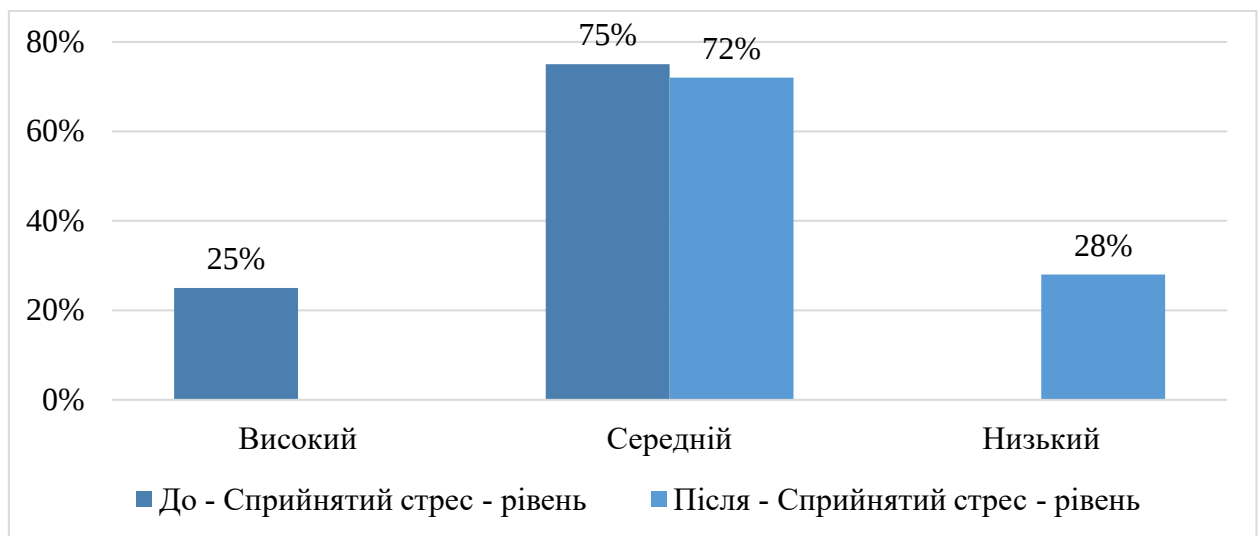


Рис. 2.15. Зміни в рівні сприйнятого стресу до та після втручання

Таким чином, результати підтверджують ефективність проведених психокорекційних заходів щодо зниження не лише загального рівня стресу, а й окремих його компонентів – сприйняття безпорадності та дефіциту саме-ефективності, що є ключовими аспектами емоційного реагування в умовах кризи та адаптації.

У ході дослідження було також проаналізовано зміни в показниках дезадаптації та її окремих проявів (Додаток Б, Таблиця Б.4, рис. 2.16). Через значне відхилення розподілу даних від нормального (усі тести нормальності показали $p < .001$) для порівняння до- та післятестових результатів застосовувався непараметричний критерій Вілкоксона для залежних вибірок.

Отримані результати демонструють статистично значуще покращення за всіма досліджуваними показниками. Зокрема, рівень порушення поведінкової регуляції знизився з середнього значення 4.33 ($SD = 3.07$) до 2.67 ($SD = 1.83$); відповідне значення тесту Вілкоксона – $W = 171.0$, $p < .001$. Вірогідність вчинення суїцидальних спроб також зменшилася: з 2.90 до 2.13 бала; $W = 105.0$, $p < .001$. Аналогічно спостерігається зниження порушень моральної нормативності з 3.85 до 2.65 бала ($W = 210.0$, $p < .001$), втрати комунікативного потенціалу – з 2.58 до 1.98 бала ($W = 55.0$, $p = .004$), а також загального рівня дезадаптивності – з 13.65 до 9.43 бала ($W = 435.0$, $p < .001$).

Середні різниці між до- та післятестовими показниками склали від 2 до 5 балів, що, з огляду на середні рівні початкових значень, є практично значущими. Зменшення вірогідності суїцидальних спроб та покращення поведінкової регуляції свідчать про зниження деструктивних тенденцій у поведінці. Зниження дезадаптивності та відновлення комунікативного потенціалу вказують на покращення соціального функціонування та особистісної інтеграції учасників.

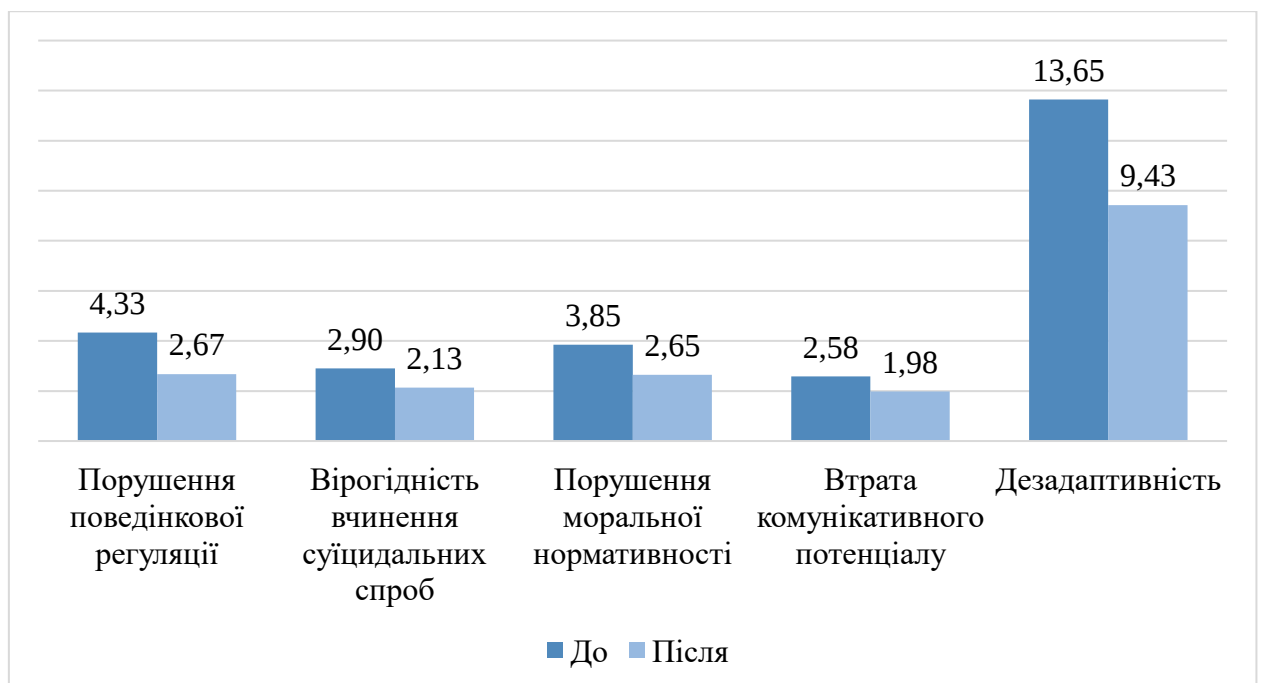


Рис. 2.16. Зміни в рівні дезадаптації до та після втручання

Таким чином, результати підтверджують ефективність психокорекційного втручання щодо зниження проявів дезадаптації та її ключових аспектів, що особливо важливо в контексті кризових станів та викликів адаптації в новому соціальному середовищі.

Висновки до розділу 2

Проведено емпіричне дослідження кризових станів зовнішньо переміщених осіб і перевірено можливості їх психологічної підтримки засобами вокалотерапії. На констатувальному етапі, спираючись на валідні інструменти (шкали самооцінки тривоги, якості життя, сприйманого стресу та експрес-опитувальник дезадаптивності), окреслено типовий симптомокомплекс: емоційна напруга з помітними соматичними проявами тривоги, підвищений суб'єктивний стрес, ознаки дезадаптації та зниження якості життя. Сукупність цих показників підтвердила наявність багатовимірних наслідків вимушеного переселення та обґрунтувала потребу в цілеспрямованому втручанні.

Відповіддю на встановлені потреби стала розробка і апробація структурованої програми вокалотерапевтичної підтримки. Програма вокалотерапії, розроблена як цілеспрямоване втручання для зовнішньо переміщених осіб, що переживають багатовимірні кризові стани – від тривожності та емоційної нестабільності до труднощів адаптації й психосоматичних проявів. Її обґрунтування спирається на актуальний воєнний контекст і потребу поєднати емоційне опрацювання з тілесною саморегуляцією через голос, що робить метод доречним у системі кризової допомоги й посткризової адаптації ЗПО. Логіка впровадження програми передбачає стартову діагностику й індивідуалізацію подальшої роботи. На початку аналізуються невербальні індикатори стану: характеристики голосу (висотність, гучність, тремор, монотонність) та дихання (глибина, ритмічність, поверхневність). Після обговорення цих спостережень із клієнтом спільно вибудовується план втручання та добирається набір вправ, який гнучко

адаптується до актуального стану й відчуттів учасника. До арсеналу методів входять тонування протяжних голосних, «співоче» дихання, вільна вокальна імпровізація, спів пісень, що резонують із переживаннями, а також поєднання голосу з рухом; робота відбувається в безоціночній, підтримувальній атмосфері, яка допомагає долати сором і «вокальні блоки».

У процесі застосування технік дотримуються принципів дозованості та безпеки. Першочергово забезпечується стабілізація через сповільнене дихання, тихе тонування й легкі вокалізації; лише після зниження гострого дистресу переходять до глибшого емоційного опрацювання. Для переживань утрати й горювання використовується «вокальне оплакування» - дозоване озвучення смутку через стогін, плач, наспівування пов'язаних мелодій чи пісень, що полегшує вивільнення пригнічених емоцій. Паралельно програмою поступово зміцнюються внутрішні ресурси: вправи повертають відчуття контролю й ефективності, а груповий спів підсилює переживання належності та підтримки спільноти.

Апробація програми показала її практичну доцільність: учасники послідовно відзначали зниження тривожності, поліпшення настрою й загального самопочуття, що узгоджується з теоретичними передумовами про регулятивний потенціал голосових практик і підтверджує перспективність вокалотерапії як компонента мультидисциплінарної підтримки ЗПО.

Результати порівняльного аналізу результатів респондентів до та після втручання підтверджують ефективність реалізованої психокорекційної програми, що забезпечила зниження загального рівня стресу та його окремих компонентів (сприйняття безпорадності й дефіциту самоефективності), зменшення тривожності й проявів дезадаптації, а також підвищення загальної задоволеності життям учасників, що є особливо важливим у контексті кризових станів та викликів адаптації в новому соціальному середовищі.

У межах дослідження психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб, які перебували в кризовому стані, було здійснено кореляційний аналіз психологічних змінних.

На етапі до втручання спостерігалася надзвичайно щільна кореляційна структура з великою кількістю сильних зв'язків. Самооцінка тривоги була тісно пов'язана зі сприйнятим стресом, сприйняттям безпорадності, порушенням поведінкової регуляції, втратою комунікативного потенціалу, дезадаптивністю та ймовірністю суїцидальних спроб. Також фіксувалася її негативна асоціація з почуттям ефективності. Сприйнятий стрес до втручання був пов'язаний із широким спектром негативних змінних, включно з тривожністю, безпорадністю, дезадаптивністю, втратою комунікативного потенціалу та суїцидальністю. Сприйняття безпорадності до інтервенції асоціювалося з тривожністю, стресом, суїцидальністю, дезадаптивністю, порушенням поведінкової регуляції та втратою комунікативного потенціалу. Брак самоефективності до втручання мав тісні негативні зв'язки з тривожністю, безпорадністю, дезадаптивністю, соціальною активністю та суїцидальними ризиками. Ймовірність вчинення суїцидальних спроб до втручання мала тісні зв'язки з безпорадністю, тривожністю, сприйнятим стресом, зниженням ефективності та дезадаптацією. Дезадаптивність, як інтегральний показник психоемоційного неблагополуччя, до втручання була тісно пов'язана з усіма основними негативними змінними.

Таким чином, отримані результати свідчать про позитивний вплив вокалотерапії на зниження емоційної дестабілізації, підтверджуючи її доцільність у роботі з кризовими станами у внутрішньо переміщених осіб.

Водночас зафіксовано методологічні рамки, які слід враховувати надалі (необхідність розширення вибірки, подальшої стандартизації протоколів, тривалішого відстеження віддалених ефектів). Практичний висновок розділу полягає в тому, що вокалотерапевтична програма може слугувати ефективним компонентом мультидисциплінарної підтримки переміщених осіб, поєднуючи емоційно-символічну й тілесно-фізіологічну роботу для стабілізації стану, відновлення саморегуляції та підвищення якості життя.

ВИСНОВКИ

Мета магістерської роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості методу вокалотерапії у роботі з кризовими станами особистості – досягнута повністю. У межах першого завдання здійснено системний теоретичний аналіз сучасних підходів до розуміння вокалотерапії та її місця в палітрі кризових інтервенцій. Показано, що вокалотерапія поєднує невербальну емоційну експресію з тілесно-дихальною саморегуляцією та соціальною ко-регуляцією, спираючись на психофізіологічні механізми (діафрагмальне дихання, резонанс, залучення блукаючого нерва, підвищення варіабельності серцевого ритму) і психологічні процеси відновлення контролю, безпеки та суб'єктності. Окреслено принципи її безпечного застосування в кризовій допомозі: пріоритет стабілізації, поступовість і дозування інтенсивності, індивідуалізація та культурна чутливість, підтримка через групове звучання.

Виконуючи друге завдання, емпірично досліджено особливості проявів кризових станів у осіб, що пережили вимушене переселення. Констатувальний етап засвідчив типовий симптомокомплекс із підвищеним рівнем тривожності та суб'єктивного стресу, соматичними «масками» тривоги, відчуттям безпорадності та дефіциту самоєфективності, ознаками дезадаптації та зниженням якості життя. Виявлений профіль труднощів переконливо обґрунтував потребу у втручанні, яке одночасно працює з емоційною регуляцією, тілесною напругою та соціальною підтримкою.

У відповідь на встановлені потреби, у межах третього завдання обґрунтовано, розроблено й апробовано програму вокалотерапії для кризових станів переміщених осіб та підготовлено методичну розробку «Використання засобів вокалотерапії в кризових інтервенціях». Програма містить послідовні модулі – від базової стабілізації (діафрагмальне дихання, тихе тонування, резонансні вправи) до безпечного емоційного опрацювання (вільна вокальна імпровізація, «вокальне оплакування», піснетерапія) і закріплення навичок саморегуляції у груповій взаємодії. Апробація показала позитивну динаміку

психологічних індикаторів: зменшення загального стресу та його ключових компонентів (сприйняття безпорадності, дефіциту самоефективності), зниження тривожності та проявів дезадаптації, а також підвищення задоволеності життям і відчуття контролю над власним станом. Отже, отримані результати підтверджують ефективність інтервенційної програми та її практичну доцільність у системі мультидисциплінарної підтримки зовнішньо переміщених осіб.

Наукова новизна роботи полягає в інтеграції сучасних теоретичних уявлень про голос як інструмент саморегуляції з емпіричним підтвердженням його терапевтичного потенціалу саме в умовах воєнно зумовленої кризи та вимушеної міграції. Практична значущість полягає у створенні відтворюваного протоколу вокалотерапевтичної допомоги та методичних матеріалів для фахівців психологічної служби й суміжних спеціальностей, придатних для впровадження в індивідуальному та груповому форматах у закладах охорони здоров'я, соціальних і освітніх інституціях.

Разом із тим окреслено методологічні обмеження – потреба у збільшенні вибірки, стандартизації протоколів, наявності контрольних груп і довшому постінтервенційному спостереженні. Перспективи подальших досліджень убачаються в порівнянні вокалотерапії з іншими доказовими підходами до кризового втручання, оцінці віддалених результатів, розробленні програм підготовки фахівців та адаптації протоколу до онлайн- і змішаних форматів. Сукупно це дозволяє вважати мету досягнутою, а всі поставлені завдання – виконаними; розроблена програма та методична розробка є науково обґрунтованою й практично ефективною відповіддю на актуальні запити психічного здоров'я вразливих груп населення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (pss-10): адаптація та апробація в умовах війни. Problems of modern psychology. 2022. № 2. С. 16–27. URL: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-2-2>
2. Войналович І. А. Вимушені переселенці: зарубіжний досвід, стан та реалізація їх прав в Україні / І. А. Войналович, М. О. Кримова, Л. В. Щетініна // Соціально-трудова відносини: теорія та практика . 2014. № 2. С. 250-257.
3. Горенко М. Психологічна інтервенція з дітьми та підлітками. 2015
4. Гуляєва А. С. Психологічні особливості вимушеного переселення. Збірник наукових праць " Проблеми сучасної психології", 37. 2017.
5. Доценко В. В. Теоретичні підходи щодо вивчення кризових станів особистості. Вісник Харківського національного університету імені ВН Каразіна. Серія: Психологія, (45. 2011. С. 73-76.
6. Кошечко Н. Вплив різновидів арт-терапії на розв'язання конфліктних ситуацій студентами закладів вищої освіти. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Педагогіка». 2021. 1(13). С. 29–33. <https://doi.org/10.17721/2415-3699.2021.13.07>
7. Кудінова М., Кожанова Д. Психологічні особливості внутрішньо переміщених осіб: теоретичний аналіз проблеми. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія. 2024. 2 (63). С. 17-24. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2024.2.2>
8. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник/За заг. ред. ОС Чабана, ОО Хаустової.-2-ге видання, виправлене і доповнене. К.: Видавничий дім Медкнига. 2017
9. Приходько І. І., Мацегора Я. В., Колесніченко О. С., Байда М. Експрес-опитувальник дезадаптивності: розроблення, апробація, психометричні показники. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Психологія, (3). 2017.

10. Степаненко Л. В. Особливості взаємозв'язку адаптивних властивостей та механізмів психологічного захисту у переселенців. Психолого-педагогічні координати розвитку особистості: зб. наук. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф., 3-4 червня 2021 р. С. 206-210.
11. Титаренко Т. М., Дворник М. С., Климчук В. О., Лазоренко Б. П., Ларіна Т. О., Мирончак К. В., Савінов В. В. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціально-психологічний супровід: практичний посібник. 2022.
12. Чабан О. С., Хаустова О. О., Безшейко В. Г., Москаленко О. В. Валідизація Шкали оцінки якості життя. Український вісник психоневрології, 25, вип. 1. 2017. С. 159-160.
13. Akilandeswari R., Aruna S. Prevalence of depression in diabetes mellitus and its determinants. Nursing journal of india. 2019. Vol. CX, no. 05. P. 238–240. URL: <https://doi.org/10.48029/nji.2019.cx510>
14. Anxiety, depression and stress among Internally Displaced Persons and Host Community in an armed conflict region: a comparative study / D. Salihu et al. Psychiatry research. 2022. P. 114700. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114700>
15. Austin D. In search of the self: the use of vocal holding techniques with adults traumatized as children. Music therapy perspectives. 2001. Vol. 19, no. 1. P. 22–30. URL: <https://doi.org/10.1093/mtp/19.1.22>
16. Austin D. Theory and practice of vocal psychotherapy: songs of the self. Kingsley Publishers, Jessica, 2009.
17. Austin, D. Vocal psychotherapy: Discovering yourself through the voice. 2015
18. Baker F. Voicework in music therapy: research and practice. London : Jessica Kingsley Publishers, 2011.
19. Bedaso A., Duko B. Epidemiology of depression among displaced people: a systematic review and meta-analysis. Psychiatry research. 2022. Vol. 311. P. 114493. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114493>

20. Bouzioti K. Vocal Psychotherapy with traumatised Greek clients. *Approaches: an interdisciplinary journal of music therapy*. 2023. Vol. 15, no. 2. URL: <https://doi.org/10.56883/ajmt.2023.5>
21. Budegay V. Rehabilitation of persons by means of art therapy. *Humanitarian studios: pedagogics, psychology, philosophy*. 2022. Vol. 13, no. 4. URL: [https://doi.org/10.31548/hspedagog13\(4\).2022.20-25](https://doi.org/10.31548/hspedagog13(4).2022.20-25)
22. Caplan G. *An Approach to Community Mental Health*. Orlando, FL: Grune & Stratton; 1961.
23. Caplan G. *Principles of Preventative Psychiatry*. New York, NY: Basic Books; 1964.
24. Caplan G. *Approach to community mental health*. Taylor & Francis Group, 2011. 276 p.
25. Cohen, S., Williamson, G. Perceived stress in a probability sample of the United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health* (pp. 31–67). Newbury Park, CA: Sage. 1988
26. Damasio A. *Self comes to mind: constructing the conscious brain*. Brilliance Audio, 2010.
27. Damasio, A. R. *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York, NY: Avon Books. 1994.
28. David M. *New voice pedagogy*. Scarecrow Press, Incorporated, 2008.
29. de Quadros A., Vu K. T. At home, song, and fika – portraits of Swedish choral initiatives amidst the refugee crisis. *International journal of inclusive education*. 2017. Vol. 21, no. 11. P. 1113–1127. URL: <https://doi.org/10.1080/13603116.2017.1350319>
30. Effect of 528 hz music on the endocrine system and autonomic nervous system / K. Akimoto et al. *Health*. 2018. Vol. 10, no. 09. P. 1159–1170. URL: <https://doi.org/10.4236/health.2018.109088>
31. Effects of group music therapy on quality of life, affect, and participation in people with varying levels of dementia / C. Sole et al. *Journal of music therapy*. 2014. Vol. 51, no. 1. P. 103–125. URL: <https://doi.org/10.1093/jmt/thu003>

- 32.El Baba R., Colucci E. Post-traumatic stress disorders, depression, and anxiety in unaccompanied refugee minors exposed to war-related trauma: a systematic review. *International journal of culture and mental health*. 2017. Vol. 11, no. 2. P. 194–207. URL: <https://doi.org/10.1080/17542863.2017.1355929>
- 33.Endogenous oxytocin, cortisol, and testosterone in response to group singing / D. L. Bowling et al. *Hormones and behavior*. 2022. Vol. 139. P. 105105. URL: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2021.105105>
- 34.Erickson E. *Childhood and Society*, 2nd edition. New York, NY: Norton Press; 1963.
- 35.Fancourt D., Aufegger L., Williamon A. Low-stress and high-stress singing have contrasting effects on glucocorticoid response. *Frontiers in psychology*. 2015. Vol. 6. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01242>
- 36.Feinstein RE, Collins E. Rakel R, Rakel D. Crisis intervention, trauma & disasters. *Textbook of Family Medicine*, 9th edition. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 2015. 1062–1073.
- 37.Feinstein R. E. Crisis intervention psychotherapy in the age of COVID-19. *Journal of psychiatric practice*. 2021. Vol. 27, no. 3. P. 152–163. URL: <https://doi.org/10.1097/prs.0000000000000542>
- 38.Flynn C. A somatic approach to vocal psychotherapy for bereaved adults with attachment trauma. *The arts in psychotherapy*. 2021. Vol. 76. P. 101858. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101858>
- 39.Frankl, V. *Man's Search for Meaning* (3rd ed.). New York, NY: Simon & Schuster. 1984.
- 40.Good A., Russo F. A. Changes in mood, oxytocin, and cortisol following group and individual singing: a pilot study. *Psychology of music*. 2021. P. 030573562110426. URL: <https://doi.org/10.1177/03057356211042668>
- 41.Grynevych Y. Features of the mental state of internally displaced persons with obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2024. Vol. 9, no. 4. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v9i4.575>

42. Gumble M., Inmon B., Schachner K. Liberatory music therapy model of gender affirming voicework. *Voices: a world forum for music therapy*. 2025. Vol. 25, no. 2. URL: <https://doi.org/10.15845/voices.v25i2.4117>
43. Haeyen S. A theoretical exploration of polyvagal theory in creative arts and psychomotor therapies for emotion regulation in stress and trauma. *Frontiers in psychology*. 2024. Vol. 15. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1382007>
44. Hameed S., Sadiq A., Din A. U. The increased vulnerability of refugee population to mental health disorders. *Kansas journal of medicine*. 2019. Vol. 11, no. 1. P. 20–23. URL: <https://doi.org/10.17161/kjm.v11i1.8680>
45. Hyejin So. A preliminary research of the role of using voice as a bodily instrument in creative arts psychotherapy. *The korean journal of dance studies*. 2018. Vol. 70, no. 3. P. 25–37. URL: <https://doi.org/10.16877/kjds.70.3.201808.25>
46. Influence of hope, resilience and social support on posttraumatic stress disorder among internally displaced persons in BIU / B. E. Ugbenin et al. *British journal of psychology research*. 2024. Vol. 12, no. 2. P. 1–10. URL: <https://doi.org/10.37745/bjpr.2013/vol12n2110>
47. Kaimal G., Ray K., Muniz J. Reduction of cortisol levels and participants' responses following art making. *Art therapy*. 2016. Vol. 33, no. 2. P. 74–80. URL: <https://doi.org/10.1080/07421656.2016.1166832>
48. Kashaka N. D. Exploring the healing power of art therapy. *Research output journal of education*. 2025. Vol. 5, no. 2. P. 16–19. URL: <https://doi.org/10.59298/roje/2025/521619>
49. Koshechko N. The influence of types of art therapy on the resolution of conflict situations by students of higher education institutions. *Visnyk taras shevchenko national university of kyiv. pedagogy*. 2021. No. 1 (13). P. 29–33. URL: <https://doi.org/10.17721/2415-3699.2021.13.07>
50. Kreutz G. Does singing facilitate social bonding?. *Music and medicine*. 2014. Vol. 6, no. 2. P. 51. URL: <https://doi.org/10.47513/mmmd.v6i2.180>

51. Kyambade M., Namatovu A. Navigating trauma: mental well-being after Kiteezi landfill collapse and residential displacement in Uganda. *Disaster prevention and management: an international journal*. 2025. URL: <https://doi.org/10.1108/dpm-09-2024-0230>
52. Lee E.-H. Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian nursing research*. 2012. Vol. 6, no. 4. P. 121–127. URL: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>
53. Lopushynskiy I., Filippova V., Kushniriuk V. Формування психологічної стійкості (резильєнтності) внутрішньо переміщених осіб як основи їхньої психологічної безпеки в умовах війни. *Coordinates of public administration*. 2024. № 1. С. 267–289. URL: <https://doi.org/10.62664/cpa.2024.01.12> (дата звернення: 19.09.2025).
54. Ma Y.-M., Yuan M.-D., Zhong B.-L. Efficacy and acceptability of music therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European journal of psychotraumatology*. 2024. Vol. 15, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2342739>
55. Mani C. “Unplug to recharge”: accessing respite through song in a culturally and linguistically diverse perinatal context. *Arts & health*. 2022. P. 1–18. URL: <https://doi.org/10.1080/17533015.2022.2140684>
56. Mazhak I., Maltseva K., Sudyn D. Assessing psychometric of the perceived stress scale and identifying stress-associated factors in a sample of ukrainian female refugees in the czech republic. *Journal of migration and health*. 2024. P. 100271. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2024.100271>
57. Meaning making helps cope with COVID-19: a longitudinal study / Z. Yang et al. *Personality and individual differences*. 2021. Vol. 174. P. 110670. URL: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110670>
58. Meinhart M. ‘Unearthly music’, ‘howling idiots’, and ‘orgies of amusement’: the soundscapes of shell shock at edinburgh's craiglockhart war hospital, 1917–18. *Nineteenth-Century music review*. 2022. P. 1–32. URL: <https://doi.org/10.1017/s1479409821000288>

- 59.Monti E., Austin D. The dialogical self in vocal psychotherapy. *Nordic journal of music therapy*. 2017. Vol. 27, no. 2. P. 158–169. URL: <https://doi.org/10.1080/08098131.2017.1329227>
- 60.Papanikolaou E., Sherrill J., Ververis A. Transient communities: the case of a refugee choir in the catholic church of lesvos – eirini papanikolaou, jennifer sherrill & antonis ververis. *Approaches: an interdisciplinary journal of music therapy*. 2024. URL: <https://doi.org/10.56883/ajmt.2024.28>
- 61.Park C. L. Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*. 2010. Vol. 136, no. 2. P. 257–301. URL: <https://doi.org/10.1037/a0018301>
- 62.Park M. W. Introduction of voice therapy. *Korean intraoperative neuromonitoring society*. 2024. Vol. 4, no. 2. P. 147–153. URL: <https://doi.org/10.54441/jnn.2024.4.2.147>
- 63.Past trauma, resettlement stress, and mental health of older Bhutanese with a refugee life experience / R. L. Frounfelker et al. *Aging & mental health*. 2021. P. 1–10. URL: <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1963947>
- 64.Phyland D. J. Singing in and out of COVID. *Respirology*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1111/resp.14424>
- 65.Porges S. W. Polyvagal theory: a science of safety. *Frontiers in integrative neuroscience*. 2022. Vol. 16. URL: <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>
- 66.Prevalence of stress, anxiety, and symptoms of post-traumatic stress disorder among Ukrainians after the first year of Russian invasion: a nationwide cross-sectional study / O. Lushchak et al. *The lancet regional health - europe*. 2024. Vol. 36. P. 100773. URL: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100773>
- 67.Psychological and environmental factors influencing resilience among Ukrainian refugees and internally displaced persons: a systematic review of coping strategies and risk and protective factors / D. Rizzi et al. *Frontiers in psychology*. 2023. Vol. 14. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1266125>

68. Raanaas R. K., Aase S. Ø., Huot S. Finding meaningful occupation in refugees' resettlement: A study of amateur choir singing in Norway. *Journal of occupational science*. 2018. Vol. 26, no. 1. P. 65–76. URL: <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1537884>
69. Schnell T., Krampe H. Meaning in life and self-control buffer stress in times of COVID-19: moderating and mediating effects with regard to mental distress. *Frontiers in psychiatry*. 2020. Vol. 11. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.582352>
70. Shushardzhan S. Vocal therapy method in healing of chronic respiratory diseases. *Medicine and art*. 2024. Vol. 2, no. 1. P. 7–24. URL: <https://doi.org/10.60042/2949-2165-2024-2-1-7-24>
71. Singing interventions in depression: a scoping review / Y. Wei et al. *Psychology of music*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1177/03057356241305921>
72. Sláviková Z., Králová E. Emotions in music and their impact on the emotions of percipients: research on human voice and singing. *Review of artistic education*. 2021. Vol. 21, no. 1. P. 1–11. URL: <https://doi.org/10.2478/rae-2021-0001>
73. Sykes P. Trauma and expressive arts therapy: brain, body, and imagination in the healing process, cathy A. Malchiodi. *The british journal of social work*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcaa124>
74. Tamplin J. A pilot study into the effect of vocal exercises and singing on dysarthric speech. *NeuroRehabilitation*. 2008. Vol. 23, no. 3. P. 207–216. URL: <https://doi.org/10.3233/nre-2008-23302>
75. The effects of group therapeutic singing on cortisol and motor symptoms in persons with parkinson's disease / E. L. Stegemöller et al. *Frontiers in human neuroscience*. 2021. Vol. 15. URL: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.703382>
76. The impact of forced displacement: trauma, increased levels of inflammation and early presentation of diabetes in women Syrian refugees / T. Venkatachalam et al. *Journal of public health*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad037>

- 77.Trzebiński J., Cabański M., Czarnecka J. Z. Reaction to the COVID-19 pandemic: the influence of meaning in life, life satisfaction, and assumptions on world orderliness and positivity. *Journal of loss and trauma*. 2020. Vol. 25, no. 6-7. P. 544–557. URL: <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1765098>
- 78.Updegraff J. A., Silver R. C., Holman E. A. Searching for and finding meaning in collective trauma: results from a national longitudinal study of the 9/11 terrorist attacks. *Journal of personality and social psychology*. 2008. Vol. 95, no. 3. P. 709–722. URL: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.709>
- 79.Vartan A. Using music in the classroom to help syrian refugees deal with post-war trauma. *International journal of business, human and social sciences*. 2018. Vol. 11.0, no. 3. URL: <https://doi.org/10.5281/zenodo.1316065>
- 80.Vocal emotion expressions in infant-directed singing: the impact of war trauma and maternal mental health and the consequences on infant development / R. Punamäki et al. *Infant and child development*. 2020. Vol. 29, no. 3. URL: <https://doi.org/10.1002/icd.2176>
- 81.War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons / R. J. Johnson et al. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02176-9>

ДОДАТКИ

Додаток А
Таблиця А.1

Frequencies of Стать

Стать	Counts	% of Total	Cumulative %
Жіноча	39	97.5 %	97.5 %
Чоловіча	1	2.5 %	100.0 %

Таблиця А.2

Frequencies of Вікова група

Вікова група	Counts	% of Total	Cumulative %
До 18 років	2	5.0 %	5.0 %
18–25 років	4	10.0 %	15.0 %
26–35 років	3	7.5 %	22.5 %
36–45 років	14	35.0 %	57.5 %
46–60 років	17	42.5 %	100.0 %

Таблиця А.3

Frequencies of Наявність дітей

Наявність дітей	Counts	% of Total	Cumulative %
Так	27	67.5 %	67.5 %
Ні	13	32.5 %	100.0 %

Таблиця А.4

Frequencies of Кількість дітей

Кількість дітей	Counts	% of Total	Cumulative %
2 дітей	13	32.5 %	32.5 %
1 дитина	14	35.0 %	67.5 %
Не маю дітей	13	32.5 %	100.0 %

Таблиця А.5

Frequencies of Здобута освіта

Здобута освіта	Counts	% of Total	Cumulative %
Вчений ступінь (кандидат/доктор наук)	2	5.0 %	5.0 %
Вища (бакалавр, магістр, спеціаліст)	30	75.0 %	80.0 %
Професійно-технічна (технікум, училище)	6	15.0 %	95.0 %
Середня (школа, коледж)	2	5.0 %	100.0 %

Таблиця А.6

Frequencies of Сімейний стан

Сімейний стан	Counts	% of Total	Cumulative %
У стосунках	5	12.5 %	12.5 %
Неодружений(а)	13	32.5 %	45.0 %
Одружений(а)	16	40.0 %	85.0 %
Розлучений(а)	6	15.0 %	100.0 %

Таблиця А.7

Frequencies of Місце проживання

Місце проживання	Counts	% of Total	Cumulative %
Велике місто (більше 500 тис. населення)	16	40.0 %	40.0 %
Середнє місто (від 100 до 500 тис.)	10	25.0 %	65.0 %
Мале місто (до 100 тис.)	10	25.0 %	90.0 %
Село / селище	4	10.0 %	100.0 %

Таблиця А.8

Frequencies of Тривалість перебування за кордоном

Тривалість перебування за кордоном	Counts	% of Total	Cumulative %
Понад 3 роки	23	57.5 %	57.5 %
Від 2 до 3 років	7	17.5 %	75.0 %
Від 1 до 2 років	5	12.5 %	87.5 %
Від 6 місяців до 1 року	1	2.5 %	90.0 %
До 6 місяців	4	10.0 %	100.0 %

Таблиця А.9

Frequencies of Статус зайнятості

Статус зайнятості	Counts	% of Total	Cumulative %
Працюю повний робочий день	10	25.0 %	25.0 %
Працюю неповний робочий день	9	22.5 %	47.5 %
Студент	6	15.0 %	62.5 %
Без роботи	6	15.0 %	77.5 %
Інше	9	22.5 %	100.0 %

Таблиця А.10

Frequencies of Знання мови країни перебування

Знання мови країни перебування	Counts	% of Total	Cumulative %
Вільно володію	6	15.0 %	15.0 %
Володію на середньому рівні	13	32.5 %	47.5 %
Знаю базові слова і фрази	18	45.0 %	92.5 %
Зовсім не знаю	3	7.5 %	100.0 %

Таблиця А.11

Frequencies of Рівень доходу у країні перебування

Рівень доходу у країні перебування	Counts	% of Total	Cumulative %
Високий (маю достатньо для комфортного життя та заощаджень)	2	5.0 %	5.0 %
Середній (можу дозволити базові потреби + невеликі заощадження)	24	60.0 %	65.0 %
Низький (достатньо тільки на базові потреби)	14	35.0 %	100.0 %

Таблиця А.12

Frequencies of Соціальна допомога за кордоном

Соціальна допомога за кордоном	Counts	% of Total	Cumulative %
Так, регулярно	14	35.0 %	35.0 %
Так, іноді	4	10.0 %	45.0 %
Ні	22	55.0 %	100.0 %

Таблиця А.13

Frequencies of Отримання психологічної допомоги в країні перебування

Отримання психологічної допомоги в країні перебування	Counts	% of Total	Cumulative %
Так, регулярно	2	5.0 %	5.0 %
Так, іноді	6	15.0 %	20.0 %
Ні	32	80.0 %	100.0 %

Таблиця А.14

Frequencies of Частота зв'язку з родичами чи друзями в Україні

Частота зв'язку з родичами чи друзями в Україні	Counts	% of Total	Cumulative %
Щодня	20	50.0 %	50.0 %
Кілька разів на тиждень	11	27.5 %	77.5 %
Раз на тиждень	1	2.5 %	80.0 %
Рідше, ніж раз на тиждень	4	10.0 %	90.0 %
Практично не спілкуюсь	4	10.0 %	100.0 %

Таблиця А.15

Frequencies of Наявність друзів серед місцевого населення країни перебування

Наявність друзів серед місцевого населення країни перебування	Counts	% of Total	Cumulative %
Так, багато	6	15.0 %	15.0 %
Так, кілька	18	45.0 %	60.0 %
Ні, немає	16	40.0 %	100.0 %

Таблиця А.16

Frequencies of Фінансове становище після переїзду

Фінансове становище після переїзду	Counts	% of Total	Cumulative %
Покращилося	12	30.0 %	30.0 %
Не змінилося	10	25.0 %	55.0 %
Погіршилося	18	45.0 %	100.0 %

Таблиця А.17

		Самооцінка тривоги		Якість життя	Сприйнятий стрес		Сприйняття безпорадності		Брак самоефективності
Самооцінка тривоги	Spearman's rho	–							
	p-value	–							
Якість життя	Spearman's rho	0.003		–					
	p-value	0.987		–					
Сприйнятий стрес	Spearman's rho	0.407	**	-0.117	–				
	p-value	0.009		0.470	–				
Сприйняття безпорадності	Spearman's rho	0.687	***	-0.202	0.759	***	–		
	p-value	< .001		0.210	< .001		–		
Брак самоефективності	Spearman's rho	-0.661	***	0.160	-0.146		-0.720	***	–
	p-value	< .001		0.323	0.368		< .001		–
Порушення поведінкової регуляції	Spearman's rho	0.764	***	0.023	0.387	*	0.449	**	-0.241
	p-value	< .001		0.887	0.014		0.004		0.134
Вірогідність вчинення суїцидальних спроб	Spearman's rho	0.716	***	-0.163	0.534	***	0.822	***	-0.645
	p-value	< .001		0.315	< .001		< .001		< .001
Порушення моральної нормативності	Spearman's rho	-0.017		0.053	0.154		0.225		-0.031
	p-value	0.917		0.746	0.341		0.162		0.848
Втрата комунікативного потенціалу	Spearman's rho	0.733	***	0.100	0.381	*	0.616	***	-0.494
	p-value	< .001		0.541	0.015		< .001		0.001
Деадаптивність	Spearman's rho	0.760	***	-0.003	0.472	**	0.684	***	-0.491
	p-value	< .001		0.986	0.002		< .001		0.001

Додаток Б
Таблиця Б.1

Paired Samples T-Test

			statistic	df	p	Mean difference	SE difference
До - Самооцінка тривоги	Після - Самооцінка тривоги	Student's t	9.26	39.0	< .001	5.92	0.640

Note. $H_a: \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

Tests of Normality

			statistic	p
До - Самооцінка тривоги	Після - Самооцінка тривоги	Shapiro-Wilk	0.959	0.156
		Kolmogorov-Smirnov	0.0904	0.899
		Anderson-Darling	0.399	0.349

Note. Additional results provided by *moretests*

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	SE
До - Самооцінка тривоги	40	11.22	11.50	7.69	1.217
Після - Самооцінка тривоги	40	5.30	5.00	4.35	0.688

Frequencies of До - Самооцінка тривоги - рівень

До - Самооцінка тривоги - рівень	Counts	% of Total	Cumulative %
Прояв соматичної проблеми	26	65.0 %	65.0 %
Відсутність прояву соматичної проблеми	14	35.0 %	100.0 %

Frequencies of Після - Самооцінка тривоги - рівень

Після - Самооцінка тривоги - рівень	Counts	% of Total	Cumulative %
Прояв соматичної проблеми	13	32.5 %	32.5 %
Відсутність прояву соматичної проблеми	27	67.5 %	100.0 %

Таблиця Б.2

Paired Samples T-Test

			statistic	df	p	Mean difference	SE difference
До - Якість життя	Після - Якість життя	Student's t	-7.63	39.0	< .001	-9.93	1.30

Note. $H_a \mu_{\text{Measure 1 - Measure 2}} \neq 0$

Tests of Normality

			statistic	p
До - Якість життя	Після - Якість життя	Shapiro-Wilk	0.947	0.061
		Kolmogorov-Smirnov	0.139	0.418
		Anderson-Darling	0.709	0.059

Note. Additional results provided by *moretests*

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	SE
До - Якість життя	40	59.3	56.5	18.7	2.95
Після - Якість життя	40	69.2	66.5	14.7	2.33

Frequencies of До - Якість життя - рівень

До - Якість життя - рівень	Counts	% of Total	Cumulative %
Дуже високий	6	15.0 %	15.0 %
Високий	4	10.0 %	25.0 %
Середній	2	5.0 %	30.0 %
Низький	8	20.0 %	50.0 %
Дуже низький	20	50.0 %	100.0 %

Frequencies of Після - Якість життя - рівень

Після - Якість життя - рівень	Counts	% of Total	Cumulative %
Дуже високий	10	25.0 %	25.0 %
Високий	3	7.5 %	32.5 %
Середній	7	17.5 %	50.0 %
Низький	14	35.0 %	85.0 %
Дуже низький	6	15.0 %	100.0 %

Таблиця Б.3

Paired Samples T-Test

			statistic	df	p	Mean difference	SE difference
До - Сприйнятий стрес	Після - Сприйнятий стрес	Student's t	13.06	39.0	< .001	7.92	0.607
До - Сприйняття безпорадності	Після - Сприйняття безпорадності	Student's t	9.47	39.0	< .001	4.35	0.459
До - Брак самоефективності	Після - Брак самоефективності	Student's t	9.70	39.0	< .001	3.58	0.368

Note. $H_a: \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

Tests of Normality

			statistic	p
До - Сприйнятий стрес	Після - Сприйнятий стрес	Shapiro-Wilk	0.989	0.962
		Kolmogorov-Smirnov	0.0853	0.933
		Anderson-Darling	0.194	0.887
До - Сприйняття безпорадності	Після - Сприйняття безпорадності	Shapiro-Wilk	0.927	0.013
		Kolmogorov-Smirnov	0.1789	0.154
		Anderson-Darling	1.216	0.003
До - Брак самоефективності	Після - Брак самоефективності	Shapiro-Wilk	0.942	0.039
		Kolmogorov-Smirnov	0.1276	0.532
		Anderson-Darling	0.611	0.104

Note. Additional results provided by *moretests*

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	SE
До - Сприйнятий стрес	40	23.02	23.00	4.28	0.677
Після - Сприйнятий стрес	40	15.10	15.00	4.15	0.656
До - Сприйняття безпорадності	40	13.22	12.50	5.79	0.915
Після - Сприйняття безпорадності	40	8.88	9.00	4.37	0.691
До - Брак самоефективності	40	9.80	10.00	3.45	0.546
Після - Брак самоефективності	40	6.22	6.00	2.19	0.346

Frequencies of До - Сприйнятий стрес - рівень

До - Сприйнятий стрес - рівень	Counts	% of Total	Cumulative %
Високий	10	25.0 %	25.0 %
Середній	30	75.0 %	100.0 %

Frequencies of Після - Сприйнятий стрес - рівень

Після - Сприйнятий стрес - рівень	Counts	% of Total	Cumulative %
Середній	29	72.5 %	72.5 %
Низький	11	27.5 %	100.0 %

Таблиця Б.4

Paired Samples T-Test

			Statistic	p	Mean difference	SE difference
До - Порушення поведінкової регуляції	Після - Порушення поведінкової регуляції	Wilcoxon W	171.0 ^a	< .001	4.00	0.346
До - Вірогідність вчинення суїцидальних спроб	Після - Вірогідність вчинення суїцидальних спроб	Wilcoxon W	105.0 ^b	< .001	2.00	0.177
До - Порушення моральної нормативності	Після - Порушення моральної нормативності	Wilcoxon W	210.0 ^d	< .001	2.00	0.230
До - Втрата комунікативного потенціалу	Після - Втрата комунікативного потенціалу	Wilcoxon W	55.0 ^e	0.004	2.00	0.182
До - Деадаптивність	Після - Деадаптивність	Wilcoxon W	435.0 ^f	< .001	5.00	0.747

Note. $H_a: \mu_{\text{Measure 1}} - \mu_{\text{Measure 2}} \neq 0$

^a 22 pair(s) of values were tied

^b 26 pair(s) of values were tied

^d 20 pair(s) of values were tied

^e 30 pair(s) of values were tied

^f 11 pair(s) of values were tied

Tests of Normality

			statistic	p
До - Порушення поведінкової регуляції	Після - Порушення поведінкової регуляції	Shapiro-Wilk	0.735	< .001
		Kolmogorov-Smirnov	0.324	< .001
		Anderson-Darling	4.36	< .001
До - Вірогідність вчинення суїцидальних спроб	Після - Вірогідність вчинення суїцидальних спроб	Shapiro-Wilk	0.670	< .001
		Kolmogorov-Smirnov	0.405	< .001
		Anderson-Darling	6.50	< .001
До - Порушення моральної нормативності	Після - Порушення моральної нормативності	Shapiro-Wilk	0.775	< .001
		Kolmogorov-Smirnov	0.295	0.002
		Anderson-Darling	3.47	< .001

Tests of Normality

			statistic	p
До - Втрата комунікативного потенціалу	Після - Втрата комунікативного потенціалу	Shapiro-Wilk	0.574	< .001
		Kolmogorov-Smirnov	0.449	< .001
		Anderson-Darling	7.89	< .001
До - Деадаптивність	Після - Деадаптивність	Shapiro-Wilk	0.815	< .001
		Kolmogorov-Smirnov	0.256	0.011
		Anderson-Darling	2.60	< .001

Note. Additional results provided by *moretests*

Descriptives

	N	Mean	Median	SD	SE
До - Порушення поведінкової регуляції	40	4.33	4.00	3.067	0.485
Після - Порушення поведінкової регуляції	40	2.67	2.00	1.831	0.290
До - Вірогідність вчинення суїцидальних спроб	40	2.90	3.00	2.274	0.359
Після - Вірогідність вчинення суїцидальних спроб	40	2.13	2.00	1.572	0.249
До - Порушення моральної нормативності	40	3.85	4.00	1.703	0.269
Після - Порушення моральної нормативності	40	2.65	3.00	0.949	0.150
До - Втрата комунікативного потенціалу	40	2.58	2.00	2.571	0.406
Після - Втрата комунікативного потенціалу	40	1.98	2.00	1.732	0.274
До - Деадаптивність	40	13.65	12.50	7.876	1.245
Після - Деадаптивність	40	9.43	11.00	4.349	0.688

Таблиця Б.5

		Самооцінка тривоги		Якість життя	Сприйнятий стрес		Сприйняття безпорадності		Брак самоефективності
Самооцінка тривоги	Spearman's rho	–							
	p-value	–							
Якість життя	Spearman's rho	0.128		–					
	p-value	0.431		–					
Сприйнятий стрес	Spearman's rho	0.340	*	-0.067	–				
	p-value	0.032		0.680	–				
Сприйняття безпорадності	Spearman's rho	0.595	***	-0.150	0.824	***	–		
	p-value	< .001		0.356	< .001		–		
Брак самоефективності	Spearman's rho	-0.415	**	0.215	0.189		-0.345	*	–
	p-value	0.008		0.183	0.242		0.029		–
Порушення поведінкової регуляції	Spearman's rho	0.580	***	-0.103	0.053		0.262		-0.332 *
	p-value	< .001		0.526	0.744		0.103		0.036
Вірогідність вчинення суїцидальних спроб	Spearman's rho	0.569	***	-0.085	0.411	**	0.641	***	-0.452 **
	p-value	< .001		0.601	0.008		< .001		0.003
Порушення моральної нормативності	Spearman's rho	-0.321	*	0.074	0.094		-0.019		0.193
	p-value	0.043		0.651	0.565		0.905		0.234
Втрата комунікативного потенціалу	Spearman's rho	0.695	***	0.061	0.183		0.495	**	-0.501 ***
	p-value	< .001		0.708	0.259		0.001		< .001
Деадаптивність	Spearman's rho	0.629	***	-0.071	0.241		0.551	***	-0.519 ***
	p-value	< .001		0.663	0.134		< .001		< .001

ЗАГАЛЬНА ІНФОРМАЦІЯ ПРО ПРОГРАМУ

«Голос як шлях: 10-сесійна програма вокалотерапевтичної підтримки в кризових станах»

Етап 1: підготовчий модуль (діагностика)

Мета: Сформувати запит і встановити план індивідуальної роботи

Сесія 1: Діагностична сесія

Цілі:

- Встановлення терапевтичного контакту
- Збір анамнезу та визначення запиту клієнта
- Діагностика голосу та емоційного стану
- Формування індивідуального плану роботи

Зміст:

0. Первинний контакт та формулювання запиту

А) Запит клієнта:

- Причина звернення до вокалотерапії
- Що турбує/хвилює зараз
- Очікування від терапевтичного процесу
- Попередній досвід роботи з голосом

Б) Анамнез:

- Загальна інформація про клієнта
- Сімейна ситуація
- Попередній досвід психотерапії
- Кризова ситуація (якщо є)

1. Діагностика за характеристиками голосу

А) Визначення типу голосу:

Чоловічі голоси:

- Бас
- Баритон
- Баритональний тенор
- Ліричний тенор

- Центральний тенор
- Високий тенор

Жіночі голоси:

- Контральто
- Меццо-сопрано
- Центральне сопрано
- Ліричне сопрано
- Високе сопрано

Б) Визначення психотипу за голосом:

Метод дозволяє прослідкувати кореляції між типом голосу та:

- Особливостями поведінки
- Типом мислення
- Прагненнями та цінностями
- Характером переживань
- Базовими потребами людини

В) Встановлення відповідності/невідповідності:

Відповідність: тип голосу гармонійно корелює з психотипом, поведінковими патернами та життєвими проявами клієнта

Невідповідність: тип голосу не відповідає психотипу та поведінковим патернам

Приклад: меццо-сопрано демонструє поведінку, притаманну ліричному сопрано

Приклад: баритон з патернами високого тенора

Приклад: контральто з поведінкою центрального сопрано

Діагностичне значення невідповідності:

- Маркер кризового стану
- Ознака втрати життєвого сенсу
- Втрата контакту зі своїм "Я"
- Відірваність від тіла
- Адаптація до чужих очікувань
- Пригнічення автентичності

Г) Перевірка відповідності типу голосу і діапазону:

Критерії відповідності:

- Низькі голоси (бас, баритон, контральто):
 - Домінуюча нижня частина діапазону
 - Активні грудні резонатори
- Високі голоси (тенори, сопрано):
 - Домінуюча верхня частина діапазону
 - Активні головні резонатори

В) Оцінка невідповідностей:

- Блокування природного діапазону
- Компенсаторні механізми
- Психологічні причини невідповідності

Г) Проявленість та щільність голосу:

Перевірка на всіх частинах діапазону:

- Нижній регістр: проявленість (явна/слабка/відсутня), щільність звуку
- Середній регістр: проявленість, щільність, стабільність
- Верхній регістр: проявленість, щільність, доступність

Оцінка:

- Рівномірність звучання по діапазону
- Зони блокування або ослаблення
- Переходи між регістрами (плавні/різкі/відсутні)

Д) Динаміка звучання:

Спроможність звучати:

- Pianissimo (pp) - найтихіший звук: доступний/недоступний
- Piano (p) - тихо: доступний/недоступний
- Mezzo-forte (mf) - помірно голосно: доступний/недоступний
- Forte (f) - голосно: доступний/недоступний
- Fortissimo (ff) - найголосніше: доступний/недоступний

Діапазон динаміки:

- Широкий/обмежений/відсутній
- Контроль над гучністю (є/частковий/відсутній)
- Психологічні бар'єри для гучного/тихого звучання

Е) Емоційність звучання:

Здатність до емоційного вираження через голос:

- Спонтанність емоційного вираження (вільна/обмежена/заблокована)
- Доступні емоційні відтінки (широкий спектр/обмежений набір)
- Автентичність емоційного звучання (природна/штучна/відсутня)
- Відповідність емоції та звучання (конгруентна/суперечлива)

2. Діагностика за характером дихання

А) Тип дихання:

- Мілке/глибоке
- Грудне/діафрагмальне/змішане
- Поверхнєве/повне

Б) Якість вдиху:

- Швидкість (поспішний/оптимальний/повільний)
- Глибина (поверхневий/достатній/глибокий)
- Напруження (вільний/напружений)
- Шумність (безшумний/шумний)

В) Якість видиху:

- Контрольований/неконтрольований
- Рівномірний/нерівномірний
- Тривалість (короткий/оптимальний/тривалий)
- Форсований/природний

Г) Паузи:

- Природні паузи (присутні/відсутні)
- Тривалість пауз (достатня/недостатня)
- Здатність витримувати паузу (є/обмежена/відсутня)

Д) Стан діафрагми:

- Рухливість діафрагми (вільна/обмежена/заблокована)
- Ступінь заблокованості (відсутня/часткова/повна)
- М'язовий тонус (оптимальний/гіпертонус/гіпотонус)

Е) Здатність підключати діафрагму та м'язи живота:

- Усвідомленість діафрагмального дихання (є/відсутня)

- Координація діафрагми та м'язів живота (добра/слабка/відсутня)
- Здатність до активації при диханні (вільна/утруднена/неможлива)
- Опора звуку (присутня/слабка/відсутня)

3. Невербальні індикатори

А) Блоки і затиски в тілі:

- Локалізація затисків (шия/плечі/спина/живіт/таз/ноги)
- Ступінь напруження (легкий/помірний/сильний)
- Симетричність/асиметричність затисків
- Хронічні м'язові напруження

Б) Постава:

- Загальна постава (збалансована/незбалансована)
- Положення голови (нейтральне/нахилена/відкинута)
- Плечі (розслаблені/підняті/стиснуті)
- Спина (пряма/сутула/прогнута)
- Заземленість (стійка/нестійка)
- Відкритість/закритість тіла

В) Міміка та жестикуляція:

- Експресивність обличчя (жива/помірна/застигла)
- Відповідність міміки та змісту (конгруентна/суперечлива)
- Жестикуляція (природна/скута/надмірна/відсутня)
- Контакт очей (прямий/унікаючий/тривожний)

Г) Стан щелепи та горла:

- Щелепа (розслаблена/стиснута/заблокована)
- Горло (вільне/затиснуте/спазмоване)
- Язик (вільний/напружений/затиснутий)
- М'які піднебіння (активне/пасивне)

Д) Стан м'язів:

При звучанні:

- Напруження ший та гортані (відсутнє/помірне/сильне)
- Активація зайвих м'язів (мінімальна/надмірна)
- Координація м'язів (гармонійна/дисгармонійна)

При диханні:

- М'язи живота (активні/пасивні/заблоковані)
- Міжреберні м'язи (працюють/не працюють)
- Плечі при диханні (нерухомі/піднімаються)

У стані спокою:

- Базовий тонус м'язів (оптимальний/підвищений/знижений)
- Залишкові напруження (присутні/відсутні)
- Здатність до розслаблення (є/обмежена/відсутня)

4. Бесіда, діалог, обговорення

А) Обмін спостереженнями:

Що почув вокалотерапевт:

- Голосові особливості (тембр, діапазон, резонанси)
- Дихальні патерни
- Тілесні прояви та блоки
- Емоційні сигнали через голос
- Зони доступності/недоступності

Що відчув клієнт:

- Фізичні відчуття під час звучання
- Емоційні реакції
- Труднощі та легкість у певних регістрах
- Усвідомлення власного голосу
- Тілесна усвідомленість

Б) Діалог про відкриття:

- Співставлення спостережень терапевта і відчуттів клієнта
- Виявлення несподіваних відкриттів
- Обговорення труднощів і ресурсів
- Рефлексія досвіду діагностики

В) Коректування запиту клієнта:

- Переосмислення первинного запиту з урахуванням діагностики
- Усвідомлення глибших потреб після виявлення голосових та тілесних особливостей

- Уточнення та конкретизація цілей роботи
- Зв'язок між голосовими блоками та життєвими труднощами
- Формулювання актуального запиту для роботи

Г) Прояснення невідповідностей (якщо виявлені):

Дослідження причин невідповідності голосу та психотипу:

- Коли та як сформувалася невідповідність?
- Які життєві обставини вплинули на "зміну" голосу?
- Чиї очікування або вимоги спричинили адаптацію?
- Яка вигода від використання "не свого" голосу?
- Який страх стоїть за відмовою від природного голосу?

Приклади прояснення:

- Меццо-сопрано з поведінкою ліричного сопрано: дослідження потреби бути "легкою", "жіночною", уникати сили
- Баритон з патернами високого тенора: дослідження страху заземлення, потреби "летіти", уникання відповідальності
- Контральто з поведінкою центрального сопрано: відмова від природної сили, підлаштування під стереотипи

Зв'язок невідповідності з кризою:

- Чи невідповідність є причиною кризи?
- Чи криза посилила невідповідність?
- Як повернення до автентичного голосу може допомогти?

Г) Формування терапевтичного контракту:

- Узгодження цілей роботи
- Визначення пріоритетних напрямків
- Обговорення формату та частоти сесій
- Домовленості щодо рамки роботи

5. Складання індивідуального плану роботи

А) Аналіз кризового стану клієнта:

Тип кризи:

- Ситуаційна криза (втрата, розлука, зміни)
- Екзистенційна криза (втрата сенсу, самоідентифікації)

- Криза розвитку (вікові переходи)
- Травматична криза (ПТСР, складна травма)
- Емоційне вигорання

Фаза кризи:

- Гостра фаза (шок, заперечення)
- Фаза реакції (емоційний хаос, дезорганізація)
- Фаза опрацювання (усвідомлення, пошук ресурсів)
- Фаза інтеграції (прийняття, нові смисли)

Ступінь тяжкості:

- Легкий (функціонування збережене)
- Помірний (частково порушене функціонування)
- Важкий (значно порушене функціонування)

Б) Визначення пріоритетів роботи:

Першочергові завдання:

- Стабілізація емоційного стану
- Відновлення контакту з тілом та диханням
- Створення безпечного простору для вираження
- Робота з гострими симптомами

Довгострокові цілі:

- Розблокування голосу та емоційного вираження
- Відновлення ресурсного стану
- Інтеграція досвіду
- Розвиток нових копінг-стратегій

В) Індивідуальний терапевтичний план:

З урахуванням діагностики:

- Голосові особливості та блокування
- Дихальні патерни
- Тілесні затиски
- Емоційна доступність
- Тип кризи та фаза

План включає:

- Послідовність роботи (від стабілізації до трансформації)
- Підбір технік під індивідуальні особливості
- Темп роботи (обережний/помірний/інтенсивний)
- Зони обережності та протипоказання
- Ресурси клієнта для опори

Г) Узгодження плану з клієнтом:

- Презентація плану роботи
- Відповіді на питання
- Коректування з урахуванням побажань клієнта
- Домовленості про наступні сесії

Етап 2: модуль прояснення та збирання контексту (Сесії 2-3)

Мета: Глибоке розуміння ситуації клієнта, розширення контексту кризи, збирання додаткової інформації для ефективної роботи

Сесія 2: Діалог та прояснення обставин

Цілі:

- Створити простір для оповіді клієнта
- Прояснити обставини кризи
- Виявити додаткові фактори
- Поглибити терапевтичний контакт

Зміст:

А) Розгорнута розповідь про кризу

Запитання для прояснення:

- Розкажіть детальніше, що привело вас сюди?
- Коли почалися труднощі? Що передувало?
- Як розгорталася ситуація?
- Що змінилося в вашому житті?
- Які найважчі моменти зараз?

Техніки для діалогу:

- Активне слухання з голосовим відлунням
- Відображення емоцій клієнта через інтонацію

- М'які звуки підтримки під час розповіді
- Паузи для інтеграції

Б) Розширення контексту кризи

Сімейний контекст:

- Як ситуація впливає на відносини в сім'ї?
- Яка підтримка є/відсутня?
- Історія подібних криз у родині
- Сімейні патерни реагування на кризи

Соціальний контекст:

- Робота, друзі, соціальне оточення
- Зміни в соціальному функціонуванні
- Доступні ресурси підтримки
- Ізоляція чи підтримка?

Особистісний контекст:

- Попередній досвід подолання криз
- Копінг-стратегії, що спрацьовували раніше
- Ресурси особистості
- Життєві цінності та смисли

Тілесний контекст:

- Фізичне здоров'я
- Сон, апетит, енергія
- Тілесні симптоми
- Як криза відбивається в тілі?

В) Збирання додаткової інформації

Про голос і самовираження:

- Як змінився ваш голос під час кризи?
- Чи є труднощі говорити про почуття?
- Де у тілі блокується вираження?
- Що хочеться сказати, але не виходить?

Про емоційний стан:

- Які емоції найсильніші?

- Які емоції важко виражати?
- Що допомагає, що погіршує стан?
- Чи є суїцидальні думки? (важливо!)

Про підтримку:

- До кого можете звернутися?
- Хто вас підтримує?
- Чи є професійна допомога (психіатр, психотерапевт)?
- Які ресурси вже задіяні?

Про очікування:

- Що хотіли б змінити найперше?
- Як би виглядав бажаний результат?
- Що заважає змінам?
- Які страхи щодо змін?

Г) Голосові вправи для прояснення

Озвучення ситуації:

- "Звук моєї кризи" - вільна вокалізація
- Діалог звуками: "частина, що страждає" ↔ "частина, що підтримує"
- Озвучення різних емоцій з приводу ситуації
- Звукова метафора: "якби криза мала голос..."

Інтеграція через голос:

- Резюмування розповіді через звук
- "Звук, що з'явився після розповіді"
- Спільне гудіння (терапевт + клієнт) для контакту

Сесія 3: Поглиблення розуміння та збирання ресурсів

Цілі:

- Виявити приховані аспекти кризи
- Знайти ресурси та точки опори
- З'ясувати історичний контекст
- Сформувати цілісну картину

Зміст:

А) Історія та патерни

Дослідження минулого:

- Чи були подібні ситуації раніше?
- Як справлялися тоді?
- Сімейні історії криз та їх подолання
- Дитячий досвід та формування копінгів

Голосові спогади:

- "Який був ваш голос в дитинстві?"
- "Чи можна було плакати/кричати/сміятися?"
- Відтворення голосів значущих фігур
- Інтроекти через голос: "Не плач", "Будь сильним"...

Б) Виявлення ресурсів

Пошук опор:

Внутрішні ресурси:

- Якості характеру, що допомагали раніше
- Досвід успішного подолання
- Таланти, здібності
- Цінності та смисли

Зовнішні ресурси:

- Підтримуючі люди
- Місця сили
- Практики, що допомагають
- Матеріальні можливості

Голосові ресурси:

- "Звук моєї сили"
- "Голос внутрішньої опори"
- Ресурсні спогади через звук
- Створення "ресурсного гудіння"

В) Поглиблені запитання

Екзистенційний рівень:

- Що ця криза відкриває вам про себе?

- Які цінності під загрозою?
- Що найважливіше зараз?
- Який сенс можете знайти в цьому?

Метафоричний рівень:

- Якби криза була погодою - якою?
- Якби це була музика - яка?
- Колір, образ, відчуття...
- Озвучення метафор

Г) Синтез інформації

Узагальнення зібраного:

- Терапевт резюмує почуте
- Клієнт доповнює, коригує
- Спільне формулювання розуміння ситуації
- Виділення ключових тем для роботи

Коректування плану:

- Уточнення цілей з урахуванням нової інформації
- Визначення пріоритетів
- Узгодження темпу та інтенсивності роботи
- План на наступні сесії

Перехід до активної роботи:

- Підготовка до глибших інтервенцій
- Домашні завдання для спостереження
- Закріплення контакту та довіри

Етап 3: основна терапевтична робота (Сесії 4-9)

Мета: Глибинна робота з кризовим станом через дихальні та вокальні вправи, трансформація патернів

КРИЗА 1: Горе та втрата (смерть близької людини, розлучення, втрата роботи)

Специфіка кризи:

- Втрата близької людини, відносин, роботи, здоров'я

- Фази горювання: шок, заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття
- Голосові прояви: стиснутість горла, утруднене дихання, "застиглий" голос

Сесії 4-9:

- Контакт з болем, дозвіл на плач
- Вираження гніву та протесту
- Робота зі спогадами
- Відновлення контакту з життям
- Інтеграція та прийняття втрати

КРИЗА 2: Тривожні розлади (генералізована тривога, панічні атаки, фобії)

Специфіка кризи:

- Хронічна тривога, панічні атаки, фобії
- Голосові прояви: поверхнєве дихання, тремтливий голос, стиснутість

Сесії 4-9:

- Заземлення та безпека
- Робота з диханням
- Вираження страху
- Відновлення впевненості
- Інтеграція ресурсного стану

КРИЗА 3: Депресивні стани (депресивний епізод, апатія, втрата інтересу до життя)

Специфіка кризи:

- Депресивний епізод, втрата сенсу, емоційна притупленість
- Голосові прояви: тихий голос, монотонність, обмежений діапазон

Сесії 4-9:

- Відновлення контакту з тілом
- Активація дихання
- Доступ до емоцій
- Вираження гніву та агресії
- Відкриття радості та легкості

КРИЗА 4: Посттравматичні стани (ПТСР, гостра реакція на стрес, складна травма)

Специфіка кризи:

- Посттравматичний стресовий розлад, складна травма
- Голосові прояви: фрагментованість, блокування, дисоціація

Сесії 4-9:

- Створення безпеки
- Відновлення цілісності
- Титування травматичного досвіду
- Вираження заблокованих реакцій
- Інтеграція та нова ідентичність

КРИЗА 5: Емоційне вигорання (професійне, батьківське виснаження)

Специфіка кризи:

- Виснаження, втрата мотивації, цинізм
- Голосові прояви: втома голосу, напруженість, монотонність

Сесії 4-9:

- Визнання виснаження
- Відновлення дихання
- Вираження накопиченого
- Повернення до себе
- Нові смисли та енергія

КРИЗА 6: Екзистенційна криза (втрата сенсу життя, питання ідентичності)

Специфіка кризи:

- Питання "навіщо?", "хто я?", втрата орієнтирів
- Голосові прояви: відсутність "свого" звуку, імітативність

Сесії 4-9:

- Дослідження порожнечі
- Пошук свого звуку
- Робота з ідентичністю
- Створення нових смислів

- Інтеграція та самовираження

КРИЗА 7: Життєві кризи відносин (зрада, розрив, конфлікт)

Специфіка кризи:

- Зрада, розлучення, конфлікт у відносинах
- Голосові прояви: блокування вираження, стиснутість, плаксивість або агресивність

Сесії 4-9:

- Робота з болем та гнівом
- Відновлення меж
- Прощення та рух далі

КРИЗА 8: Криза ідентичності (вікова, гендерна, професійна)

Специфіка кризи:

- Питання "хто я?", вікові переходи, зміна ролей
- Голосові прояви: невідповідність голосу та нової ідентичності, імітативність

Сесії 4-9:

- "Хто я був/була?" - прощання зі старим
- "Хто я зараз?" - дослідження перехідного простору
- "Хто я стаю?" - народження нового

КРИЗА 9: Соціальні кризи (втрата статусу, міграція, соціальна ізоляція)

Специфіка кризи:

- Втрата соціального статусу, міграція, ізоляція
- Голосові прояви: тихий голос, страх звучати, відсутність резонансу

Сесії 4-9:

- Біль втрати приналежності
- Відновлення зв'язку
- Нова приналежність

КРИЗА 10: Кризи розвитку (вікові переходи, батьківство, зміна життєвих ролей)

Специфіка кризи:

- Вікові переходи, народження дитини, зміна життєвих ролей
- Голосові прояви: голос у процесі трансформації, невизначеність звучання

Сесії 4-9:

- Прощання зі старим етапом
- У перехідному просторі
- Народження нового

Етап 4: стабілізація, інтеграція та завершення (Сесія 10)

Мета: Закріплення досягнутих змін, інтеграція досвіду, формування інструментів для самостійної роботи

Цілі:

- Підбиття підсумків терапевтичного процесу
- Закріплення навичок
- Створення індивідуального щоденника вправ
- Планування підтримки себе в майбутньому
- Ритуал завершення

Зміст:

А) Рефлексія та підбиття підсумків

Огляд пройденого шляху:

- Що було на початку? Що змінилось?
- Які відкриття зробили?
- Які вправи були найефективнішими?
- Що далось важко? Що легко?
- Чого навчились?

Голосові зміни:

- Порівняння голосу на початку та зараз
- Які регістри відкрились?
- Як змінилось дихання?
- Нові можливості вираження

Життєві зміни:

- Що змінилось у житті?

- Як справляєтесь з кризою зараз?
- Нові копінг-стратегії
- Відновлені ресурси

Б) Формування індивідуального інструментарію

1. Індивідуальний щоденник вокалотерапії

Структура щоденника:

Розділ 1: Моя історія трансформації

- Стан на початку
- Ключові моменти процесу
- Досягнення та відкриття
- Стан зараз

Розділ 2: Мої дихальні вправи

Для стабілізації (швидка допомога):

- ✓ Дихання 4-7-8 (при тривозі)
- ✓ Подовжений видих (при стресі)
- ✓ Діафрагмальне дихання (для заземлення)
- ✓ Моя особиста техніка: _____

Для активації (при апатії, втомі):

- ✓ Активне дихання
- ✓ Ритмічне дихання
- ✓ Дихання "вогню"
- ✓ Моя особиста техніка: _____

Для поглиблення (для медитації, контакту з собою):

- ✓ Повне дихання
- ✓ Дихання з паузами
- ✓ Усвідомлене дихання
- ✓ Моя особиста техніка: _____

Розділ 3: Мої вокальні вправи

Для заспокоєння:

- ✓ М'які гудіння "м-м-м"
- ✓ Низькі звуки "у-у-у"

- ✓ Резонанси в грудях
- ✓ Мій особистий звук безпеки: _____

Для вираження емоцій:

- ✓ Звуки гніву: _____
- ✓ Звуки горя: _____
- ✓ Звуки радості: _____
- ✓ Мої способи вираження: _____

Для енергії та сили:

- ✓ Активні звуки "ха!", "хо!"
- ✓ Силові звуки
- ✓ Низькі рики
- ✓ Мої звуки сили: _____

Для легкості та радості:

- ✓ Високі звуки
- ✓ Сміх як вправа
- ✓ Грайливі імпровізації
- ✓ Мої звуки радості: _____

Розділ 4: Мої ресурси

Звукові ресурси:

- ✓ Мій ресурсний звук: _____
- ✓ Моя заспокійлива мелодія: _____
- ✓ Пісні, що підтримують: _____
- ✓ Звуки природи, що допомагають: _____

Практики:

- ✓ Ранкова рутина (10 хв): _____
- ✓ Вечірня рутина (10 хв): _____
- ✓ При стресі (5 хв швидкої допомоги): _____
- ✓ Щотижнева практика (30-60 хв): _____

Розділ 5: План підтримки

Коли використовувати вправи:

- ✓ При тривозі → _____

- ✓ При смутку → _____
- ✓ При гніві → _____
- ✓ При втомі → _____
- ✓ Для радості → _____

Попереджувальні сигнали:

- ✓ Як я розумію, що мені потрібна підтримка?
- ✓ Тілесні сигнали: _____
- ✓ Емоційні сигнали: _____
- ✓ Голосові сигнали: _____

План дій при загостренні:

- ✓ Перша допомога (вправи): _____
- ✓ До кого звернутись: _____
- ✓ Що точно допоможе: _____
- ✓ Телефони підтримки: _____

Розділ 6: Моє майбутнє

Мої цілі:

- ✓ На наступний місяць: _____
- ✓ На три місяці: _____
- ✓ На рік: _____

Як голос допомагатиме:

- ✓ У досягненні цілей: _____
- ✓ У складних ситуаціях: _____
- ✓ У повсякденному житті: _____

Мої нагадування собі:

- ✓ Я маю право на _____
- ✓ Мій голос може _____
- ✓ Я навчився/лась _____
- ✓ Я пам'ятаю, що _____

В) Фінальні вправи та інтеграція

Інтеграційна вокальна практика:

- Вільна імпровізація "Моя історія трансформації"

- Авторська композиція про пройдений шлях
- Звук благодарності собі
- Звук нового початку

Г) Планування подальшої підтримки

Опції підтримки:

- Підтримуючі сесії (раз на місяць/квартал)
- Самостійна практика зі щоденником
- Групи підтримки, співацькі практики
- Повернення при потребі

Домовленості:

- Коли звертатись знову?
- Як підтримувати контакт?
- Як відстежувати прогрес?

Завершення програми

Результати 10-сесійної програми:

- ✓ Стабілізація кризового стану
- ✓ Розширення емоційної палітри через голос
- ✓ Відновлення контакту з тілом та диханням
- ✓ Розвиток нових копінг-стратегій
- ✓ Інтеграція травматичного досвіду
- ✓ Формування індивідуального інструментарію
- ✓ Автономність у самопідтримці

Клієнт отримує:

- ✓ Індивідуальний щоденник вокалотерапії
- ✓ Набір персональних вправ
- ✓ Навички самодопомоги
- ✓ План підтримки на майбутнє
- ✓ Трансформований досвід кризи