

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

Вплив співу на тривожні стани особистості

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-
221 групи

Спеціальності 053 Психологія
Освітньо-професійна програма
Клінічна психологія

Грицько Т.О.

(прізвище та ініціали)

Керівник

к.психол.н.,

Пономарьова В.К.

(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та
ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від « 24 » червня 2024р.

Зав. кафедри клінічної психології

Д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.

підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.

підпис (наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2024

ЗМІСТ

РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИКО МЕТОДОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СПІВУ НА ТРИВОЖНІ СТАНИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Підходи до визначення поняття тривожності та тривожних станів особистості.

1.2. Аналіз сучасних підходів до психокорекції тривожних станів особистості.

1.3. Аналіз наукових джерел на предмет досліджень впливу співу на тривожні стани особистості.

Висновки до розділу 1

РОЗДІЛ II ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Опис вибірки, етапи та організація емпіричного дослідження

2.2. Методи емпіричного дослідження

Висновки до розділу 2

РОЗДІЛ III ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СПІВУ НА ТРИВОЖНІ СТАНИ ОСОБИСТОСТІ

3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження та їх обговорення

3.2. Рекомендації щодо використання співу в роботі з тривожними станами

Висновки до розділу 3

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. У зв'язку з російсько-українською війною та останніми збройними конфліктами в світі стрімко зростає рівень тривоги та депресивних симптомів серед населення. Тривожні стани є серйозною проблемою здоров'я у всьому світі. Мільйони людей страждають від різних форм тривоги, що негативно впливає на їхнє фізичне та психічне здоров'я, якість життя та соціальну адаптацію.

Дослідження впливу на тривогу допомагає розуміти механізми, що лежать в основі цього розладу. Це дозволяє розробляти більш точні та ефективні терапевтичні підходи, спрямовані на корінні причини тривоги, а не лише на її симптоми. Незважаючи на наявність деяких ліків і терапевтичних методів для тривоги, багато хворих не відчують повного полегшення від симптомів або не можуть переносити побічні ефекти існуючих препаратів. Тому є потреба у розробці та тестуванні нових, більш ефективних та безпечних методів лікування або розробці інтегративних підходів, що полягають у поєднанні декількох методів.

Дослідження різних методів впливу на тривогу, зокрема співу, сприяє розвитку персоналізованих методів корегування стану особистості. Різні люди можуть відреагувати по-різному на різні методи терапії, тому важливо вивчати індивідуальні реакції та розробляти індивідуальні підходи до корегування станів.

Дані обставини актуалізують дослідження співу, як одного з методів впливу на тривогу, адже успішний вплив та нейтралізація тривоги не лише допомагає зменшити симптоми, а й покращує якість життя осіб з тривожними проявами шляхом зменшення тривожних симптомів та покращення функціонування пацієнтів у повсякденному житті.

Дослідження відомих науковців, зокрема Джордж Міллера Бірда, П'єр Жане та Зигмунда Фрейда які описані в роботі «A Historical Dictionary

of Psychiatry» Едварда Шортера [5] створили підґрунтя для розробки їхніми послідовниками та критками, шляхів розвитку ефективних стратегій ранньої ідентифікації та лікування тривожних розладів, що є важливим для підвищення якості життя і зменшення негативних наслідків цього стану у популяції літніх людей.

Об'єктом дослідження є тривожні стани особистості.

Предметом дослідження є спів як метод впливу на тривожні стани особистості.

Метою дипломної роботи є вивчення впливу співу на тривожні стани особистості.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз наукових джерел та досліджень концепції тривожних станів особистості та сучасних підходів до психокорекції та лікування тривожних станів особистості.
2. Дослідити та порівняти вплив співу та різних видів психокорекції та лікування тривожних станів особистості.
3. Виявити взаємозв'язки між різними видами та регулярністю співу та тривожними станами особистості.
4. Розробити практичні рекомендації щодо використання співу як методу впливу на тривожні стани особистості.

Методи дослідження.

В даному дослідженні були використані наступні методи:

Теоретичні методи: аналіз науково-джерельної бази, систематизація інформації з літературних джерел, контент-аналіз, порівняння та узагальнення даних;

Емпіричні методи: авторська анкета, Шкала благополуччя опитувальник WHO 5, шкала стресостійкості Коннора – Девідсона -10 (CD-RISC-10), Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) і особистісної тривожності Ч. Спілберга – Ю.

Ханіна (STAI) та статистична оцінка характеристик вибірки (Jamovi) та (MS EXEL).

Характеристика вибірки: 131 особа, чоловіки та жінки віком від 18 до 65 років.

Практична значущість. Результати роботи можуть використовуватися для створення програм корекційної діяльності з особами, у яких виявлено тривожність.

Структура роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 80 найменувань і додатків. Загальний обсяг роботи 91 сторінка, містить 42 рисунки та 1 таблицю.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИКО МЕТОДОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СПІВУ НА ТРИВОЖНІ СТАНИ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Підходи до визначення поняття тривожності та тривожних станів особистості.

У DSM-5, тривога описується як очікування майбутньої загрози, відрізняючись від страху, який виникає від реальної або уявної небезпеки. Додатково, термін "хвилювання" в DSM-5 вказує на когнітивні аспекти тривожного очікування. Тривога є природною емоцією, корисною з еволюційної точки зору, оскільки спонукає людей уникати небезпеки і сприяє виживанню. Наприкінці 20 століття тривога також почала розглядатися як розлад у психіатричних класифікаціях, хоча розрізнення між нормальною адаптивною тривогою у повсякденному житті та патологічною тривогою, яка потребує лікування, залишається питанням клінічного судження.

Часто зазначається, що історія тривожних розладів має недавнє походження, і тривога, як і шизофренія, майже не розглядалася як хвороба до 19 століття. У той час як розлади настрою, зокрема меланхолія, мають глибокі історичні корені, що сягають класичної античності. Однак ідея, що тривога є відносно новим поняттям, не є повністю точною. Є докази того, що грецько-римські філософи та лікарі чітко розрізняли тривогу як окремий негативний стан і розлад. Більше того, стародавня філософія пропонувала методи лікування тривоги, які не так віддалені від сучасних когнітивних підходів.

Наприклад Корпус Гіппократа — це зібрання грецьких медичних текстів, що приписуються Гіппократу (приблизно 460 до н.е. - приблизно 370 н.е.), або написані його учнями під його ім'ям. [1] Один із текстів описує фобію чоловіка на ім'я Ніканор: "Ніканор, коли він відвідував п'янку, відчував страх перед флейтисткою. Чувши звук флейти на симпозиумі, він

відчував маси страхів. Він говорив, що вночі йому це було нестерпно, але вдень це його не турбувало. Такі симптоми тривали довгий час." У цьому тексті типова фобія розглядається як медичний розлад.

У латинських стоїчних філософських творах, наприклад, трактатах Цицерона і Сенеки, пророкуються багато сучасних поглядів на клінічні риси і когнітивне лікування тривожності. У "Тускульських диспутаціях" Цицерон (106 до н.е. - 43 до н.е.) пише, що страждання, турбота і тривога називаються розладами через аналогію між занепокоєним розумом і захворілим тілом. Цей текст показує, що тривожність відрізняється від суму, а також визначається як медичний розлад. Цицерон робить розрізнення між «anxietas», що позначає рису-тривожність або схильність до тривожності, і «angor», який посилається на стан тривоги або поточну тривогу. Це передує роботам Каттела і Шляйера, які ввели терміни "стан" і "рису" тривожності [2].

Навіть при тому, що стоїки та епікуреї розглядалися як протиставні філософські школи, вони надавали подібні поради щодо того, як позбутися тривоги. Епікурій, філософ, який заснував епікуреїзм, стверджував, що ключ до щасливого життя — це досягнення стану атараксії, коли розум вільний від турбот. Один із способів досягнення атараксії — це позбутися негативних думок про минуле та страхів щодо майбутнього, оскільки єдиний реальний час — це теперішній момент. Хоча твори Епікура в основному були втрачені, його вчення передали через його латинського учня Лукреція, який написав книгу "Про природу речей". У цій книзі Лукрецій висловлює вдячність Епікуру за те, що він був першим філософом, який зрозумів, що люди, незважаючи на багатство, все ж можуть мучитися тривожними думками. Лукрецій також відзначає, що Епікур поставив межі бажанням та страхам, вказавши шлях до атараксії [3]. Між класичною античністю та сучасною психіатрією пройшло кілька століть, коли поняття тривоги як хвороби здається зникло з письмових

джерел. Пацієнти з тривогою існували, але їм ставили інші діагностичні терміни. Останнім і найуспішнішим з цих нових діагнозів була неврастенія Бірда.

У 1621 році Роберт Бертон опублікував свій трактат "Анатомія меланхолії", енциклопедичний огляд літератури від античності до XVII століття. Як пояснює Алан В. Горвіц, творчість Бертона загалом цитується в контексті депресії. Однак Бертон також цікавився тривогою. Тодішнє значення меланхолії не обмежувалося депресією, але охоплювало тривогу. Загалом, діагноз меланхолії міг застосовуватися до різноманітних клінічних картин з внутрішніми симптомами або негативними емоціями. Ключовим критерієм меланхолії було те, що пацієнт залишався тихим;

У кінці 19-го та на початку 20-го століття тривога стала ключовим елементом різних нових діагностичних категорій, від неврастенії до неврозів. Джордж Міллер Бірд вперше описав неврастенію в 1869 році. Її симптоми були різноманітними, включаючи загальне нездужання, невралгічні болі, істерію, іпохондрію, а також прояви тривоги та хронічної депресії. [5] Бірд був першим успішним американським автором у галузі психіатрії. Неврастенія існує й до наших днів, зберігаючись як категорія в ICD-10 [6]. Зигмунд Фрейд і Еміль Крепелін народилися у той же час, в 1856 році. П'єр Жане народився трохи пізніше, у 1859 році. Жане висунув ідею, що тривожні прояви можуть бути викликані "підсвідомими" стійкими ідеями. Він створив термін "психастенія" для того, що мало стати однією з двох основних неврозів, разом з істерією. Фрейд відокремив тривожну неврозу від неврастенії і вигадав багато термінів, які зараз використовуються для різних тривожних розладів, хоча ці терміни вже втратили свої психоаналітичні асоціації.

У DSM-I (1952) тривога часто розглядалася як сутнісний елемент "психоневротичних розладів". За цим підручником, головним атрибутом психоневротичних розладів була "тривога", яка могла проявлятися відкрито

або виражатися без свідомо та автоматично через захисні психологічні механізми (такі як депресія, конверсія і т. д.). У контексті психоневротичних розладів, "тривога" розглядалася як сигнал небезпеки, який сприймався свідомим рівнем особистості, і який, вважалось, виникає через внутрішню загрозу особистості, таку як підвищена репресія емоцій, у тому числі агресивні прояви, такі як ворожнеча та образливість.

У DSM-II, широка категорія для симптоматології тривожності була позначена як Неврози [7]. Тут зазначалося, що тривога є основною характеристикою неврозів, що робило тривогу та неврози практично синонімами. Тривогу можна було відчувати та виражати прямо, або вона могла бути несвідомо та автоматично контрольована за допомогою конверсії та різних психологічних механізмів. Ці механізми, в свою чергу, призводили до симптомів, які сприймалися як суб'єктивний дистрес, якого пацієнт прагнув позбутися. Категорія неврозів охоплювала такі різновиди, як тривожний невроз, істеричні неврози, фобічні неврози, obsесивно-компульсивний невроз, депресивний невроз та неврастенічний невроз.

У DSM-III (1980), розділ про тривожні розлади включав наступне: Фобічні розлади, які були розділені на Агорафобію, з панічними нападами або без них, Соціальну фобію та Просту фобію; Стани тривоги, які були розділені на Розлад паніки (РП), Загальний Тривожний Розлад (ЗТР) GAD та Obsесивно-Компульсивний розлад (ОКР); і Посттравматичний стресовий розлад (ПСТР). Також в цей розділ входили тривожні розлади дітей та підлітків, такі як Розлад Сепарації «Separation anxiety disorder», уникаючий розлад дітей та підлітків «Avoidant disorder of childhood or adolescence» та розлад надмірної тривожності «Overanxious disorder». Важливою зміною в DSM-III-R (1987) стало усунення ієрархічного підходу до діагностики, який перешкоджав одночасній діагностиці розладу паніки або іншого тривожного розладу, якщо вони виникали у зв'язку з депресивним розладом.

DSM- 5 вперше введено групування тривожних розладів DSM-IV в три спектри - тривоги, ОКР та розладів, пов'язаних з травмою та стресом. Це було зроблено на основі спільних нейробіологічних, генетичних та психологічних особливостей цих розладів. Також вперше було враховано різні мозкові зв'язки, що стоять за стресом, панікою, obsesіями та компульсіями. Крім того, у DSM-5 розлади, що можуть бути пов'язані розвитково, незалежно від віку, об'єднані в одній главі. Наприклад, розлади obsesивно-компульсивного спектра було відокремлено від тривожних розладів та об'єднано з іншими розладами, які характеризуються повторюваними думками або поведінкою. Така ж система застосована й до розладів, пов'язаних з травмою та стресом, включаючи ПТСР та адаптаційні розлади. Крім того, розлади, які раніше були включені до розладів дитинства та підліткового віку, тепер класифіковані разом з іншими тривожними розладами. Категорія змішаних тривожно-депресивних розладів не була збережена в DSM-5 через її нестабільність у процесі подальшого спостереження. [3]

Висока коморбідність між GAD та депресивними розладами залишалася проблематичною під час підготовки DSM-5. Ця висока коморбідність пояснювалася різними шляхами, включаючи генетичну плейотропію, що означає, що GAD та небіполярна депресія можуть представляти різні фенотипні вирази спільної етіології. Відповідно, було запропоновано об'єднати GAD та небіполярну депресію в спектр емоційних розладів, створивши три підкласи емоційних розладів: (i) біполярні розлади; (ii) розлади дистресу (MDD, дистимічний розлад, GAD та посттравматичний стресовий розлад [PTSD]); та розлади страху (PD, агорафобія, соціальна фобія та конкретна фобія).

Однак інші дані все ще підтримували деякі відмінності між GAD та MDD. Наприклад, епідеміологічні дослідження показали різницю у факторах ризику для GAD та MDD, що свідчить проти погляду, що обидва

розлади є просто різними проявами одного основного внутрішнього синдрому внутрішнього страхування або що GAD є лише продромальним, залишковим або маркером серйозності великого депресивного епізоду. Інша пропозиція полягала в перейменуванні GAD як "розлад загальної тривожності" в DSM-5, щоб відобразити те, що тривога є основною ознакою, та захоплювати поведінкові наслідки тривожного занепокоєння та хвилювання додавши критерій С ("виражене уникання можливих негативних подій чи активностей"; "виражене час і зусилля на підготовку до можливих негативних результатів подій чи активностей"; "виражена відкладеність в поведінці чи прийнятті рішень через занепокоєння"; та "повторно шукає підтримку через занепокоєння"). Однією з обґрунтованих причин для цього критерію С є припущення, що тривога діє як когнітивна стратегія адаптації, яка проявляється у виключних поведінкових зразках уникання.

Остаточна версія DSM-5 не відрізнялася від DSM-IV, GAD визначався наступними діагностичними критеріями:

1. Експозиція надмірної тривожності та стурбованості (з відчуттям очікування), яка відбувається протягом більшості днів на протязі принаймні 6 місяців, стосовно кількох подій або активностей (наприклад, робота або навчання).
2. Індивіду важко контролювати цю тривогу.
3. Тривожність та стурбованість пов'язані з трьома (чи більше) з наступних шести симптомів:
 - a) Неспокій або почуття напруженості.
 - b) Легка втома.
 - c) Проблеми з концентрацією або занепокоєння роздумами.
 - d) Роздратованість.
 - e) Напруга м'язів.

f) Порушення сну (проблеми зі засинанням, безпокійний або неспокійний сон).

Критерій F у DSM-5 показує, що GAD в основному є діагнозом виключення. GAD не може бути діагностований, якщо тривожність краще пояснюється іншими розладами тривожності (панічний, фобічний, соціальний розлад або розлад obsесивно-компульсивного спектру). Також GAD не може бути викликаний безпосередньо стресорами або травмою, на відміну від адаптаційних розладів та ПТСР.

Основний прогрес полягає у визнанні того, що з моменту DSM-III-R поступово стала встановлюватися загальна тривожність або стурбованість, яка не обмежена жодним конкретним стимулом, як характерний та основний симптом GAD. Турбота про щоденні справи вважається відносно конкретним симптомом, на відміну від соматичних проявів GAD, які зустрічаються і в інших розладах. Поняття турботи зосереджується на психологічній симптоматиці, зокрема на когнітивній функції. Таким чином, тривожний стан, який раніше міг бути пов'язаний з не-кортикальними емоціями та тілесними відчуттями, тепер базується на когнітивних аспектах, що ґрунтуються в префронтальній корі головного мозку. Акцент на когнітивному аспекті тривожності було зроблено значно раніше. Едуард Бріссо (1853-1909) відрізняв "angoisse" (страх), відчуття соматичного дистресу, та "anxiété" (тривога), як інтелектуальну обробку страху; ця різниця існує досі в певній мірі з відповідними словами в інших романських мовах. Переживання (worry) може принести короткострокове полегшення шляхом уникнення загрозливих уявлень. Ще один важливий когнітивний аспект GAD - це неспроможність переносити невизначеність. Довгострокові наслідки переживань (worry) включають зупинення емоційної обробки та підтримку тривожних умов.

Один з наслідків тривожних переживань може полягати в тому, що вони пригнічують соматичні (наприклад, серцево-судинні) симптоми

тривоги. [11] Протягом послідовних версій DSM, переживання тривоги витіснило соматичні симптоми, але останні все ще мають вагу в транскультурній психіатрії. Численні дослідження надали докази того, що тривожність має вимірюваність. Таким чином, ЗТР, який має центральну ознаку - переживання тривоги, може бути кількісно, а не якісно відмінний від нормального функціонування. Доктор Русціо у своєму дослідженні аргументує, що фокус на нормальній і патологічній екстремальностях обмежує дослідження явищ тривоги, і що вимірювальна концепція переживання тривоги може значно покращити розуміння як самої тривоги, так і ЗТР. [12] Тож дискусія між вимірювальним і категоріальним підходами є актуальною для продовження подальших досліджень.

Національний інститут психічного здоров'я ініціював проект RDoC, дослідницький каркас призначений для вивчення повного спектру людської поведінки від нормальної до аномальної на основі множинного рівня інформації (гени, молекули, клітини, фізіологія, поведінка та самоусвідомлення) [13]. В рамках цього проекту будуть проводитися подальші дослідження, зокрема конструкту тривожності під категорією "потенційна загроза" в межах системи негативної валентності як однієї з 5 основних областей функціонування що досліджуються.

Табл.1.1

**Еволюція визначення загального тривожного розладу в
послідовних виданнях DSM і ICD [10]**

	DSM-III (1980)	DSM-III-R (1987)	DSM-IV (1994)	DSM-IV (1994)	DSM-IV (1994)	ICD-11 Beta Draft
Тривога	Загальна, постійна тривога.	Нереалістична/надмірна тривога та занепокоєність (передбачення апрехензії) щодо двох або більше життєвих обставин.	Надмірна тривога та занепокоєність (апрехензія) стосовно численних подій або активностей. Важко контролювати це занепокоєння	Надмірна тривога та занепокоєність (апрехензія) стосовно численних подій або активностей. Важко контролювати це занепокоєння.	Загальний та стійкий тривожний стан, який не обмежується жодними конкретними або переважаючими середовищами обставинами, часто описується як "вільно плаваючий"	Виражені симптоми тривоги, які супроводжуються або загальною тривоگوю (тобто "вільно плаваючою тривоگوю"), або тривоگوю, спрямованою на кілька повсякденних подій (сім'я, здоров'я, фінанси, навчання, робота).
Тривалість	≥ 1 місяць	≥ 6 місяців	Більше днів, ніж не, принаймні протягом 6 місяців.	Більше днів, ніж не, принаймні протягом 6 місяців.	Більшість днів протягом кількох тижнів поспіль і, як правило, протягом кількох місяців.	Більше днів, ніж не, протягом принаймні кількох місяців.
Кількість симптомів	Неуточнена кількість симптомів з трьох з чотирьох категорій.	Принаймні 6 із 18 визначених симптомів.	Принаймні 3 із 6 визначених симптомів.	Принаймні 3 із 6 вказаних симптомів.	Не вказана кількість симптомів.	Не вказана кількість симптомів.
Симптоми або категорії симптомів	Моторна напруженість. Автономна гіперактивність. Побоювання або очікування. Нерозривна уважність та дослідження.	Моторна напруженість (n = 4). Автономна гіперактивність (n = 13). Уважність та відстеження (n = 5).	Нездатність сидіти на місці або постійне відчуття напруженості або нервовості. Легка втомлюваність. Складності з концентрацією або відсутність думок. Легка збудливість.	Такий самий, як у DSM-IV.	Страх (переживання щодо майбутніх нещастях, відчуття "на межі", складності у концентрації). - Моторна напруга. - Автономна гіперактивність.	Додаткові симптоми, такі як м'язова напруга або моторна непокійність, симптоми симпатичної автономної гіперактивності, суб'єктивне відчуття нервовості, складності у збереженні концентрації, подратованіс

			Напруженість м'язів. Порушення сну.			ть або порушення сну.
Пов'язані особливості	Легкі симптоми депресії.	Легкі симптоми депресії.	Соматичні симптоми, перебільшена реакція на здивування. - Часта співвинятковість з розладами настрою, іншими тривожними розладами, розладами, пов'язаними зі споживанням речовин, іншими станами, пов'язаними зі стресом.	Те саме з DSM-IV. Симптоми автономного збудження менш виражені при ЗТР, ніж у інших тривожних розладах, таких як панічний розлад.	-	-
Соціальна і професійна дезорганізація	Характеризується більш ніж помірною важкістю.	Характеризується більш ніж помірною важкістю.	Значний дистрес та порушення	Значний дистрес та порушення	-	Значний дистрес або значні порушення в функціонуванні.
Виключення	Не зумовлено іншим психічним розладом, таким як Депресивний розлад або Шизофренія.	Не зумовлено органічним фактором (гіпертиреоз, кофеїн). Тривога/стурбованість не пов'язана з панічним розладом, соціальною фобією, ОКР чи анорексією нервозною.	Не зумовлено вживанням речовини або загальним медичним станом. Не виникає виключно під час розладу настрою, психотичного розладу або широко розповсюдженого розвиткового розладу.	Тривога або переживання, які не можна краще пояснити іншим психічним розладом (наприклад, панічний розлад, соціальний розлад, ОКР, розлад роздільної тривожності, посттравматичний стресовий розлад, анорексія нервоза, розлад соматичних симптомів, розлад тілесного образу, розлад тривожності від хвороби, шизофренія або розлад уявлень).	Тимчасове проявлення симптомів депресії не виключає ГАД як основний діагноз. Однак постраждалий не повинен відповідати критеріям для великого епізоду депресії, фобічного тривожного розладу, панічного розладу або ОКР.	-

Поширеність	Рівно поширений серед чоловіків і жінок. Рідко зустрічається у загальному населенні.	Не часто діагностується в клінічних вибірках, де вона однаково поширена серед чоловіків і жінок.	Співвідношення за статтю: дві третини жінок у епідеміологічних дослідженнях. Життєва поширеність: 5% у спільнотній вибірці.	Ризик розвитку патології протягом життя становить 9%. Жінки вдвічі частіше відчувають GAD, ніж чоловіки. Особи європейського походження схильні частіше досвіджувати GAD, ніж особи несередземноморського походження.	Частіше спостерігається у жінок. - Часто пов'язаний з хронічними стресовими ситуаціями в навколишньому середовищі.	-

1.2. Аналіз сучасних підходів до психокорекції тривожних станів особистості.

У цьому розділі проводиться детальний аналіз сучасних підходів до психокорекції тривожних станів особистості. Звертається увага на новітні наукові відкриття та практичні методи, які використовуються в психології для корекції тривожних станів. Ми розглянемо ефективність різних підходів та їхню придатність у психокорекції тривожних станів особистості.

Розлади тривожності - одні з найпоширеніших та найбільш обмежуючих психіатричних захворювань у Сполучених Штатах та по всьому світу. Базові дослідження дали важливі уявлення про механізми, які регулюють поведінку страху у тварин, і було створено багато моделей для відбору сполук з анксиолітичними властивостями. Незважаючи на цей прогрес, жодні механістично нові засоби для лікування тривожності не з'явилися на ринку протягом більш ніж двох десятиліть.

Основними лікарськими засобами для лікування тривожних розладів є препарати із групи SSRI (селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну) та SNRI (селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну).

Переходячи до терміну психокорекція – це методологія або практика, спрямована на коригування психологічних, емоційних або поведінкових проблем у людини. Психокорекція може включати в себе такі методи, як психотерапія, навчання навичкам релаксації, когнітивно-поведінкова терапія, тренінги з управління стресом та інші психологічні техніки. Її основна мета - сприяти психічному здоров'ю, покращенню якості життя та досягненню особистісного розвитку.

Когнітивно-поведінковий підхід до психокорекції тривожних станів (КПТ) - це методологія, яка базується на наукових принципах та втручаннях у поведінку і мислення. Поведінкові втручання спрямовані на підвищення корисної поведінки та зменшення шкідливої, а когнітивні втручання спрямовані на зміну негативних переконань та мислення. КПТ є ефективним та доказовим методом психотерапії для лікування тривожних розладів. [24] Серед найпоширеніших методів КПТ є експозиційна терапія і когнітивна терапія. Експозиційна терапія може бути імагінативною, відбуватися у реальних ситуаціях (інвіво) або спрямовуватися на фізичні відчуття (інтерцептивна). Когнітивна терапія, у свою чергу, базується на розпізнаванні та зміні спотворених думок за допомогою спеціальних технік [25].

Цей підхід базується на зміні патологічних установок та негативних мисленевих схем, що призводять до тривоги. Він орієнтований на розвиток нових стратегій управління емоціями та поведінкою, які сприяють зниженню тривожності.

Терапевтична медитація та майндфулнес. Ці методи використовуються для покращення уваги та свідомості,

зниження стресу та тривожності шляхом усвідомленості поточного моменту та підвищення саморегуляції. Навчання уваги та усвідомленості, що описується як "контрольована концентрація уваги на емоціях, думках та відчуттях, що виникають у даному моменті" [28], використовується як основа безлічі програм упродовж останніх десятиліть для підтримки здоров'я та благополуччя як у дорослих, так і в дітей із розладами тривожності. Особливою увагою користуються два підходи: МБНР (метод медитації на основі управління стресом) та МБКТ (метод медитації на основі когнітивно-поведінкової терапії) [29]. Обидва підходи використовують регулярну практику медитації для розвитку навичок уваги та свідомості. Більше того, ці психотерапевтичні методи показують перспективи у лікуванні розладів тривожності. У цьому контексті рандомізовані, контрольовані дослідження у тривожних дорослих показали статистично значуще поліпшення симптомів ЗТР [30-31], соціальної тривоги [32], та панічного розладу [30]. Принаймні одне дослідження показало, що метод медитації є так само ефективним, як КПТ, у лікуванні соціального розладу тривожності [33].

Claudia Catani та її команда виявили, що медитаційно-основана релаксація є так само ефективною, як травма-орієнтована КПТ у лікуванні дітей із ПТСР від війни та цунамі в Шрі-Ланці [34].

Існує багато різних методів медитації, і кожен з них має свої особливості та специфіку. Наприклад маємо дослідження про Тибетську медитацію з використанням музичних інструментів (співаючих чаш) яке доводить що цей вид медитації може бути доступним для зменшення відчуття напруги, тривожності [38].

Інноваційні технології в психокорекції, а саме віртуальна реальність (VR) як перспективний інструмент у лікуванні розладів тривожності використовується для вирішення різних тривожно-пов'язаних станів, таких як посттравматичний стресовий розлад (PTSD), конкретні фобії, соціальний

розлад тривожності та загальний тривожний розлад. Терапія VR включає використання поглиблюючих віртуальних середовищ для імітації ситуацій реального життя, що спричиняють тривогу, в контрольованому та безпечному способі. Це дозволяє особам поступово стикатися зі своїми страхами, що призводить до десенсибілізації та покращення механізмів подолання.

Однією з ключових переваг VR-терапії є її здатність створювати персоналізовані та налаштовані умови для кожної особи, спрямовуючи конкретні тригери тривоги і надаючи більш ефективний підхід до лікування порівняно з традиційними методами. Наприклад, у експозиційній терапії для фобій VR може імітувати сценарії, такі як польоти, висоти або виступи перед публікою, дозволяючи пацієнтам поступово подолати свої страхи в контрольованому середовищі.

Дослідження показали перспективні результати ефективності VR-терапії для розладів тривожності. Пацієнти, які проходили VR-терапію, повідомляли про зниження симптомів тривоги, покращення емоційного регулювання та підвищення впевненості у впорядкуванні зі страшними ситуаціями в реальному житті.

У цілому, VR має великий потенціал як цінний допоміжний інструмент для лікування розладів тривожності, пропонуючи безпечний, поглиблений та персоналізований підхід до лікування. [27]

Фізіологічні техніки релаксації

Ці техніки, такі як глибоке дихання, прогресивне м'язове розслаблення та йога, сприяють зниженню фізичного напруження та активують механізми розслаблення, що корисно для зменшення тривоги.

Дослідження Sy Atezaz Saeed та його команди [39] демонструють, що фізичні вправи та йога мають терапевтичну ефективність, і співвідноситься зі встановленими методами лікування депресії та тривоги. Велике навантаження від фізичних вправ (тобто тижневі витрати не менше 17,5

ккал на кг) та часті аеробні вправи (тобто принаймні три-п'ять разів на тиждень) зменшують симптоми депресії та тривоги. Медитація та фізичні вправи мають позитивний вплив як додаткові методи лікування депресивних розладів. Тай чи, цигун та медитація не виявили ефективності як альтернативні методи лікування депресії та тривоги тільки як допоміжні. У пацієнтів з раннім раком молочної залози, які отримували ад'ювантну хіміотерапію, лікування майндфулнес йогою є так само ефективним, як і стандартна терапія у покращенні фізичної функції. Разом із іншими методами лікування, майндфулнес йога може допомогти знімати тривогу та депресію для покращення загального фізичного та психічного здоров'я та якості життя пацієнтів з раннім раком молочної залози. [41]

Фізична активність та спорт вважаються одними з найважливіших, простих, ефективних та доступних терапевтичних підходів. Хоча тривожність відзначається у всіх вікових групах, вона є поширеним розладом у період старіння та більш погіршується у літніх людей [47]. Понад 40 мільйонів дорослих у США страждають від тривожних розладів [48]. Результати дослідження Mohsen Kazeminia свідчать про те, що спорт значно зменшує тривожність у літніх людей. Тому регулярна програма вправ може бути розглянута як частина програми догляду за літніми людьми. [50].

Гра також може бути ефективним методом психокорекції тривожного стану. William H. C. Li та його команда запропонували кожному учаснику дослідження отримувати щодня безперервно 30 хвилин інтервенцій гри в лікарні. [53] Усього було залучено 393 пацієнтів з листопада 2012 по жовтень 2013 року. З 304 пацієнтів, 154 отримали інтервенції, а 150 отримали стандартну допомогу. Загальні результати підтримують ефективність госпітальних ігор у зменшенні рівнів тривожності та негативних емоцій у дітей, які перебувають у лікарні. Це дослідження заповнило прогалину в літературі, надаючи емпіричні дані, які

підтверджують ефективність ігрових втручань у зменшенні тривоги та негативних емоцій у госпіталізованих дітей та підкреслило важливість включення госпітальних ігрових втручань для забезпечення комплексної та якісної допомоги для полегшення психологічного навантаження на госпіталізованих дітей.

Прослуховування музики сприяє активації парасимпатичної нервової системи і знижує активність симпатичної нервової системи. Ці зміни зменшують тривогу і допомагають пацієнтам емоційно та фізично стати більш розслабленими [26]. Крім того, музика може відволікати пацієнтів від болю та тривоги.

Незважаючи на значну різноманітність у дизайнах випробувань, часі та особливостях втручання, музична терапія відносно постійно асоціюється з зменшенням тривожності та стресу у критично хворих пацієнтів. [36]

Мета-аналіз А. У. Р. Kühlmann та його команди показав статистично значне зниження тривожності та болю у дорослих, які отримували музичні втручання перед, під час або після операцій. Музичні втручання виявилися ефективними незалежно від часу їх проведення, проте найбільший ефект на тривожність спостерігався при їх проведенні перед операцією. Музичні втручання значно знизили тривожність (СМ -0,69, довірчий інтервал 95% від -0,88 до -0,50; $P < 0,001$) та біль (СМ -0,50, -0,66 до -0,34; $P < 0,001$) порівняно з контролем, що еквівалентно зниженню на 21 мм для тривожності та 10 мм для болю на 100-міліметровій візуальній аналоговій шкалі.

Доступні докази свідчать про корисність деяких рослинних препаратів у зменшенні тривожності та депресії, проте відсутня вичерпна інформація, що підтверджує перевагу цих продуктів у відношенні користі та ризику порівняно з поточними фармацевтичними засобами. [43]

Деякі дослідження та відгуки вказують на те, що ароматерапія може бути корисною у зменшенні тривожності та стресу. Наприклад, деякі

аромати, такі як лаванда, ромашка, м'ята або евкаліпт, відомі своїми властивостями заспокоєння і релаксації. Ці аромати можуть використовуватися у вигляді ефірних олій для ароматерапії.

Однак, важливо враховувати, що ефективність ароматерапії може варіюватися в залежності від індивідуальних реакцій та потреб кожної людини. Деякі люди можуть відчувати полегшення від використання ароматів, тоді як інші можуть не відчувати такого ефекту. [44] Понад 70% досліджень повідомляли про позитивний ефект на рівні тривожності у групах інтервенції з ароматерапією порівняно з контрольною групою. Однак у багатьох випадках це обмежується відсутністю даних про безпеку, неточним звітів про види рослин та дози ефірних олій. [45]

Кожен з цих підходів має свої особливості, переваги та обмеження, які варто розглянути при аналізі їхньої ефективності в психокорекції тривожних станів особистості.

1.3. Аналіз наукових джерел на предмет досліджень впливу співу на тривожні стани особистості.

Спів є найпоширенішим видом музичного вираження. У всіх культурах люди деяким чином беруть участь у співі, що, ймовірно, походить від раннього сприйняття материнського співу дитиною, яка швидко імітує його. У рік дитина починає самостійно співати, а вже в 18 місяців створює впізнавані, повторювані пісні. [54] Ці самостійні пісні мають систематичну форму та відтворюють дві основні риси дорослого співу: використання окремих нот та повторення ритмічних та мелодійних контурів. Однак вони відрізняються від пісень дорослих тим, що не мають стійкого нотного каркасу. Приблизно в п'ять років діти володіють стійкою тональністю та регулярним ритмом, як дорослі. Таким чином, у віці п'яти років діти мають досить великий репертуар пісень власної культури та проявляють співочні здібності, які залишаються якісно незмінними у

дорослому віці, якщо дитина не отримує музичного навчання або не регулярно вправляється у хорі чи ансамблі. Таким чином, навіть без багатої практики звичайна доросла людина, обладнана базовими здібностями, які необхідні для співання простих пісень своєї культури. Проте, не дивлячись на їх поширеність та раннє засвоєння, співочі здібності звичайних людей рідко вивчаються.

Головною причиною обмеженого уваги щодо співочних здібностей є віра у їх нерівномірне поширення у загальній популяції. Цей стереотип виникає з поширеної думки про те, що деякі люди співають фальшиво у західних культурах. Але декілька досліджень, що досліджували спів у популяції загалом, прийшли до зовсім іншого висновку. Навіть немюзиканти виявилися досить стабільними у своїх здібностях співати відомі пісні. Вони показали точну пам'ять як для висоти нот, так і для темпу. [54]

Тож співати можуть – всі, а як щодо впливу співу на стан людини? Команда на чолі з Daisy Fancourt провели дослідження впливу співу на настрій, стрес та імунну відповідь у трьох груп населення, які стикалися з раком. [55] Учасники були постійними учасниками п'яти хорів у Південному Уельсі і брали участь у груповому співі протягом години. Перед і після співу були використані шкали настрою за допомогою візуальних аналогових шкал, шкали стресу і зразки слини для визначення рівнів кортизолу, бета-ендорфіну, окситоцину та десяти цитокінів. У всіх п'яти центрах і в чотирьох групах учасників спів був пов'язаний з помітним зниженням негативного настрою і збільшенням позитивного настрою ($p < .01$), наряду з помітним збільшенням цитокінів, включаючи ГМ-КСФ, IL17, IL2, IL4 та sIL-2 α (всі $p < .01$). Крім того, спів був пов'язаний з зниженням рівнів кортизолу, бета-ендорфіну та окситоцину. Це дослідження надає попередній доказ того, що спів покращує настрій та модулює складові імунної системи.

Доктор Pamela Jane Davis та Dianna Theadora Kenny провели дослідження впливу співу на настрій співаків. [56] Учасники (віком від 18 до 73 років), , були випадково розподілені на групу співаків (експериментальну) та групу прослуховування співу (контрольну). Співаки брали участь у півгодинному сеансі співу, тоді як слухачі сиділи і слухали співаків. Перед та після сеансу співу та через 1 тиждень було проведено адміністрування анкети "Профіль настрою" (Profile of Mood States Questionnaire, P.O.M.S.). Багатовимірний аналіз варіантності був проведений для кожного підшкального П.О.М.С. Аналізи показали, що значущі зміни відбувалися на підшкальних П.О.М.С. (тон, гнів, втома, жвавість та збентеженість) як для групи співаків, так і для групи прослуховування співу з плином часу. Результати цього дослідження свідчать про те, що як спів, так і прослуховування співу можуть змінювати настрій негайно після участі в короткому сеансі співу, і деякі з цих ефектів були помітні в показниках П.О.М.С. через 1 тиждень.

Цікаве дослідження було проведено в 2005 році Gunter Kreutz та Stephan Bongard. [57] У даному дослідженні демонструється психофізіологічний вплив хорового співу та прослуховування хорової музики. Були виявлені різні патерни змін для S-IgA, кортизолу та емоційного стану учасників у двох експериментальних умовах. Спів призводив до зменшення негативного настрою і збільшення позитивного настрою та S-IgA, але не впливав на відповіді кортизолу. Протилежно, прослуховування призводило до збільшення негативного настрою, зменшення кортизолу і незначних змін у позитивному настрої та S-IgA. Ці результати підтверджують гіпотезу про те, що хоровий спів впливає на позитивні емоції, а також на імунні функції людини. Вони підтверджують попередні висновки, які показали, що спів впливає на суб'єктивний емоційний стан позитивно і покращує імунну оборону. Проте, у порівнянні з очікуваннями, спостерігали зменшення рівня кортизолу лише в умові

прослуховування, а не під час співу. Позитивні емоції зросли після співу, а негативні емоції - після прослуховування. Причини цієї різниці у відчуттях під час слухання музики порівняно зі співом можуть бути пов'язані з різними мотиваціями та очікуваннями учасників дослідження. Обмеженням цього дослідження є відсутність контролю за фізичною активністю та можливість узагальнення результатів на різні стилі та жанри музики. Також важливо зазначити, що співвідношення між співом та імунними функціями спостерігаються і у інших видів, а не лише у людини.

Спільний спів виявляє значний вплив на якість життя, пов'язану з психічним здоров'ям, тривогу та депресію, і може бути корисною інтервенцією для збереження і покращення психічного здоров'я людей похилого віку. Такого висновку дійшла команда науковців з Королівського коледжу психіатрів, Велика Британія. [58] Проведено дослідження, яке порівнювало спільний спів зі звичайними індивідуальними заняттями серед осіб у віці 60 років і старше.

У дослідженні було включено 258 учасників з п'яти центрів у Східному Кенті. Через 6 місяців після випадкового розподілу було зафіксовано значні відмінності щодо якості життя, пов'язаної з психічним здоров'ям, вимірюваної за допомогою SF12 (середній рівень відмінності = 2,35; 95% довірчий інтервал = 0,06-4,76) на користь спільного співу. Крім того, було виявлено, що інтервенція є трохи більш ефективною з точки зору вартості, ніж звичайні заняття. Через 3 місяці значні відмінності були виявлені щодо психічних складових якості життя (середній рівень відмінності = 4,77; 2,53-7,01), тривоги (середній рівень відмінності = -1,78; -2,5 до -1,06) та депресії (середній рівень відмінності = -1,52; -2,13 до -0,92). Ця ж команда на чолі з Stephen Clift у 2010 році провела масштабне дослідження впливу співу на психологічне благополуччя. [59] Більше 600 хористів з англійських хорів взяли участь у цьому дослідженні, заповнивши анкету WHOQOL-BREF для вимірювання фізичного,

психологічного, соціального та екологічного благополуччя, а також шкалу благополуччя та співу в дванадцять пунктів. Вони також надали описи впливу хорового співу на якість життя, благополуччя та фізичне здоров'я у відповідь на відкриті питання. Високі середні показники були виявлені на всіх шкалах WHOQOL-BREF, що свідчить про позитивний вплив хорового співу. Було виявлено значну різницю на шкалі хорового співу, з жінками, які виражали сильніше переконання у благотворних наслідках співу на благополуччя, ніж чоловіки. Аналіз окремих елементів шкали показав, що жінки більш схильні, ніж чоловіки, дуже позитивно оцінювати те, що спів робить їх щасливішими, поліпшує їхній настрій, сприяє покращенню благополуччя і здоров'я, а також допомагає розслабитися і впоратися зі стресом. Також вони були більш схильні дуже не погоджуватися з тим, що спів не допомагає звільнитися від негативних відчуттів. Такі статеві відмінності цікаві і заслуговують на подальші дослідження. Вони можуть відображати більш широку статеву відмінність у чутливості та виразності емоцій. Аргументується, що спів є цінною діяльністю у всіх цих аспектах і заслуговує на більше широке визнання як такої.

Також цікавим є дослідження порівняння ефекту від групового та індивідуального співу. [60] Це дослідження розкрило кілька важливих висновків: груповий спів підвищував настрій, тоді як індивідуальний спів - ні. Важливо відзначити, що як груповий, так і індивідуальний спів призводили до зниження кортизолу, проте лише груповий спів призводив до збільшення окситоцину. Додатковий аналіз показав, що окситоцин, а не кортизол, значно корелював з настроєм. Ці результати свідчать про те, що підвищення настрою під час співу, ймовірно, пов'язане з соціальними аспектами та під впливом змін у рівні окситоцину. Результати поточного дослідження вказують на те, що підвищення настрою від співу переважно зумовлене соціальними факторами, а не індивідуальними факторами, такими як регуляція стресу, яка може бути досягнута через самостійний

спів. Особливо цікаво спостерігати що висновки цього дослідження суперечать даним Schladt et al. (2017), які показали зменшення окситоцину після репетиції елітного хору університету. Дослідники дійшли висновку, що соціальна, підтримуюча та малостресова орієнтація поточного хору відрізняється від професійної орієнтації елітного університетського хору. Вплив на результат можуть відігравати стрес і конкуренція у хорі, тому необхідні подальші дослідження.

Висновки до розділу 1

Античні грецькі та латинські автори описували випадки патологічної тривожності і визнавали їх як медичні захворювання. Методи лікування, які рекомендували давньогрецькі стоїки та епікурейці, здавалися б відповідними для сучасних посібників з когнітивної психотерапії. Протягом століть, що відокремлювали класичну добу від появи сучасної психіатрії наприкінці 19 століття, звичайні випадки тривожних розладів продовжували зустрічатися у медичних творах, незважаючи на відмінності в нозологічних категоріях. Фрейд введений багато термінів, які використовуються для різних тривожних розладів у DSM-I та DSM-II. DSM-III вніс нові розлади, такі як панічний розлад, ГАД та ПТСР. Основні внески DSM-5 полягають у (і) групуванні тривожних розладів за три спектри (тривога, ОКР та розлади, пов'язані з травмою та стресом) на основі спільних характеристик та (ii) об'єднанні розладів, пов'язаних з розвитком, у тій же главі.

Розлади тривожності є досить поширеними серед молоді та пов'язані з значною морбідністю та підвищеним ризиком самогубства та самопошкоджувальної поведінки. Більше того, ці розлади пов'язані з дисфункцією зв'язків з амігдалою, які простягаються через фронтальну кору головного мозку. Упродовж останніх десятиліть були розроблені

інструменти для скринінгу та оцінки, що допомагають лікарям виявляти симптоми тривожності на ранній стадії та точно встановлювати діагноз розладів тривожності. Важливо відзначити, що ці розлади піддаються лікуванню як фармакологічними, так і психотерапевтичними методами, і останнім часом зросла кількість доказів ефективності експозиційної КПТ та SSRI/SSNRI в лікуванні розладів тривожності. Важливі та негативні наслідки тривожності включають зниження якості життя, інвалідність та більшу потребу у медичних послугах, збільшення смертності, і, отже, рання ідентифікація та адекватне лікування допомагають уникнути цих наслідків. (49)

Фармакотерапія та психологічні втручання мають доказову ефективність і допомагають багатьом людям що мають тривожні розлади, ці підходи лікування можуть бути доповнені.

З урахуванням комбінованих анксиолітичних та фізичних користей від збільшеної активності, фізична активність представляє собою перспективний додатковий варіант лікування для осіб з тривожними розладами. [51] Це може бути йога, біг, аеробні вправи, також музикотерапія та спів мають позитивний вплив на пацієнтів з тривожністю. Не так багато досліджень присвячених конкретному впливу співу на тривожні стани, та точно є докази що груповий спів підвищує настрій, збільшує соціальну зв'язаність та регулює стрес. Спів допомагає звільнитися від негативних відчуттів, має значний вплив на якість життя, пов'язану з психічним здоров'ям, тривогу та депресію, і може бути корисною інтервенцією для збереження і покращення психічного здоров'я людей.

Важливим висновком є необхідність збільшення зусиль для розширення можливостей у спільноті для залучення до співу та популяризації серед дорослих цінності участі на музичному, особистісному та соціальному рівнях, а також для визначення переваг, які вона може

потенційно принести для благополуччя та здоров'я. Важливим є питання інвестування у громадське здоров'я місцевими владами та органами охорони здоров'я у музичні та співові програми спільнот, з метою підтримки благополуччя та здоров'я, особливо серед людей середнього віку та після виходу на пенсію. Оскільки збільшення тривалості життя у всьому світі спричинило постійне демографічне зрушення на користь більш великих часток літніх людей у національних популяціях, є важливість перегляду можливостей, які сприяють збереженню фізичної, соціальної та психічної активності після виходу на пенсію.

РОЗДІЛ II. ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДИЗАЙНУ ТА МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Опис вибірки, етапи та організація емпіричного дослідження

Для проведення сучасного дослідження впливу співу на тривожні стани особистості була сформована вибірка у кількості 131 особи. Вік досліджуваних складає від 18 до 65 років. Загальна вибірка склала 109 жінок (83,2%) та 22 чоловіки (16,8%).

1. Стать
131 відповідь

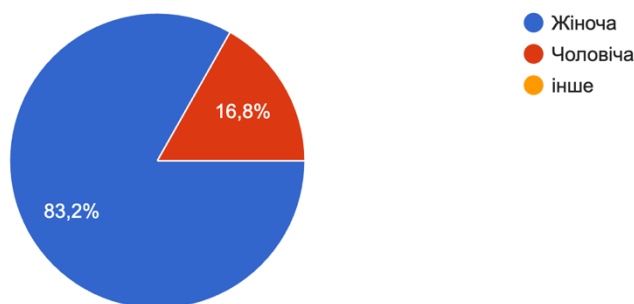


Рис.2.1. Розподілення вибірки за статтю.

Освіта: 100 (76,3%) мають вищу освіту, 27 (20,6%) – середню, та 4 особи (3,1%) мають наукову ступінь PhD.

3. Освіта
131 відповідь

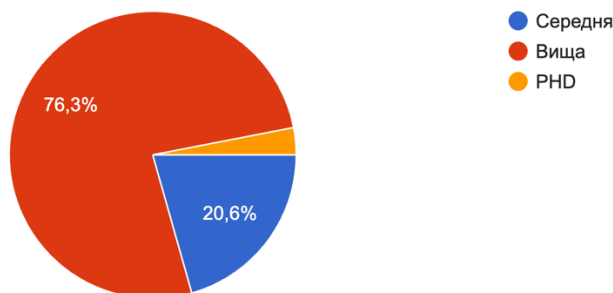


Рис.2.2 Розподілення вибірки за освітою.

Сімейний стан: 44 особи (33,6%) – одружені, 46 осіб (35,1%) – не в стосунках, 41 особа (31,3%) – в стосунках але не одружені.

4. Сімейний стан

131 відповідь

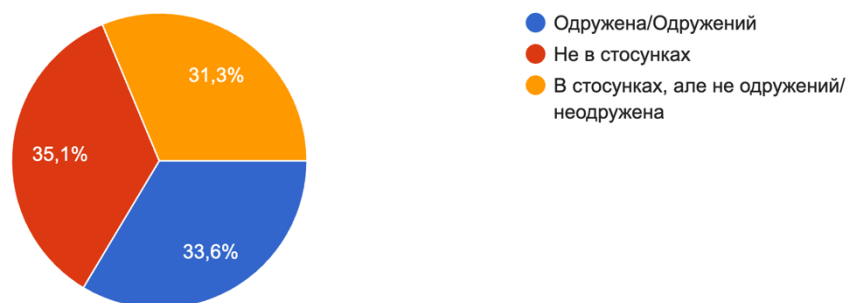


Рис.2.3 Розподілення вибірки за сімейним станом.

Діти. 84 особи (64,1%) – мають дітей, 47 особи (35,9%) – не мають дітей.

5. Чи маєте Ви дітей?

131 відповідь

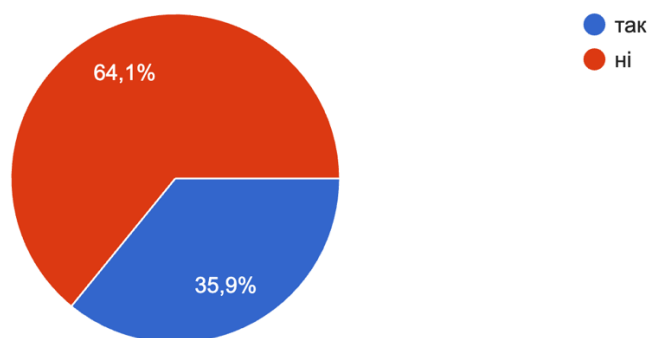


Рис.2.4 Розподілення вибірки за наявністю дітей.

Зайнятість: 55% вибірки (72 особи) – мають повну зайнятість, 19,1% (25 осіб) – мають проектну зайнятість, 19,8% (26 осіб) – навчаються, 6,1% (8 осіб) – не працевлаштовані.

6. Ваша основна діяльність/робота

131 відповідь

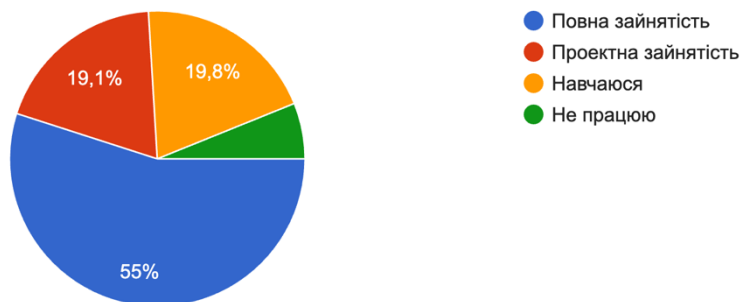


Рис.2.5 Розподілення вибірки за основною діяльністю.

На основі цієї вибірки ми провели анкетування та використали обрані діагностичні методики до сформованої вибірки у кількості 131 особи.

Також ми уточнили місце перебування опитуваних відносно початку повномасштабного вторгнення.

7. Ваше місце перебування від початку повномасштабного вторгнення

131 відповідь

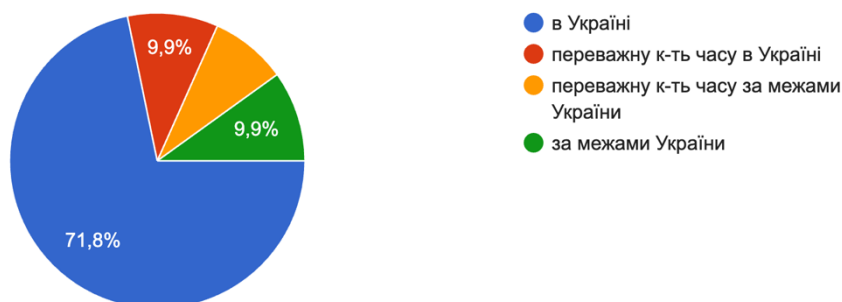


Рис.2.6 Розподілення вибірки за місцем перебування від початку повномасштабного вторгнення.

Чи був діагностований у опитуваних тривожний розлад та чи проходили вони лікування (Рис.7 та Рис.8)

8. Чи діагностував Вам лікар тривожний розлад ?

131 відповідь

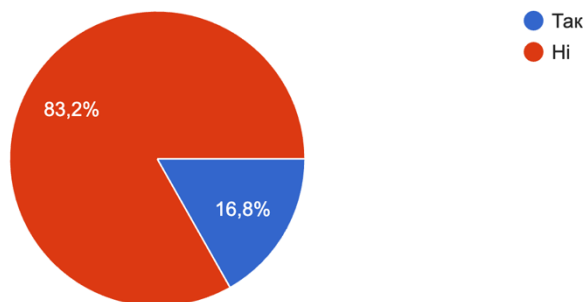


Рис.2.7 Розподілення вибірки за наявністю діагностованого лікарем тривожного розладу.

10. Чи проходили Ви лікування тривожного розладу?

131 відповідь



Рис.2.8 Розподілення вибірки за наявністю лікування тривожного розладу. Які засоби опитувані використовують для боротьби з своєю тривожністю, та скільки часу на день вони на це витрачають. (Рис.9 та Рис.10)

11. Які засоби Ви використовуєте для боротьби з тривожністю?

131 відповідь

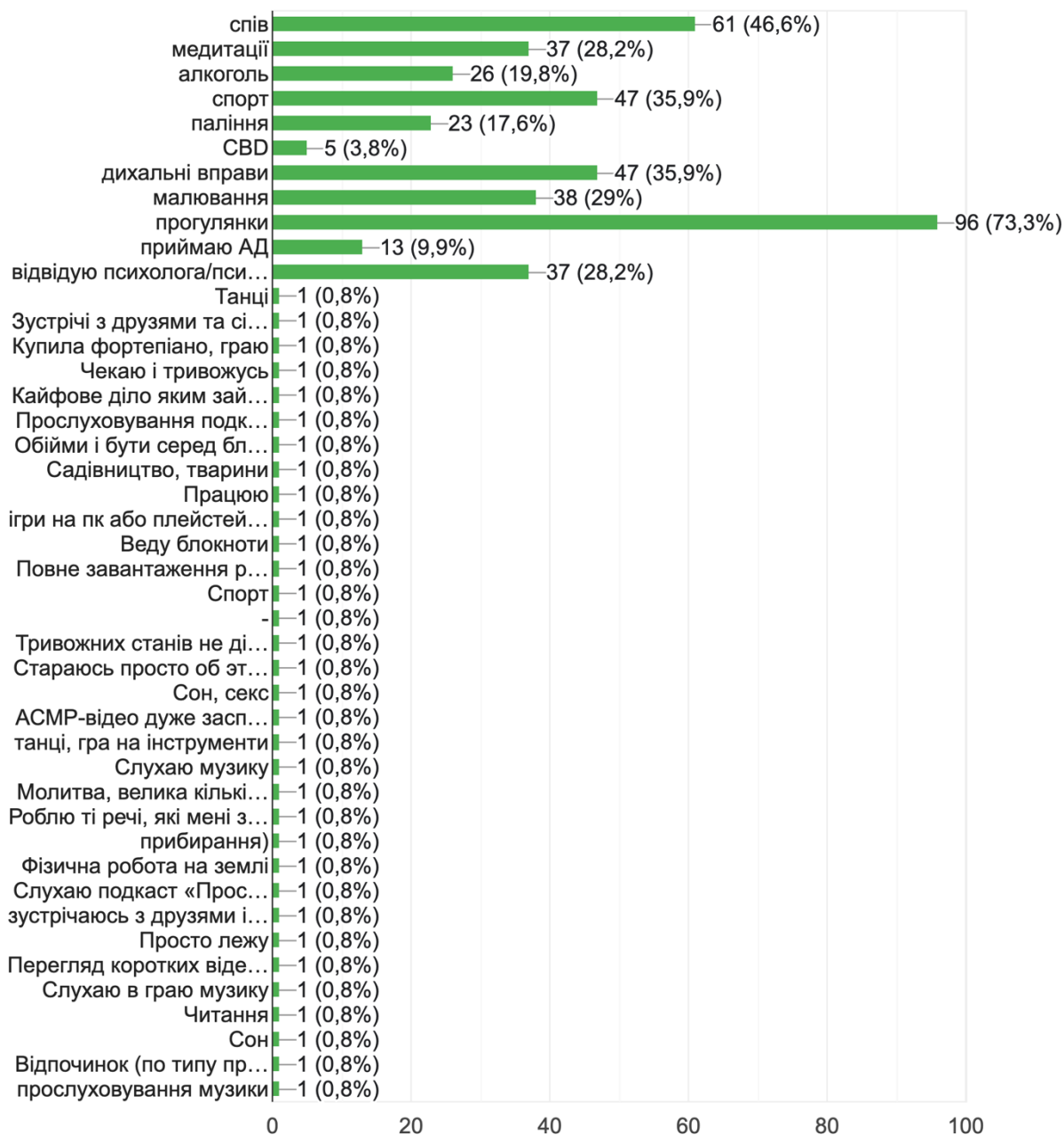


Рис.2.9 Розподілення вибірки за засобами які опитувані використовують для боротьби з тривожністю.

12. Скільки сумарно часу на день Ви витрачаєте на боротьбу з тривогою?

131 відповідь

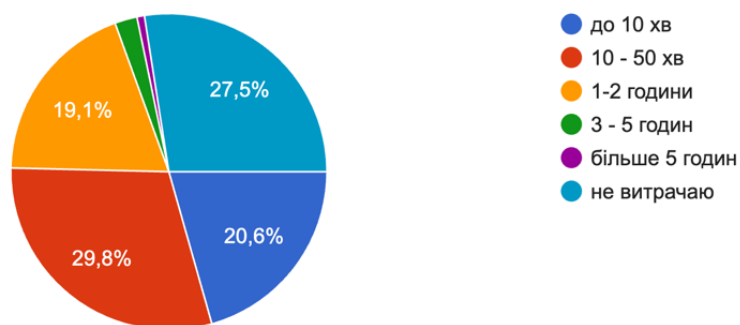


Рис.2.10 Розподілення вибірки за кількістю часу що витрачають опитувані на боротьбу з тривогою.

Також ми попросили опитуваних оцінити свій рівень тривожності До та Після початку повномасштабного вторгнення. (Рис.11 та Рис.12)

14. Оцініть свій рівень тривожності від 0 до 10 ДО початку військових дій в Україні

131 відповідь

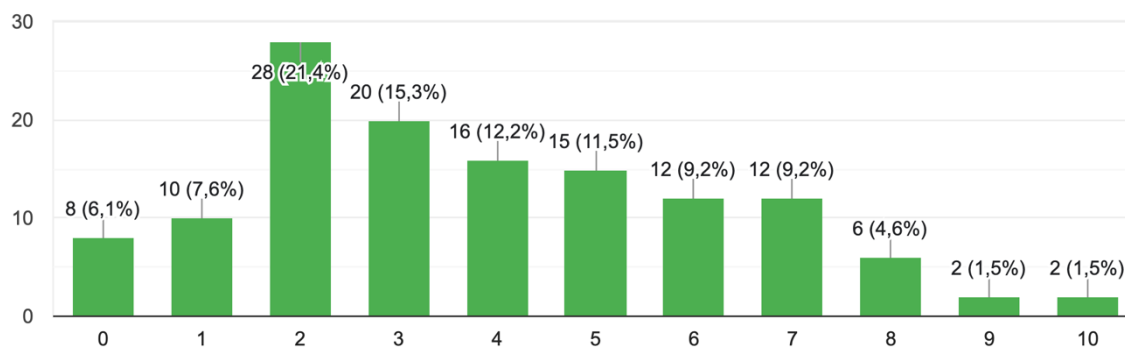


Рис.2.11 Розподілення вибірки за рівнем суб'єктивного рівня тривоги до початку військових дій в Україні.

15. Оцініть свій рівень тривожності від 0 до 10 ПІСЛЯ початку повномасштабного вторгнення в Україну

131 відповідь

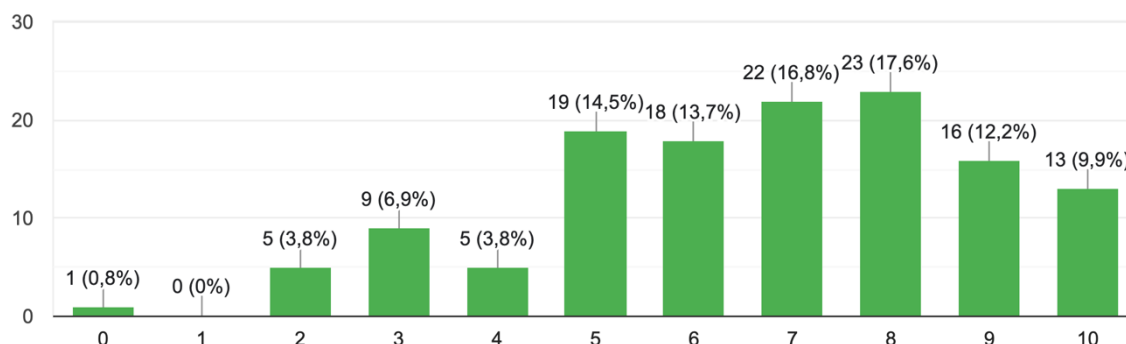


Рис.2.12 Розподілення вибірки за рівнем суб'єктивного рівня тривоги після початку військових дій в Україні.

Було здійснено опитування для збору коротких біографічних даних учасників дослідження, проведена оцінка їх стану суб'єктивного благополуччя, методом «Шкала благополуччя опитувальник WHO 5» , оцінка резильєнсу методом «Шкала Коннора – Девідсона -10 (CD-RISC-10)» , рівень тривоги методами «Шкала тривоги Спілбергера (STAI)» та «Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)».

Здійснена процедура дослідження впливу співу на тривожні стани особистості шляхом обробки отриманих даних, порівняльному аналізу та статистичній оцінці характеристик вибірки (Jamovi). За результатами проведеного дослідження були зроблені порівняльний Аналіз, складені висновки та сформовані рекомендації для практичного використання результатів проведеного дослідження.

2.2. Методики емпіричного дослідження

1. Шкала благополуччя опитувальник WHO 5 - є інструментом для оцінки загального психічного благополуччя та добробуту особи. Цей опитувальник був розроблений і вперше опублікована у 1998 році

Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO) і використовується для визначення рівня психічного стану та якості життя людини. Шкала містить 5 питань і кожне з цих питань оцінюється за шкалою від 0 до 5, де 0 означає "зовсім не", а 5 - "абсолютно так". Оцінка кожного питання додається разом для отримання загального балу на шкалі WHO 5.

2.Шкала Коннора – Девідсона -10 (CD-RISC-10) - це коротка версія психометричного інструменту для вимірювання резилієнтності особистості. Ця шкала була розроблена Джоном Т. Коннором та Джоном Девідсоном. Вона вперше була опублікована у 2003 році в їхній роботі "Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)". CD-RISC-10 є зручним та швидким способом визначення рівня резилієнтності у людини. Вона складається з 10 питань, які оцінюють, наскільки особа здатна ефективно справлятися зі стресом та адаптуватися до викликів життя. Питання оцінюються за шкалою від 0 (абсолютно не погоджуюсь) до 4 (абсолютно погоджуюсь), де учасник обирає відповідь, що найкраще відображає його/її погляди або дії в конкретній ситуації.

Основні концепції, що вимірюються за допомогою CD-RISC-10, включають наступні аспекти:

Реалізація: Самосвідомість про власні сили та здатність до саморозвитку.

Спорідненість: Здатність побудувати стійкі та глибокі взаємовідносини з іншими людьми.

Контроль: Здатність ефективно керувати своїми емоціями та поведінкою у стресових ситуаціях.

Довіра: Віра в себе та в інших людей, впевненість у позитивному вирішенні життєвих проблем.

Здатність до перебудови: Готовність до змін та адаптації до нових умов життя.

Загальний бал на шкалі CD-RISC-10 вказує на рівень резилієнтності особистості, де вищий бал свідчить про більшу здатність до адаптації та вищий рівень психологічної стійкості.

3. Шкала тривоги Спілбергера (STAI) Шкала тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є ефективним засобом для самооцінки рівня тривожності у даному моменті (реактивна тривожність як стан) та як особистісну характеристику (стійку рису людини). Цей метод був розроблений у 1970 році. Шкала Спілбергера, завдяки своїй простоті та ефективності, широко використовується в клінічній практиці для оцінки тривожних станів, динаміки стану пацієнта та інших цілей. Адаптована Ю. Ханіним, вона також відома як "Шкала Спілбергера – Ханіна". Більшість існуючих методів оцінки тривожності дозволяють оцінити або особистісну тривожність, або поточний стан тривожності, або специфічні реакції. Однак лише методика, яку пропонує Спілбергер, дозволяє розрізнити тривожність як особистісну рису та як стан.

Вимірювання тривожності як особистісної риси є важливим, оскільки ця риса значно впливає на поведінку людини. Кожна людина має свій оптимальний рівень тривожності, відомий як корисна тривожність. Оцінка власного стану в цьому відношенні є важливою частиною самоконтролю.

STAI має дві підшкали. Перша, шкала стану тривоги, вимірює поточний стан тривоги, користуючись суб'єктивними відчуттями страху, напруження, нервозності та збудження. Друга, шкала особистої тривожності, оцінює стійкі аспекти особистості, такі як схильність до занепокоєння та відчуття спокою.

Особиста тривожність може активізуватися при сприйнятті певних стимулів як небезпечних. Люди з високим рівнем особистої тривожності можуть сприймати загрозу для своєї самооцінки й життєдіяльності в різних ситуаціях та реагувати сильними станами тривожності. Якщо STAI показує високий показник особистої тривожності у респондента, це може вказувати

на тенденцію до тривожних станів у різних ситуаціях. Висока особиста тривожність може корелювати з емоційними вибухами, невротичними реакціями та психосоматичними захворюваннями.

4. Госпітальна шкала тривоги і депресії - (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) - це психометричний інструмент, розроблений для оцінки рівня тривоги та депресії у пацієнтів, які перебувають на лікуванні в лікарнях.

Шкалу HADS розробили два британські психіатри - Роберт Зігмонт та Ендрю С. Р. Шаттлворт у 1983 році. Основна мета створення цього інструменту полягала в тому, щоб виявляти психічні розлади у пацієнтів, не пов'язані з фізичними захворюваннями. HADS має дві підшкали - для тривоги і депресії, які вимірюються окремо.

Шкала тривоги HADS (HADS-A) включає 7 питань, спрямованих на виявлення симптомів тривоги, таких як нервозність, напруженість та страх. Запитання оцінюються на шкалі від 0 до 3 балів, де 0 - "немає", а 3 - "дуже часто".

Шкала депресії HADS (HADS-D) також включає 7 питань, спрямованих на виявлення симптомів депресії, таких як пригніченість, втрата інтересу до життя та втрата радості. Питання також оцінюються на шкалі від 0 до 3 балів.

Загальний бал на кожній з підшкал (HADS-A та HADS-D) визначає рівень тривоги або депресії у пацієнта. HADS використовується у медичній практиці для швидкого виявлення психічних симптомів у пацієнтів, що дозволяє лікарям забезпечити необхідну психологічну підтримку та лікування.

Висновки до розділу 2

У другому розділі ми докладно описали основні аспекти дизайну нашого дослідження. Ми звернули увагу на підходи до створення та характеристику нашої вибірки, детально описали кроки та організацію проведення емпіричного дослідження. Крім того, ми зосередилися на розгляді використаних методик емпіричного дослідження, пояснили причини вибору цих методик та їх обґрунтування.

З огляду на зібрані данні ми можемо провести аналіз та виявити зв'язки та кореляції між різними категоріями опитаних та зрозуміти як саме вони справляються з тривожними станами, які саме методи використовують, чи є тенденція до підвищення тривожних станів з огляду на початок повномасштабного вторгнення, чи впливає використання співу для роботи з тривожним станом на категорії опитуваних для кого спів є професійною діяльністю, прослідкуємо загальний вплив співу на тривожні стани особистості. Також зможемо розробити рекомендації щодо використання співочих інтервенцій для роботи з тривожними станами особистості.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СПІВУ НА ТРИВОЖНІ СТАНИ ОСОБИСТОСТІ

3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження та їх обговорення

Для оцінки рівня тривожності учасників дослідження було обрано діагностичну методику «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілберга-Ханіна». Перші 20 питань опитувальнику призначені для вимірювання Ситуативної/реактивної тривожності - STAI (R). Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями, такими як напруженість, занепокоєння, заклопотаність і нервозність. Цей стан є нестійким у часі та має різну інтенсивність залежно від сили стресової ситуації. Таким чином, значення підсумкового показника за цією шкалою дозволяє оцінити не лише рівень актуальної тривоги учасника, але й визначити, чи перебуває він під впливом стресової ситуації та якою є інтенсивність цього впливу.

Наступні 20 питань опитувальника «Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілберга-Ханіна» призначені для вимірювання особистісної тривожності STAI (PC). Особистісна тривожність є вродженою рисою, що визначає схильність сприймати багато ситуацій як загрозові та реагувати на них відповідним чином. Ця схильність активується при сприйнятті стимулів, які людина вважає небезпечними для своєї самооцінки та самоповаги. Високий рівень особистісної тривожності призводить до того, що кожна з таких ситуацій стає стресовою для людини і викликає сильну тривогу.

Отримані результати дослідження рівня тривожності за шкалою STAI ми розподілили за статтю.

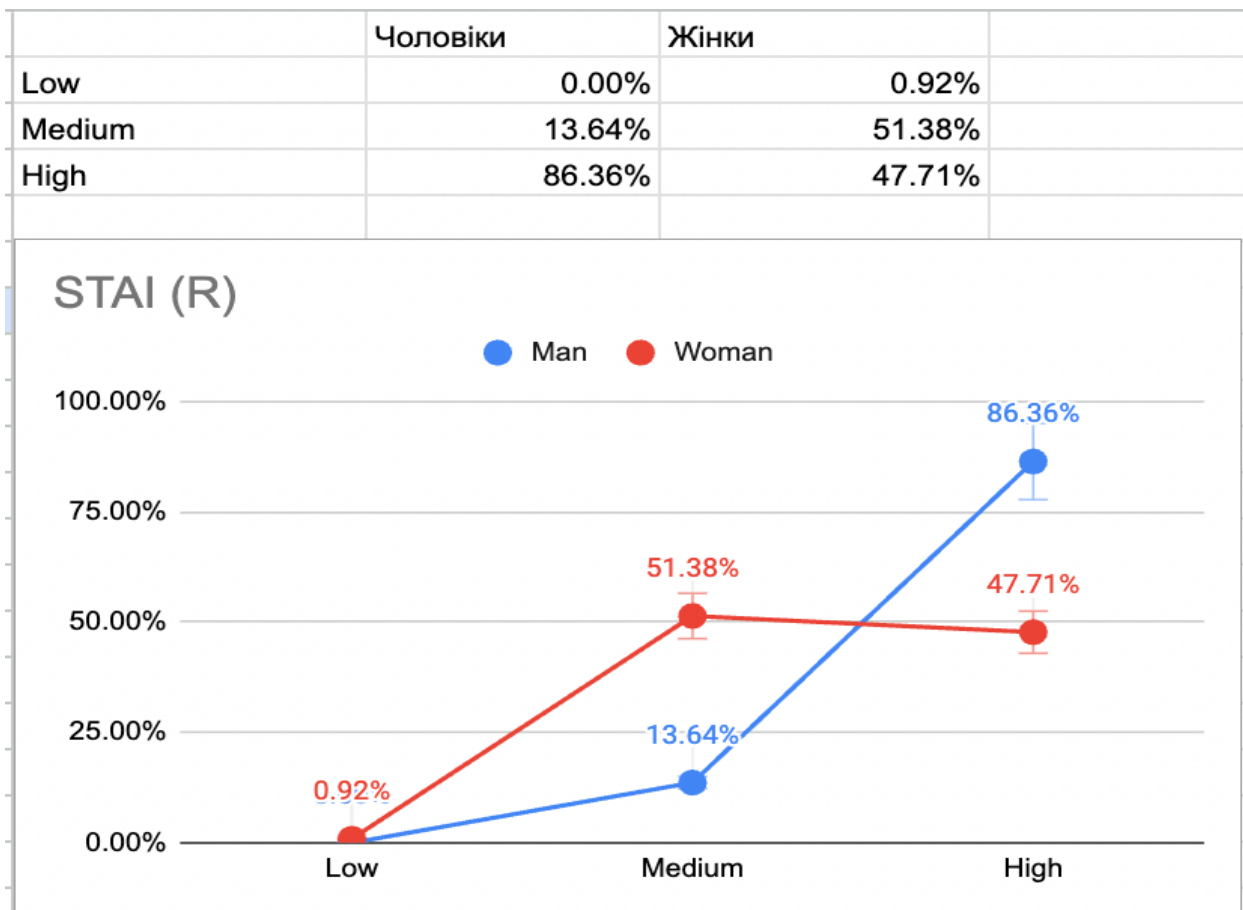


Рис.3.1 Розподілення реактивної тривожності - STAI (R) на чоловіків та жінок.

Бачимо що середній показник за підшкалою реактивної тривожності STAI (R) мають 13,64% чоловіків, та 51,38% жінок, а високий рівень реактивної тривожності за шкалою STAI (R) – у 86,36% чоловіків, та 47,71% жінок.

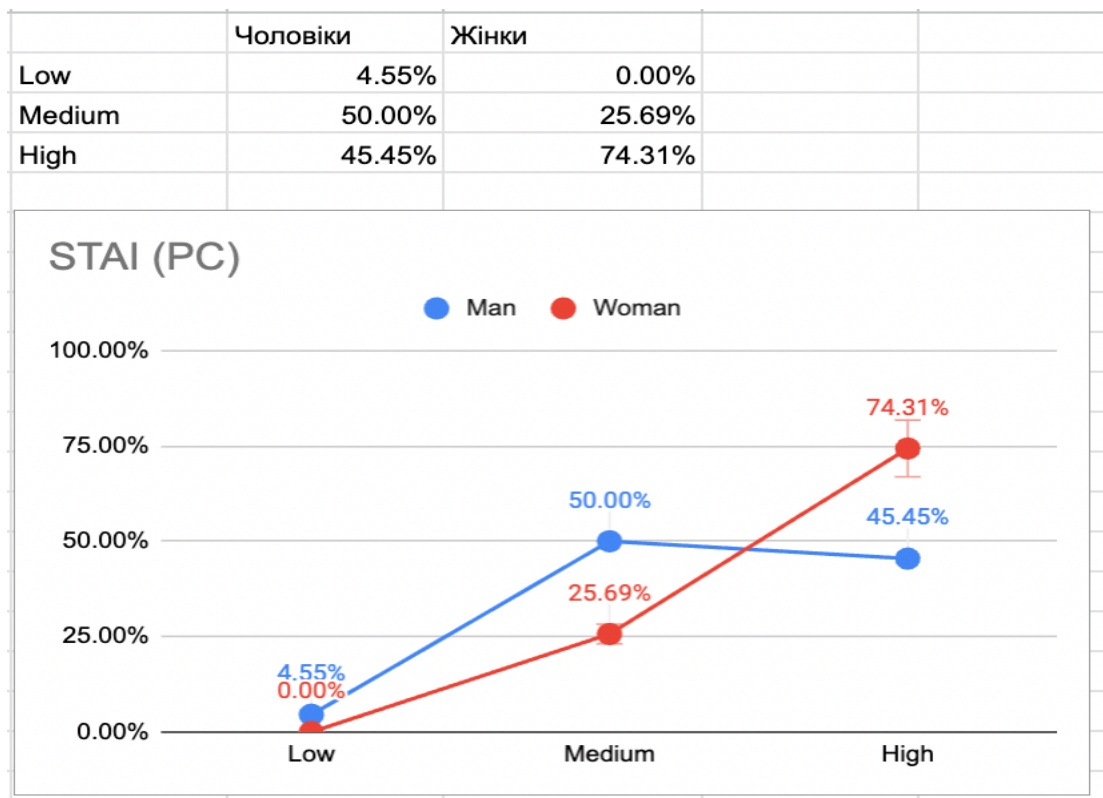


Рис.3.2 Розподілення особистісної тривожності - STAI (PC) за статтю.

Бачимо що середній показник за підшкалою STAI (PC) у 50% опитаних чоловіків та у 25,69% жінок , а високий рівень тривожності за підшкалою особистісної тривожності STAI (PC) – у 45,45% чоловіків, і у 74,31% жінок.

За підшкалою реактивної тривожності STAI (R) високий рівень реактивної тривожності у 86,36% чоловіків, за підшкалою особистісної тривожності STAI (PC) високий рівень тривожності мають 74,31% жінок.

Для оцінки рівня тривожності учасників дослідження також було обрано діагностичну методику «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (HADS). Ця методика розподілена на 2 підшкали. Перша підшкала тривоги (HADS-A) містить питання, що стосуються симптомів тривоги, таких як відчуття напруги, страху, неспокою та фізичних проявів тривоги (наприклад, серцебиття або потовиділення). Вона дозволяє виявити, наскільки виражені тривожні симптоми у людини. Підшкала (HADS-A)

фокусується на симптомах, пов'язаних з нервовим напруженням та занепокоєнням.

Друга підшкала депресії (HADS-D) включає питання, які оцінюють симптоми депресії, зокрема відчуття пригніченості, відсутність інтересу до життя, втрату задоволення від звичних занять та почуття безнадійності. Вона допомагає визначити рівень депресивних симптомів у пацієнта. Підшкала (HADS-D) концентрується на симптомах, пов'язаних з низьким настроєм, відсутністю мотивації та втратою задоволення.

Отримані результати дослідження рівня тривоги та депресії за шкалою HADS ми розподілили за статтю. На графіку можемо бачити розподілення підшкали тривоги (HADS-A) чоловіків та жінок.

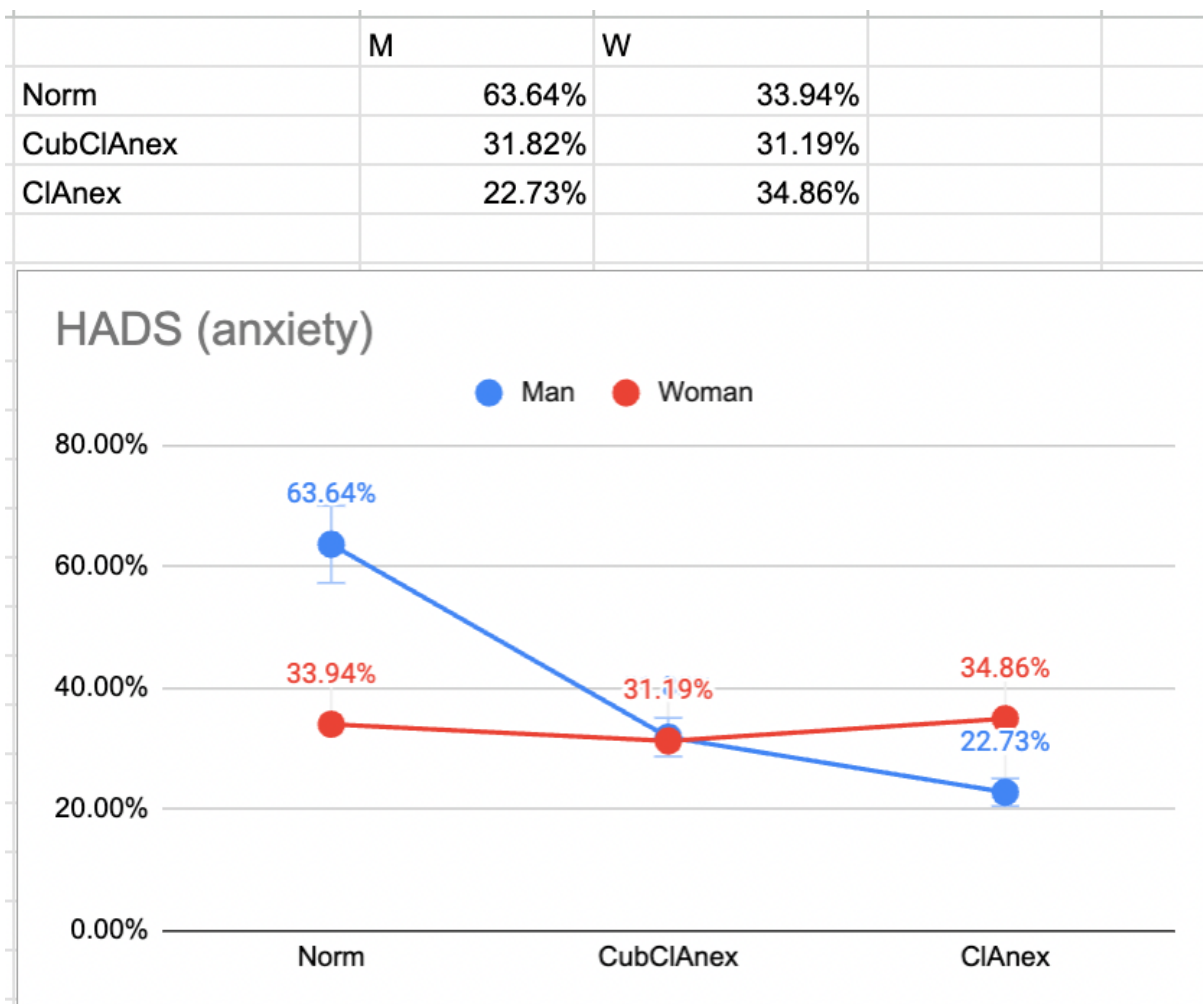


Рис.3.3 Розподілення підшкали тривоги (HADS-A) за статтю.

На графіку можемо бачити розподілення підшкала депресії (HADS-D) чоловіків та жінок. Таким чином бачимо на підшкालі тривоги (HADS-A) що 63,64% опитаних чоловіків мають – нормальний стан (Norm), 31,19% опитаних чоловіків мають – субклінічну тривожність (SubClAnex), 22,73% опитаних чоловіків мають – клінічну тривожність (ClAnex). В той же час вибірка опитаних жінок майже рівномірно розподіляється по кожній категорії. На підшкालі тривоги (HADS-A) 33,94% опитаних жінок мають – нормальний стан (Norm), 31,19% опитаних жінок мають – субклінічну тривожність (SubClAnex) та 34,86% опитаних жінок мають – клінічну тривожність (ClAnex).

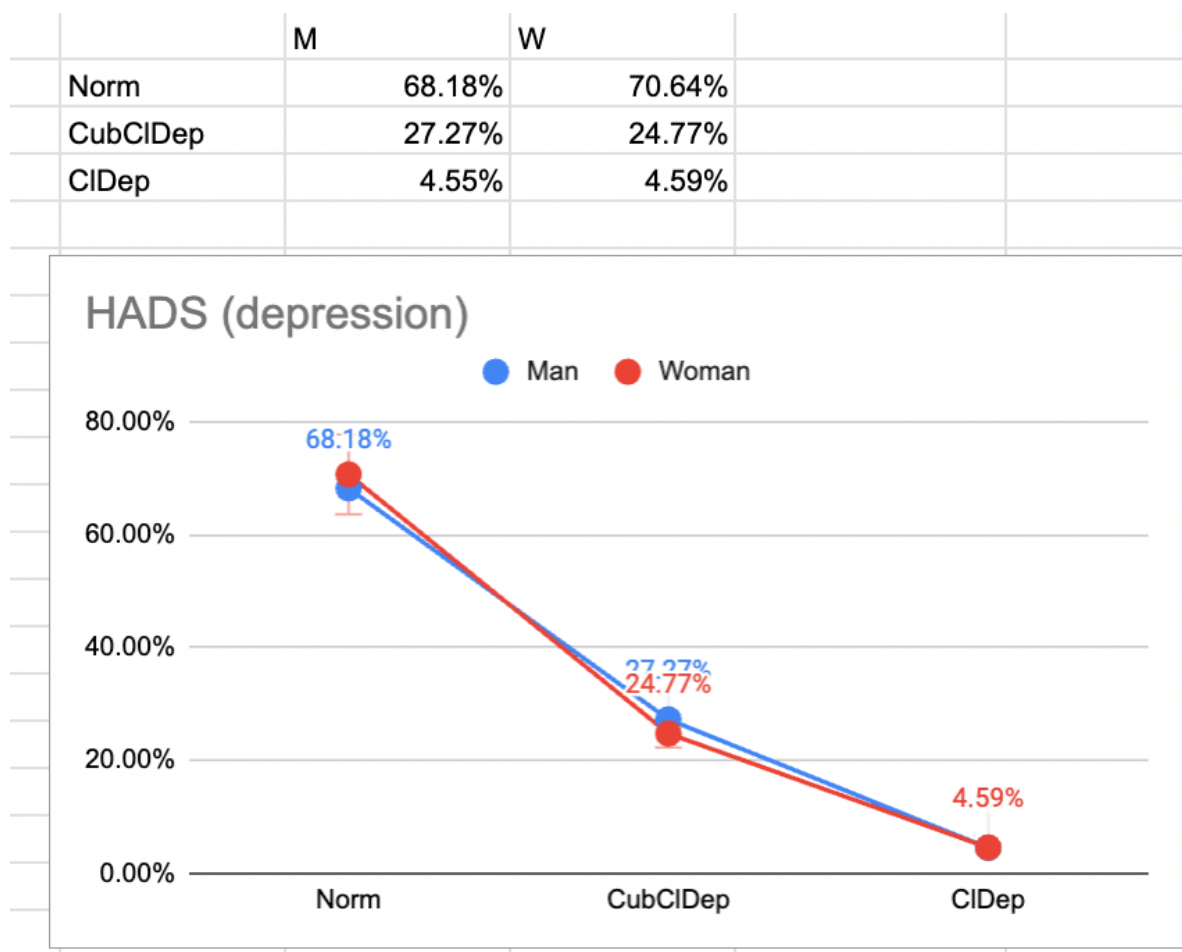


Рис.3.4 Розподілення підшкали депресії (HADS-D) за статтю.

На графіку результатів підшкали депресії (HADS-D) бачимо що розподілення чоловіків та жінок співпадають. Ми маємо показник нормального стану (Norm) у 68% чоловіків та 70% жінок. 24% опитаних жінок та 27% опитаних чоловіків мають – субклінічну тривожність (SubCIAnex) та 4% опитаних жінок та 4% опитаних чоловіків мають – клінічну тривожність (CIAnex).

Отримані результати дослідження рівня тривоги та депресії за шкалою HADS та шкалою STAI ми розподілили за місцем перебування опитуваних (в Україні, переважно к-ть часу в Україні, переважно к-ть часу за межами України, за межами України).

На графіку можемо бачити розподілення підшкала тривоги (HADS-A) та місце перебування респондентів.

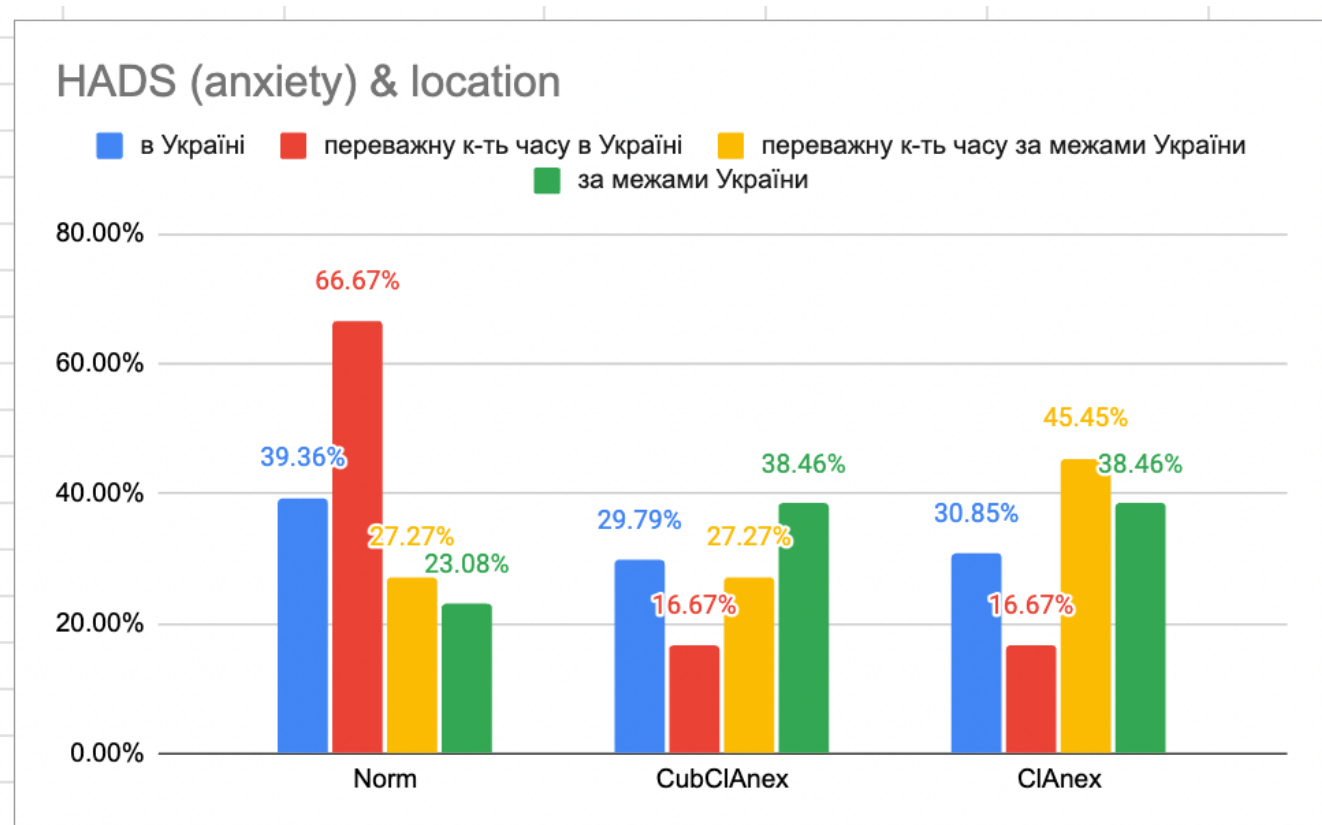


Рис.3.5 Розподілення підшкали тривоги (HADS-A) за місцем перебування.

Опитані що перебувають в Україні за методом підшкали тривоги (HADS-A розподіляються таким чином, 39,36% - мають показник в межах норми (Norm), 29,79% - мають показники субклінічної тривожності (SubClAnex), та 30,85% - мають показники клінічної тривожності (ClAnex).

Опитані що перебувають переважну кількість часу в Україні за методом підшкали тривоги (HADS-A розподіляються таким чином, 66,67% - мають показник в межах норми (Norm), 16,67% - мають показники субклінічної тривожності (SubClAnex), та 16,67% - мають показники клінічної тривожності (ClAnex).

Опитані що перебувають переважну кількість часу за межами України за методом підшкали тривоги (HADS-A розподіляються таким чином, 27,27% - мають показник в межах норми (Norm), 38,46% - мають показники субклінічної тривожності (SubClAnex), та 38,46% - мають показники клінічної тривожності (ClAnex).

Опитані що перебувають за межами України за методом підшкали тривоги (HADS-A розподіляються таким чином, 23,08% - мають показник в межах норми (Norm), 29,79% - мають показники субклінічної тривожності (SubClAnex), та 30,85% - мають показники клінічної тривожності (ClAnex).

На графіку можемо бачити розподілення підшкала депресії (HADS-D) та місце перебування респондентів.

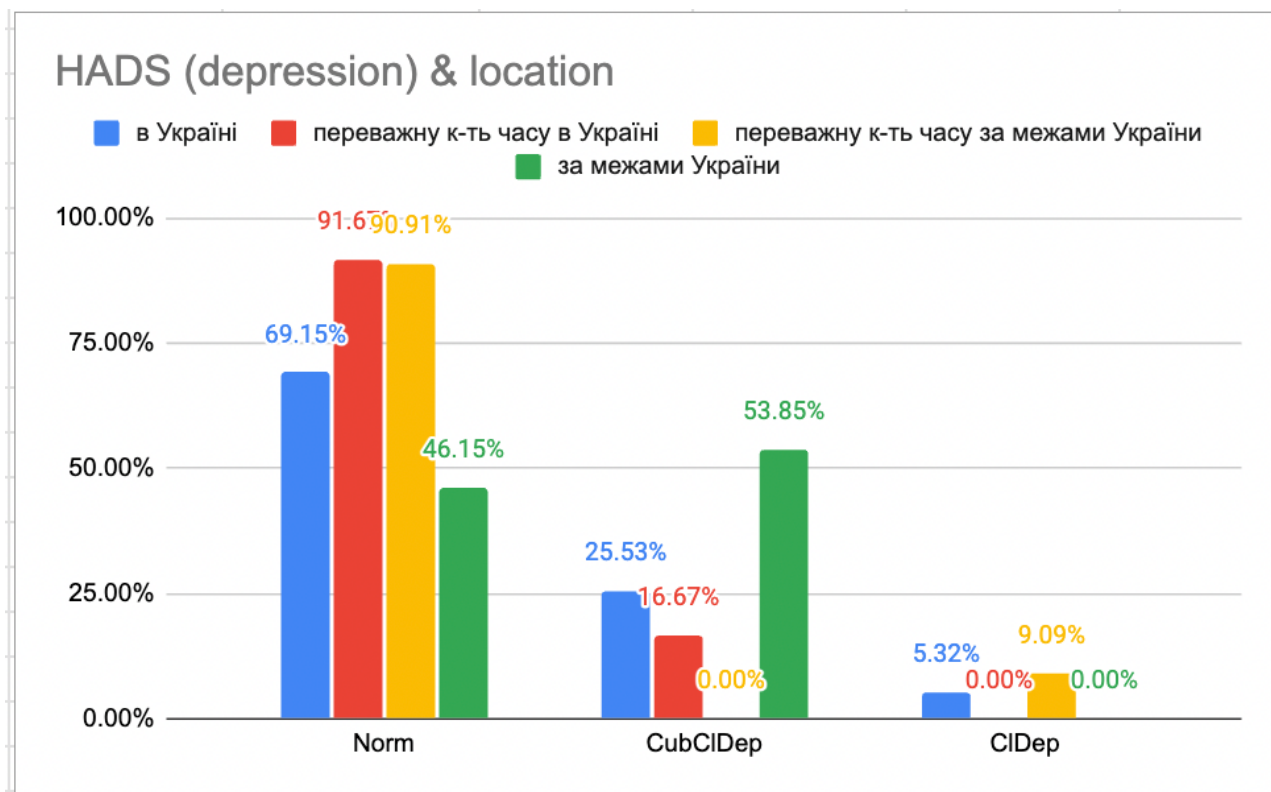


Рис.3.6 Розподілення підшкали депресії (HADS-D) та місцем перебування.

Опитані що перебувають в Україні за методом підшкали депресії (HADS-D) розподіляються таким чином, 69,15% - мають показник в межах норми (Norm), 25,53% - мають показники субклінічної депресії (SubCIDep), та 5,32% - мають показник клінічної депресії (CIDep).

Опитані що перебувають переважну кількість часу в Україні за методом підшкали депресії (HADS-D) розподіляються таким чином, 91,67% - мають показник в межах норми (Norm), 16,67% - мають показники субклінічної депресії (SubCIDep), та відсутні в категорії показника клінічної депресії (CIDep).

Опитані що перебувають переважну кількість часу за межами України за методом підшкали депресії (HADS-D) розподіляються таким чином, 90,91% - мають показник в межах норми (Norm), 0% - мають показники

субклінічної депресії (SubCIDep), та 9,09% - мають показник клінічної депресії (CIDep).

Опитані що перебувають за межами України за методом підшкали депресії (HADS-D) розподіляються таким чином, 46,15% - мають показник в межах норми (Norm), 53,58% - мають показники субклінічної депресії (SubCIDep), та 0% - мають показник клінічної депресії (CIDep).

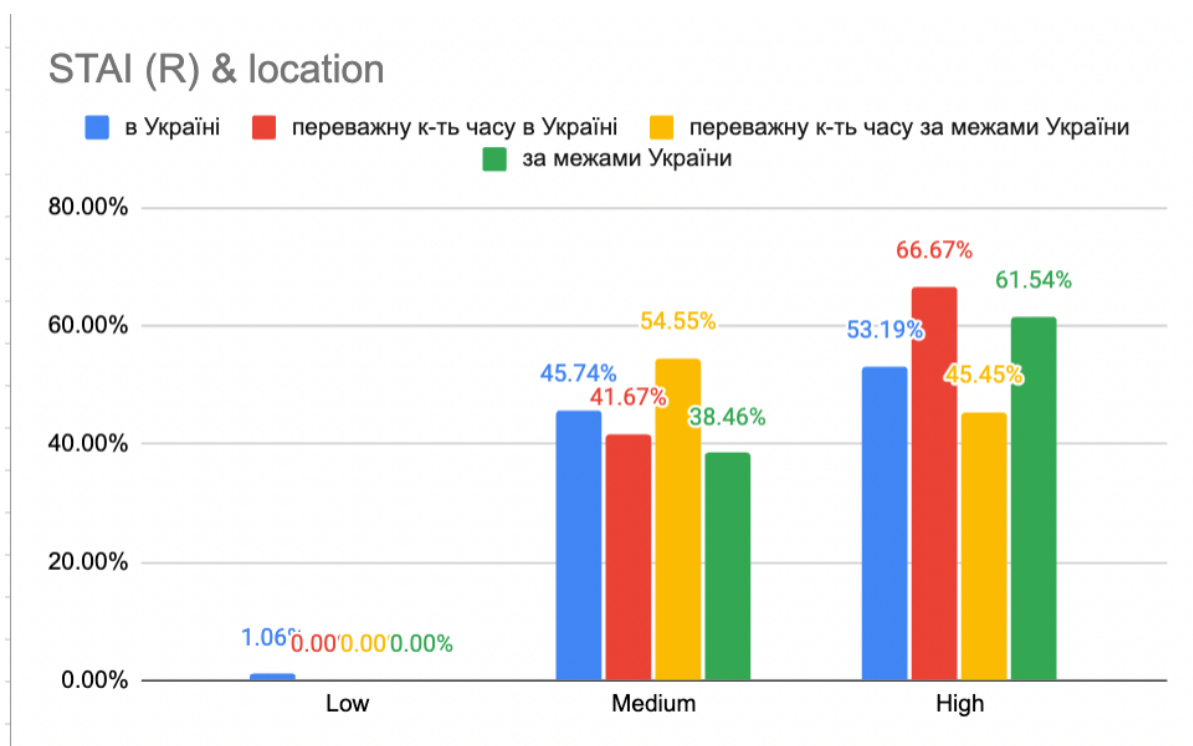


Рис.3.7 Розподілення реактивної тривожності - STAI (R) та місце перебування респондентів.

Опитані за методом підшкали реактивної тривожності - STAI (R) розподіляються таким чином, в категорії низької реактивної тривоги (Low) опитувані що знаходяться в Україні – 1%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу в Україні - 0%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу за межами України - 0%, опитувані що знаходяться за межами України - 0%,

В категорії середнього рівня реактивної тривоги (Medium) опитувані що знаходяться в Україні – 45,74%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу в Україні - 41,67%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу за межами України - 54,55%, опитувані що знаходяться за межами України – 38,46%.

В категорії високого рівня реактивної тривоги (High) опитувані що знаходяться в Україні – 53,19%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу в Україні - 66,67%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу за межами України - 45,45%, опитувані що знаходяться за межами України – 61,54%.

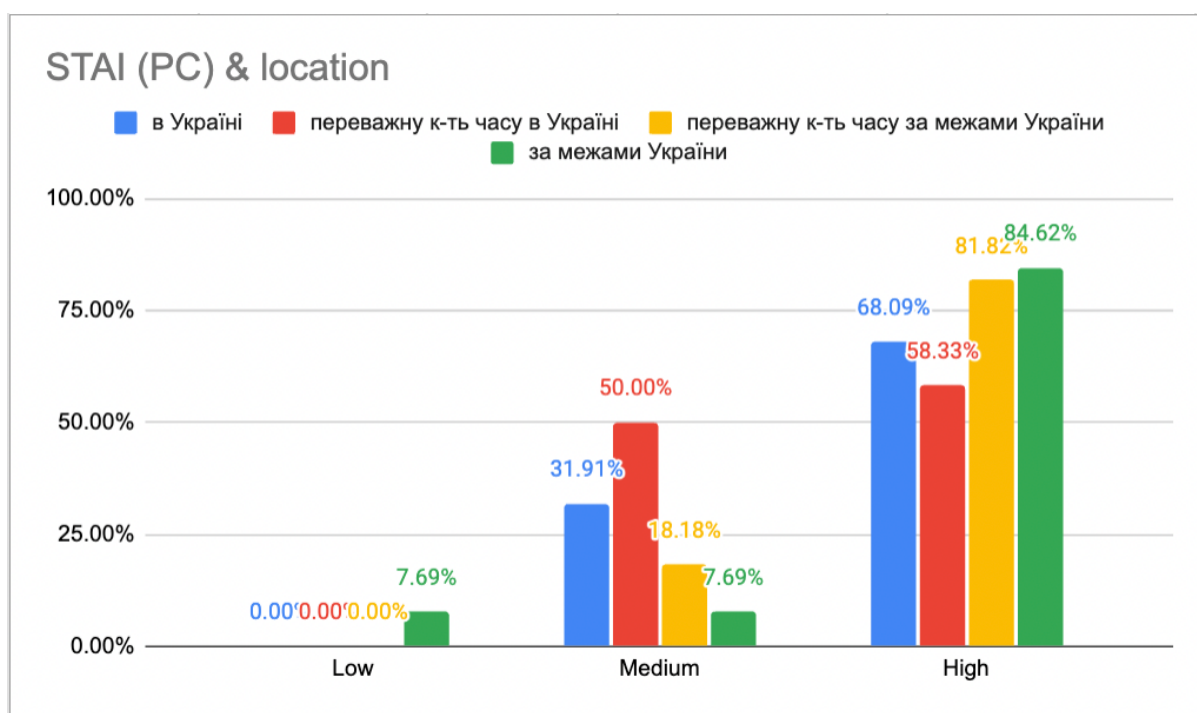


Рис.3.8. Розподілення особистісної тривожності - STAI (PC) та місце перебування респондентів.

Опитані за методом підшкали особистісної тривожності - STAI (PC) розподіляються таким чином, в категорії низької реактивної тривоги (Low) опитувані що знаходяться в Україні – 0%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу в Україні - 0%, опитувані що знаходяться

переважну кількість часу за межами України - 0%, опитувані що знаходяться за межами України - 7%,

В категорії середнього рівня особистісної тривожності (Medium) опитувані що знаходяться в Україні – 31,91%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу в Україні - 50%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу за межами України - 18,18%, опитувані що знаходяться за межами України – 7,69%.

В категорії високого рівня особистісної тривожності (High) опитувані що знаходяться в Україні – 68,09%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу в Україні - 58,33%, опитувані що знаходяться переважну кількість часу за межами України - 81,82%, опитувані що знаходяться за межами України – 84,62%.

Згідно результатів шкали STAI (PC) особистісної тривожності та (R) реактивної тривожності ми бачимо High (високий рівень тривожності) в кожній категорії з перебування опитуваних. В той же час данні з підшкали тривоги (HADS-A) показують що 66,67% опитаних що знаходяться в Україні мають задовільний результат (Norm) і лише 16,67% - CLDEP (клінічну депресію), яку мають 45,45% - що переважну кількість часу перебувають за межами України і 38,47% - що постійно перебувають за кордоном.

Наступним етапом пропонуємо розглянути співвідношення тривожних станів опитуваних за шкалами HADS та STAI та частотою співу.

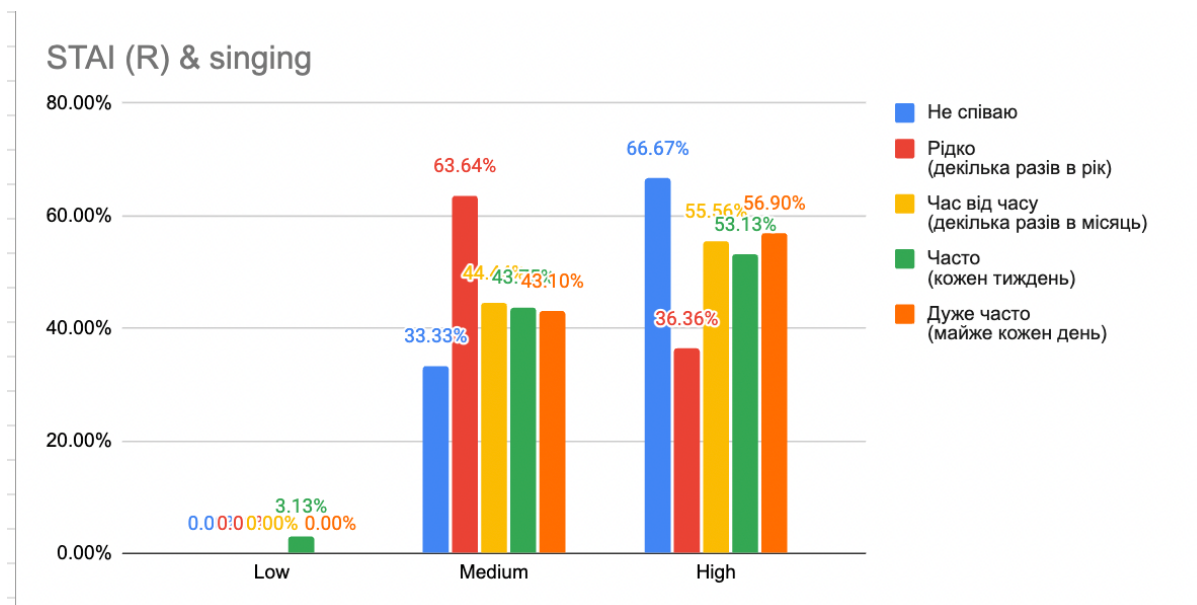


Рис.3.9 Розподілення реактивної тривожності - STAI (R) та частоти співу опитуваних.

Опитані за методом підшкали реактивної тривожності - STAI (R) розподіляються таким чином, в категорії низької реактивної тривоги (Low) опитувані що Не співають – 1%, опитувані що співають Рідко (декілька разів на рік) - 0%, опитувані що співають Час від часу (декілька разів в місяць) - 0%, опитувані що співають Часто (кожен тиждень) - 3%, опитувані що співають дуже часто (майже кожен день) - 0%. В категорії середнього рівня реактивної тривоги (Medium) опитувані що Не співають – 33%, опитувані що співають Рідко (декілька разів на рік) – 63%, опитувані що співають Час від часу (декілька разів в місяць) - 44%, опитувані що співають Часто (кожен тиждень) - 43%, опитувані що співають дуже часто (майже кожен день) - 43%.

В категорії високого рівня реактивної тривоги (High) опитувані що Не співають – 66%, опитувані що співають Рідко (декілька разів на рік) - 36%, опитувані що співають Час від часу (декілька разів в місяць) - 55%, опитувані що співають Часто (кожен тиждень) - 53%, опитувані що співають дуже часто (майже кожен день) -

56%.

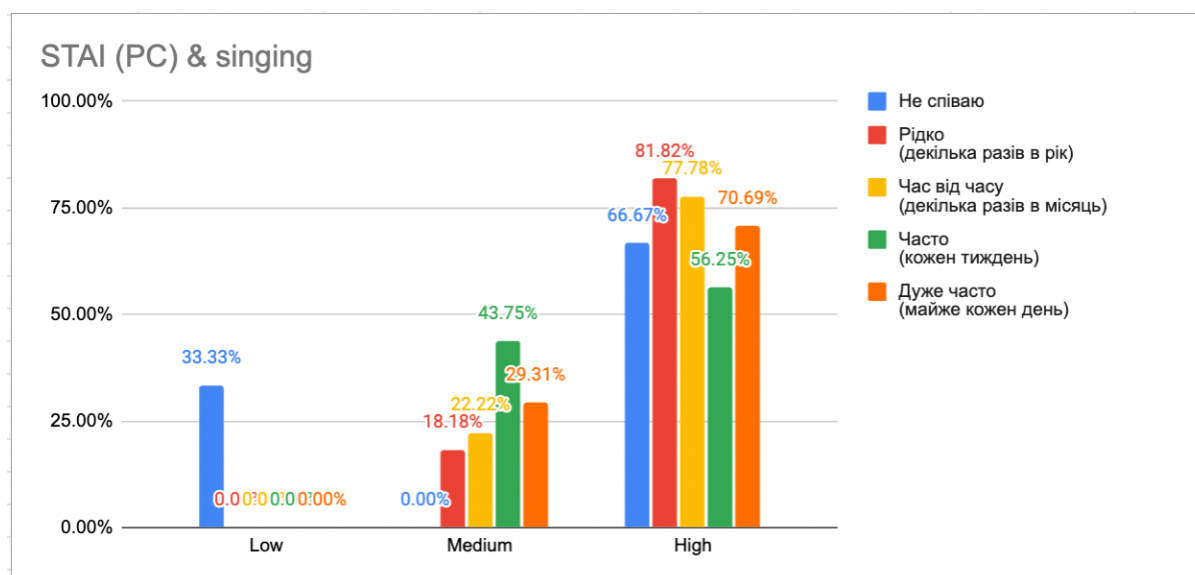


Рис.3.10 Розподілення особистісної тривожності - STAI (PC) та частоти співу опитуваних.

Опитані за методом підшкали особистісної тривожності - STAI (PC) розподіляються таким чином, в категорії низької особистісної тривожності (Low) опитувані що Не співають – 33%, опитувані що співають Рідко (декілька разів на рік) - 0%, опитувані що співають Час від часу (декілька разів в місяць) - 0%, опитувані що співають Часто (кожен тиждень) - 0%, опитувані що співають дуже часто (майже кожен день) - 0%. В категорії середнього рівня особистісної тривожності (Medium) опитувані що Не співають – 0%, опитувані що співають Рідко (декілька разів на рік) – 18%, опитувані що співають Час від часу (декілька разів в місяць) - 22%, опитувані що співають Часто (кожен тиждень) - 47%, опитувані що співають дуже часто (майже кожен день) - 29%.

В категорії високого рівня особистісної тривожності (High) опитувані що Не співають – 66%, опитувані що співають Рідко (декілька разів на рік) - 81%, опитувані що співають Час від

часу (декілька разів в місяць) - 77%, опитувані що співають Часто (кожен тиждень) - 56%, опитувані що співають дуже часто (майже кожен день) - 70%.

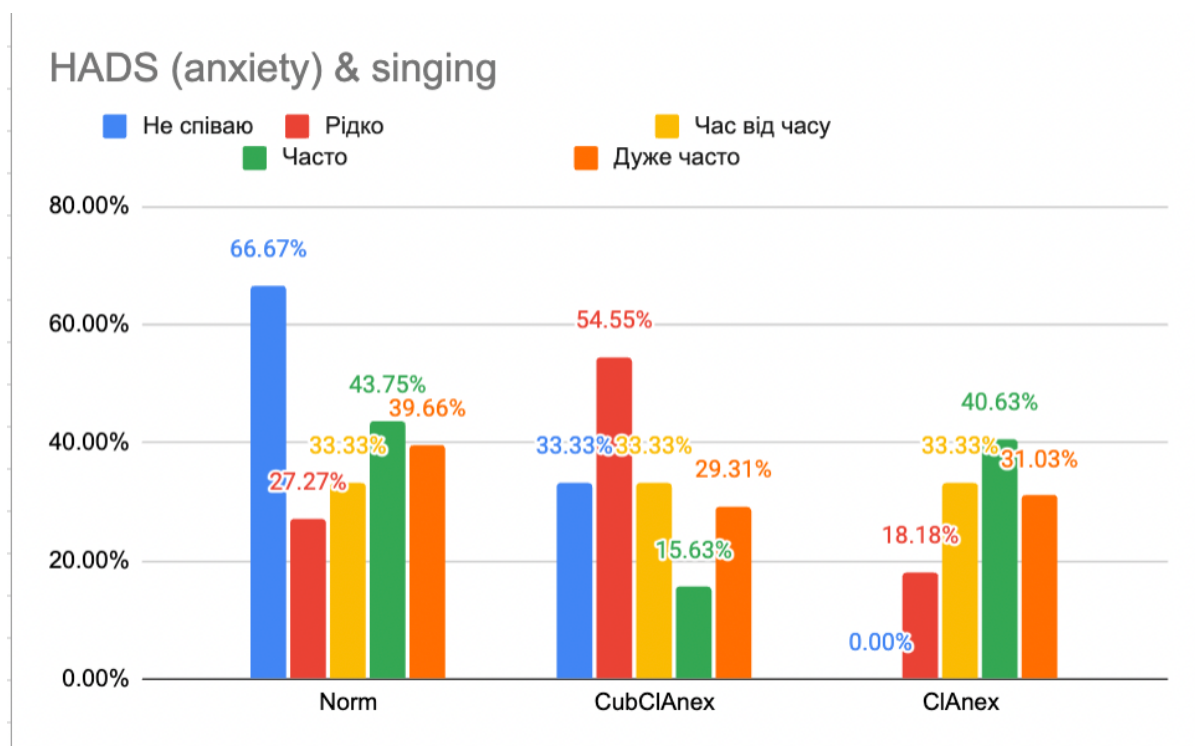


Рис.3.11 Розподілення підшкала тривоги (HADS-A) та частоти співу опитуваних.

На графіку бачимо розподілення за методом підшкали тривоги (HADS-A) та частотою співу, результати розподіляються таким чином, опитані що Не співають 66% - мають показник в межах норми (Norm), 33% - мають показники субклінічної тривоги (SubCfAnex), та 0% - мають показник клінічної тривоги (CfAnex).

Опитані що співають Рідко за методом підшкали тривоги (HADS-A) розподіляються таким чином, 27% - мають показник в межах норми (Norm), 54% - мають показники субклінічної тривоги (SubAnex), та 18% в категорії показника клінічної тривоги (CfAnex).

Опитані що співають Час від часу за методом підшкали тривоги (HADS-A) розподіляються таким чином, 33% - мають показник в межах норми (Norm), 33% - мають показники субклінічної тривоги (SubClAnex), та 33% - мають показник клінічної тривоги (ClAnex).

Опитані що співають Часто за методом підшкали тривоги (HADS-A) розподіляються таким чином, 43% - мають показник в межах норми (Norm), 15% - мають показники субклінічної тривоги (SubClAnex), та 40% - мають показник клінічної тривоги (ClAnex).

Опитані що співають Дуже часто за методом тривоги (HADS-A) розподіляються таким чином, 39% - мають показник в межах норми (Norm), 29% - мають показники субклінічної тривоги (SubClAnex), та 31% - мають показник клінічної тривоги (ClAnex).

HADS (depression) & singing

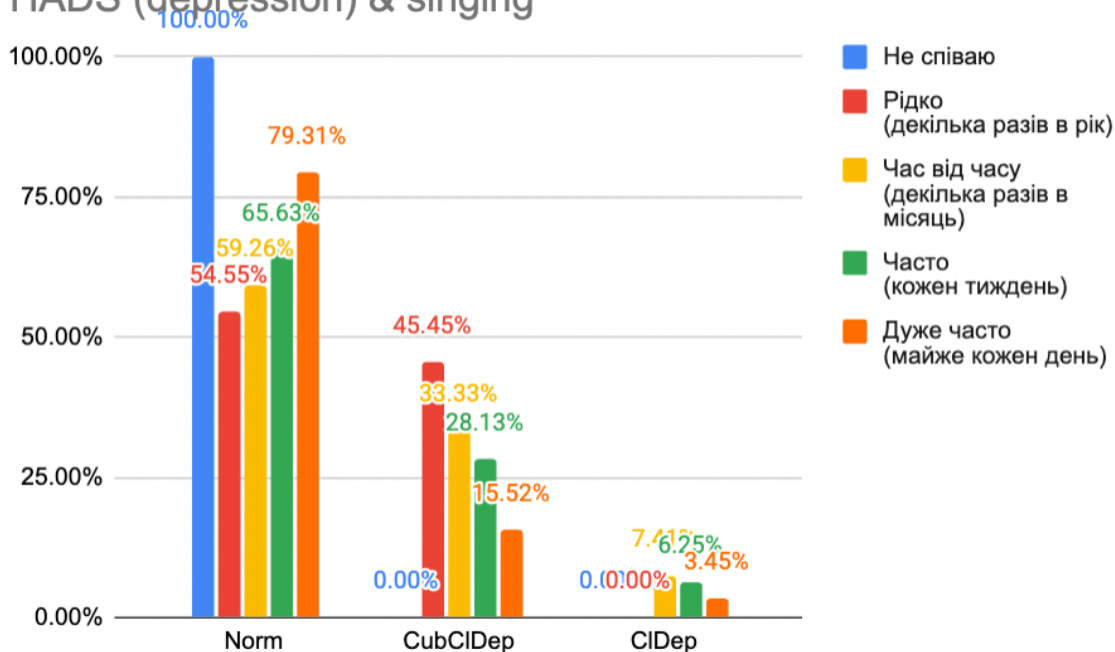


Рис.3.12 Розподілення підшкала депресії (HADS-D) та частоти співу опитуваних.

На графіку бачимо розподілення за методом підшкали депресії (HADS-D) та частотою співу, результати розподіляються таким чином, опитані що Не співають 100% - мають показник в межах норми (Norm), 0% - мають показники субклінічної депресії (SubCIDep), та 0% - мають показник клінічної депресії (CIDep).

Опитані що співають Рідко за методом підшкали депресії (HADS-D) розподіляються таким чином, 54% - мають показник в межах норми (Norm), 45% - мають показники субклінічної депресії (SubCIDep), та відсутні в категорії показника клінічної депресії (CIDep).

Опитані що співають Час від часу за методом підшкали депресії (HADS-D) розподіляються таким чином, 59% - мають показник в межах норми (Norm), 33% - мають показники субклінічної депресії (SubCIDep), та 7% - мають показник клінічної депресії (CIDep).

Опитані що співають Часто за методом підшкали депресії (HADS-D) розподіляються таким чином, 65% - мають показник в межах норми (Norm), 28% - мають показники субклінічної депресії (SubCIDep), та 6% - мають показник клінічної депресії (CIDep).

Опитані що співають Дуже часто за методом підшкали депресії (HADS-D) розподіляються таким чином, 79% - мають показник в межах норми (Norm), 15% - мають показники субклінічної депресії (SubCIDep), та 3% - мають показник клінічної депресії (CIDep).

За результатами зображених вище кореляцій можемо зробити висновок що загальний стан тривожності є високим і велика кількість респондентів з високим рівнем тривоги як особистісної так і реактивної – виконують співочі інтервенції.

Також ми маємо результати співвідношення рівня тривоги та депресії за шкалами HADS та STAI професійних співаків та любителів.

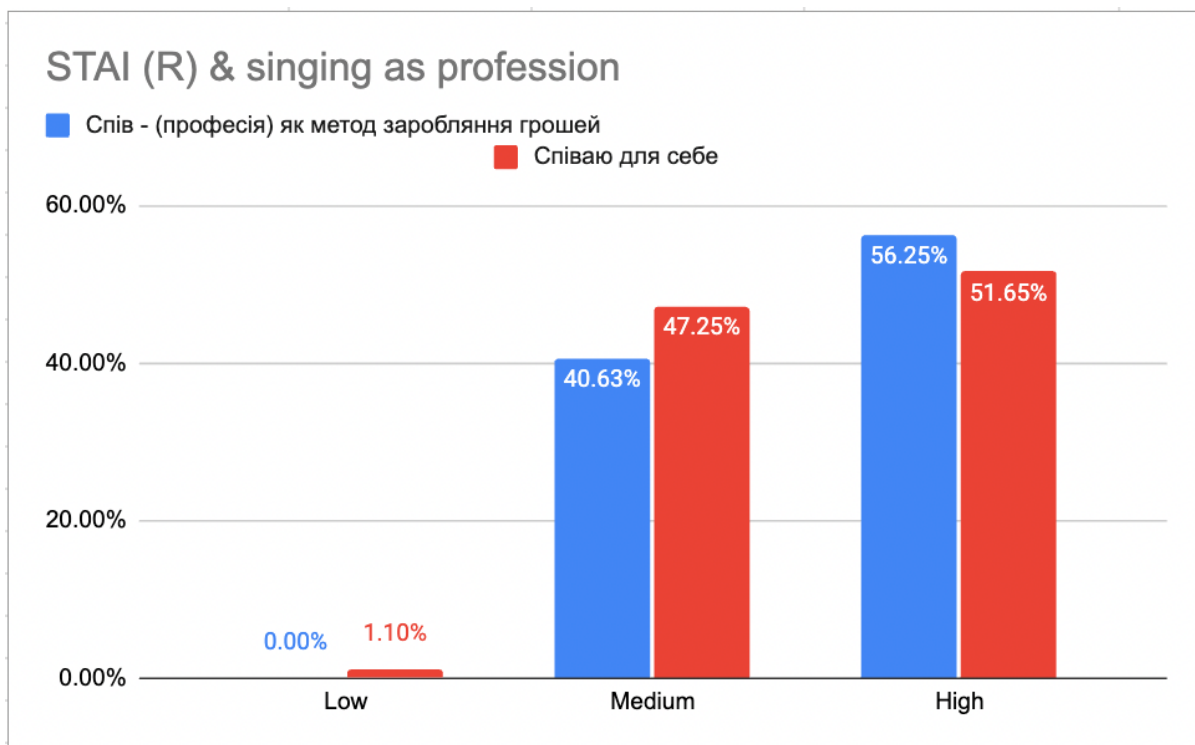


Рис.3.13 Розподілення реактивної тривожності - STAI (R) професійних співаків та любителів.

На графіку відображено що згідно з методом оцінки STAI (R) – низький рівень реактивної тривожності (Low) – спостерігається у 0% - опитаних що заробляють співом, та 1% - що співають для себе.

Згідно з методом оцінки STAI (R) – середній рівень реактивної тривожності (Medium) – спостерігається у 40% - опитаних що заробляють співом, та 47% - опитаних що співають для себе.

Згідно з методом оцінки STAI (R) – високий рівень реактивної тривожності (High) – спостерігається у 56% - опитаних що заробляють співом, та 51% - що співають для себе.

STAI (PC) & singing as profession

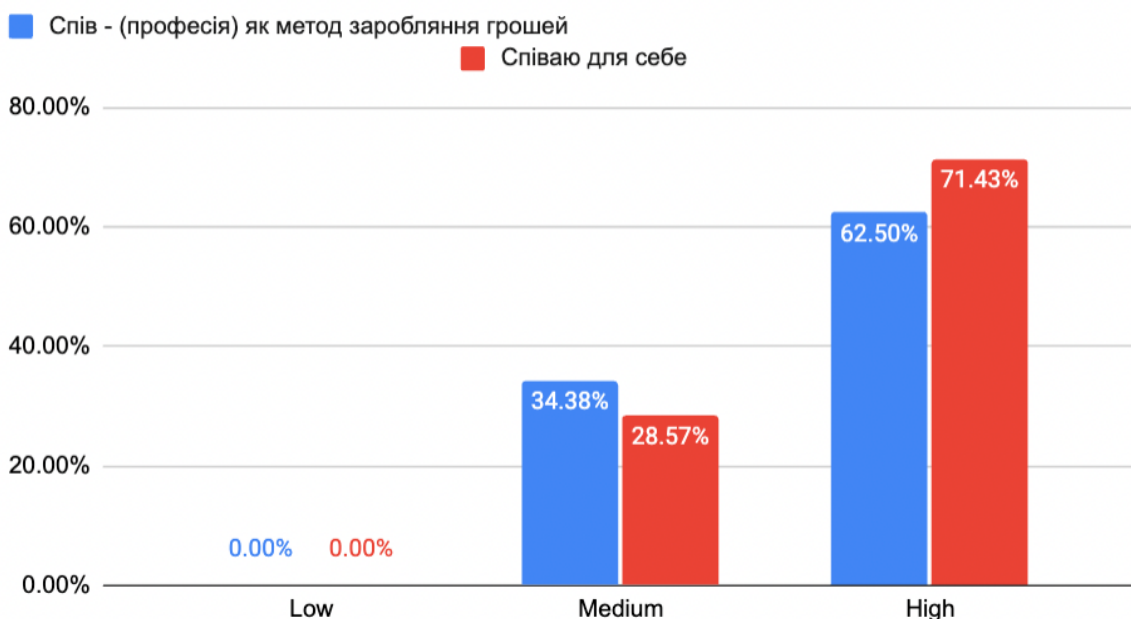


Рис.3.14 Розподілення особистісної тривожності - STAI (PC) професійних співаків та любителів.

На графіку відображено що згідно з методом оцінки STAI (PC) – низький рівень особистісної тривожності (Low) – спостерігається у 0% - опитаних що заробляють співом, та 0% - опитаних що співають для себе.

Згідно з методом оцінки STAI (R) – середній рівень особистісної тривожності (Medium) – спостерігається у 34% - опитаних що заробляють співом, та 28% - опитаних що співають для себе.

Згідно з методом оцінки STAI (R) – високий рівень особистісної тривожності (High) – спостерігається у 62% - опитаних що заробляють співом, та 71% - що співають для себе.

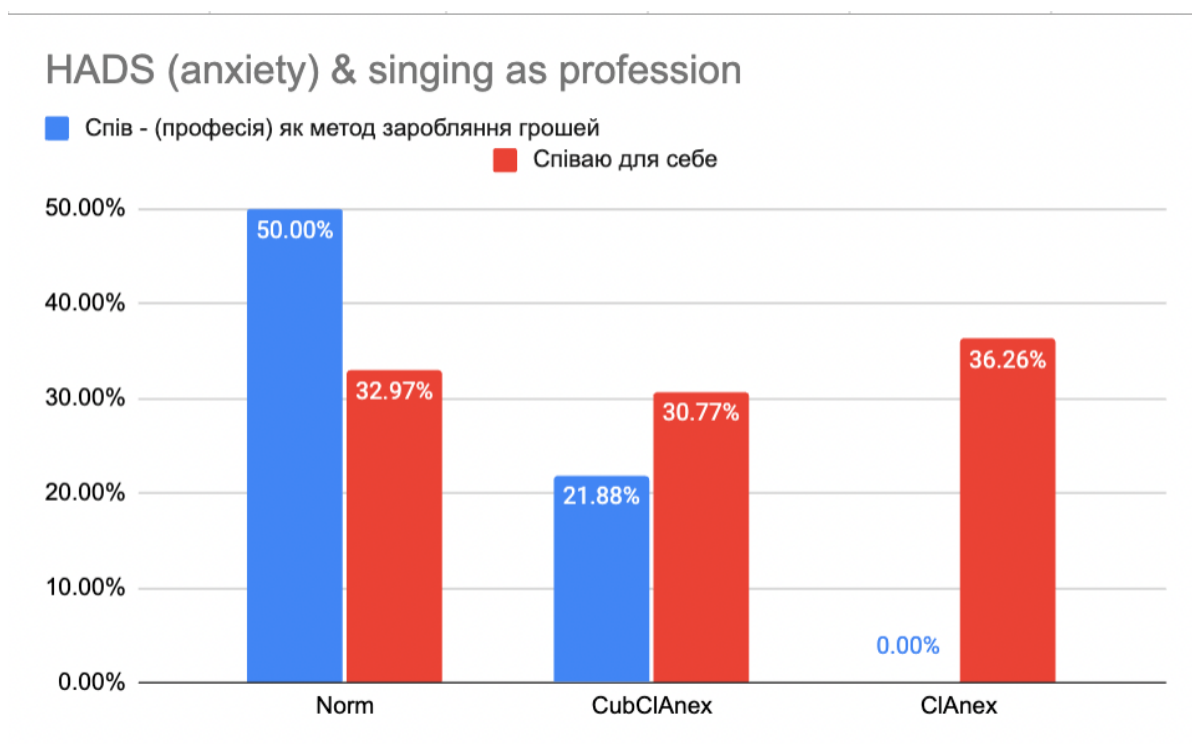


Рис.3.15 Розподілення підшкала тривоги (HADS-A) професійних співаків та любителів.

На графіку бачимо розподілення за методом підшкали тривоги (HADS-A) та професійних співаків що заробляють співом та любителів, що співають для себе. Результати розподіляються таким чином, опитані для яких спів є джерелом доходу 50% - мають показник в межах норми (Norm), 21% - мають показники субклінічної тривоги (SubClAnex), та 0% - мають показник клінічної тривоги (ClAnex).

Опитані для яких спів не є джерелом доходу за методом підшкали тривоги (HADS-A) розподіляються таким чином, 32% - мають показник в межах норми (Norm), 30% - мають показники субклінічної тривоги (SubAnex), та 36% в категорії показника клінічної тривоги (ClAnex).

HADS (depression) & singing as profession

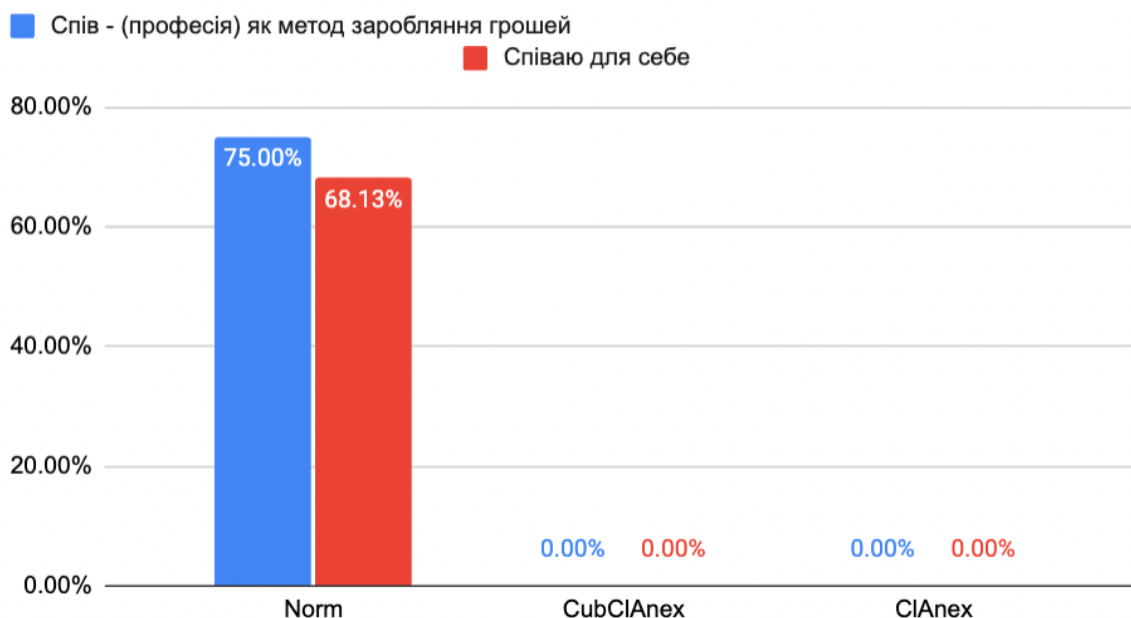


Рис.3.16 Розподілення підшкала депресії (HADS-D) та професійних співаків та любителів.

На графіку бачимо розподілення за методом підшкали депресії (HADS-D) та професійних співаків що заробляють співом та любителів, що співають для себе.

Результати розподіляються таким чином, опитані для яких спів є джерелом доходу 75% - мають показник в межах норми (Norm), 0% - мають показники субклінічної депресії (SubCIDep), та 0% - мають показник клінічної депресії (CIDep).

Опитані що співають для себе і спів не є джерелом доходу за методом підшкали депресії (HADS-D) розподіляються таким чином, 68% - мають показник в межах норми (Norm), 0% - мають показники субклінічної депресії (SubCIDep), та відсутні в категорії показника клінічної депресії (CIDep).

Також для дослідження співу ми провели опитування для визначення впливу співу на суб'єктивне благополуччя особистості.

Важливо зазначити що 72,5% опитуваних, це 95 осіб зазначили що

відмічають покращення свого психічного стану, а саме зменшення тривоги, під час чи після співу.

17. Чи відчуваєте Ви покращення свого психічного стану, а саме зменшення тривоги, під час чи після співу?

131 відповідь

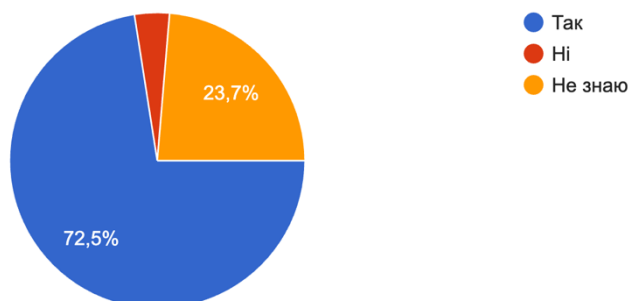


Рис.3.17 Розподілення вибірки за суб'єктивною оцінкою впливу співу на психічний стан, а саме тривогу.

Також варто відмітити що 59,5% опитуваних, це 78 осіб у відповіді на питання опитувальнику зазначили, що використовують спів як метод боротьби з тривожними станами.

16. Чи використовуєте Ви спів як метод боротьби з тривожними станами?

131 відповідь

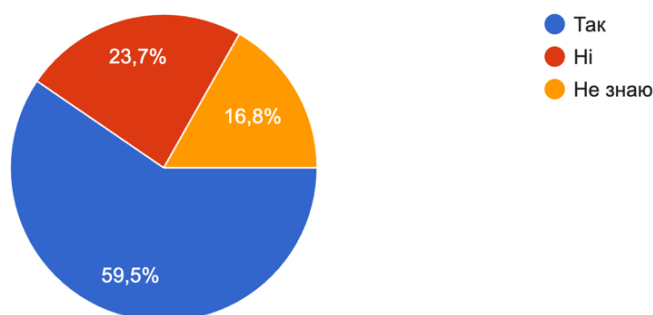


Рис.3.18 Розподіл опитуваних за використанням співу як методи боротьби з тривожними станами.

І 82,2% опитуваних, це 83 особи оцінили вплив співу на їх емоційний та загальний стан – як позитивний.

11. Як Ви оцінюєте вплив співу на ваш емоційний стан та загальний настрій?

101 відповідь

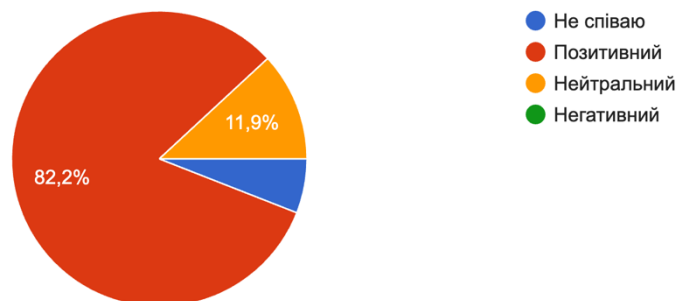


Рис.3.19 Розподіл вибірки за оцінкою впливу співу на емоційний стан та настрій.

Для оцінки загального психічного благополуччя та добробуту осіб ми використали опитувальник WHO-5 та розподілені на 2 групи, тих що співають і тих що не співають та Шкалу резильєнтності Коннора–Девідсона-10 для вимірювання резилієнтності та пошуку закономірностей у групі що співає та що не співає.

Descriptives			
	AI	WR	RR
N	1	21	21
	2	80	80
Mean	1	44.4	28.7
	2	42.5	27.0
Std. error mean	1	4.90	1.46
	2	2.11	0.757
95% CI mean lower bound	1	34.2	25.7
	2	38.3	25.5
95% CI mean upper bound	1	54.6	31.8
	2	46.7	28.5
Median	1	44	29
	2	40.0	27.0
Standard deviation	1	22.4	6.70
	2	18.9	6.77
Range	1	84	27
	2	72	32
Minimum	1	16	12
	2	8	8
Maximum	1	100	39
	2	80	40
Shapiro-Wilk W	1	0.925	0.932
	2	0.960	0.978
Shapiro-Wilk p	1	0.111	0.152
	2	0.013	0.190

Note. The CI of the mean assumes sample means follow a t-distribution with N - 1 degrees of freedom

Рис.3.20 Кореляційний Аналіз результатів Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона-10 та опитувальника WHO-5

N	-	кількість	людей
AI	2	- Досліджувана	Група (що співають)
AI	1	- Контрольна	Група (що не співають)

WR - Результати опитувальника WHO-5
 RR - Результати Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона-10

- Mean - типове значення
- Median - типове значення, стійке до відхилень від норм. розподілу і до появи особливих значень, що відрізняються.
- Standart deviation - як люди варіюють навколо типового в середньому

В результатах бачимо несуттєву різницю між типовим значенням WR AI 2 - 42,5 та WR AI 2 - 44,4 - що значить - загальний показник рівня суб'єктивного благополуччя контрольної групи незначуще вищий ніж досліджуваної.

Щодо показнику Резильєнтності в контрольній групі WR AI 1 - 28,7 та досліджуваній групі WR AI 2 - 27,0 - з чого можемо зробити висновок, що загальний показник резильєнтності у контрольній групі є вищим ніж в досліджуваній.

Для перевірки зробили Гістограму (графіки розподілів) для двох шкал. Бачимо не рівномірний розподіл даних, що відхиляється від норми. Що теоретично може бути причиною для проведення більш критичного підбору вибірки та обробки даних.

RR

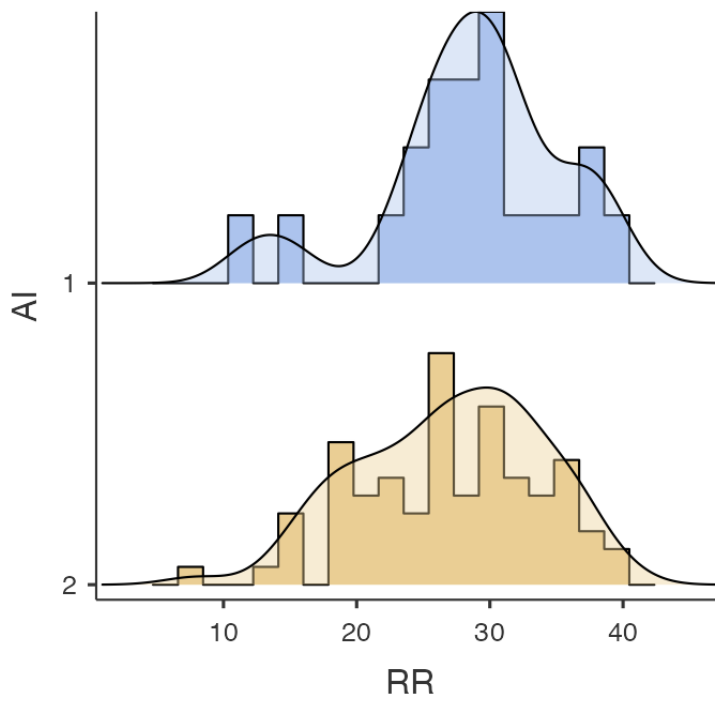


Рис.3.21 Графік розподілів Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона-10

WR

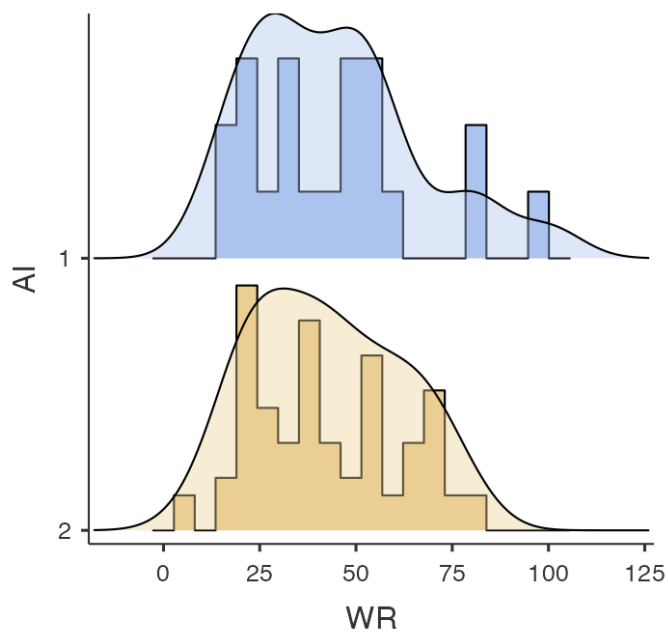


Рис.3.22 Графік розподілів опитувальника WHO-5

Також для перевірки узгодженості використаних методик ми примінили Коефіцієнт альфа Кромбаха (Cronbach's alpha) приймає значення в діапазоні від 0 до 1. Прийнятними вважаються значення $\alpha > 0,8$, що є показниками надійності тесту. В даному випадку тести

можна вважати надійним, оскільки Альфа Кронбаха $>0,8$, близьиться до одиниці. Цей показник демонструє високу узгодженість шкали методики WHO-5 та Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона-10.

Reliability Analysis

Scale Reliability Statistics

Cronbach's α	
scale	0.870

[3]

Correlation Heatmap

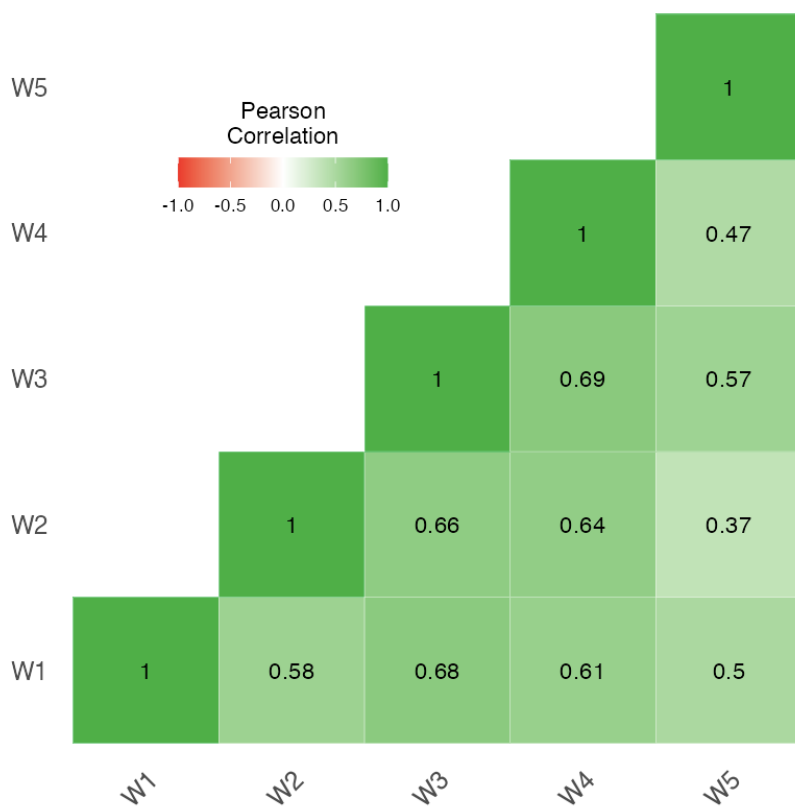


Рис.3.23 Коефіцієнт (Cronbach's alpha) опитувальника WHO-5

Correlation Heatmap

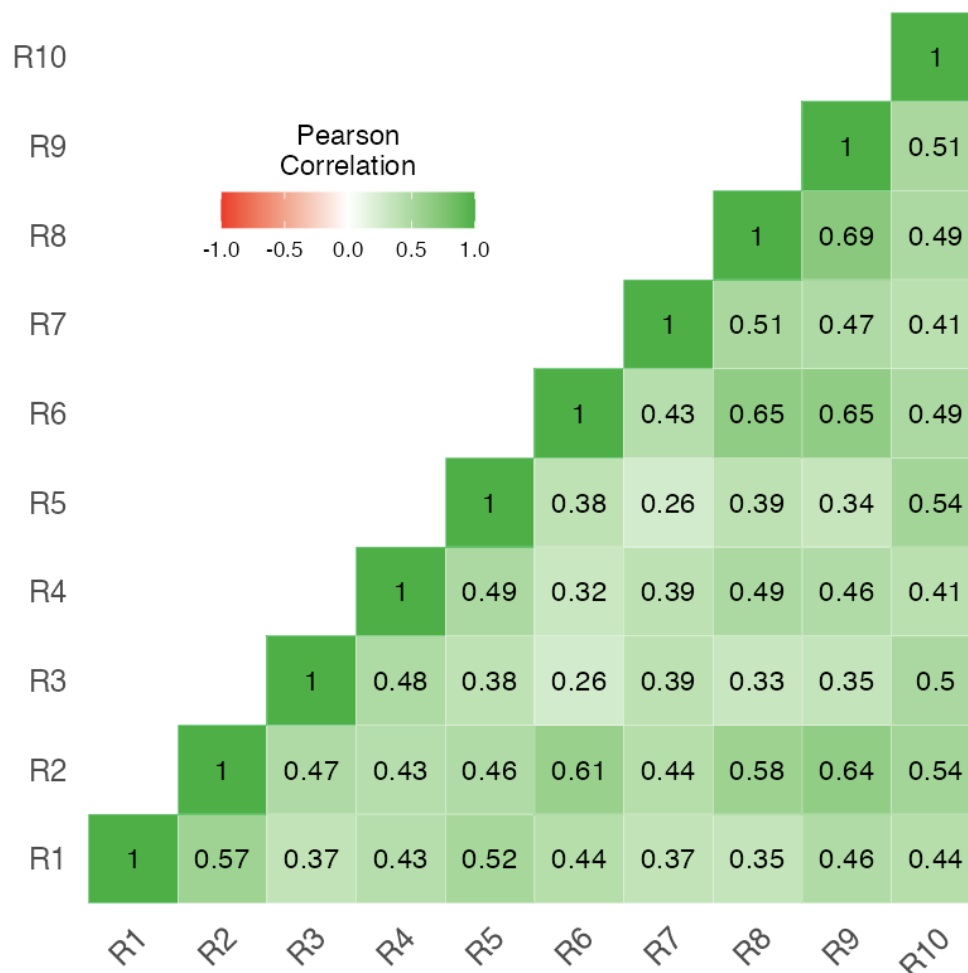


Рис.3.23 Коефіцієнт (Cronbach's alpha) Шкали резильєнтності Коннора–Девідсона-10

Обидва інструменти вимірювання не показали статистично значущих різниць між досліджуваною та контрольною групами. Незважаючи на відсутність статистично значущих різниць, важливо враховувати потенційні обмеження та фактори, які можуть впливати на результати. Детальне вивчення невдалого вказує на необхідність подальших досліджень, спрямованих на уточнення параметрів впливу співу на психічне благополуччя та резилієнтність особистості. Це вимагає уточнення методології, врахування індивідуальних різниць, та розгляд альтернативних варіантів музичного впливу.

Correlation Matrix

Correlation Matrix		HADS (anx) (2)	STAI (R) (2)	STAI (PC) (2)	HADS (dep) (2)
HADS (anx) (2)	Pearson's r	—			
	df	—			
	p-value	—			
STAI (R) (2)	Pearson's r	-0.754	—		
	df	129	—		
	p-value	<.001	—		
STAI (PC) (2)	Pearson's r	0.695	-0.740	—	
	df	129	129	—	
	p-value	<.001	<.001	—	
HADS (dep) (2)	Pearson's r	0.411	-0.482	0.489	—
	df	129	129	129	—
	p-value	<.001	<.001	<.001	—

Рис.3.24 Кореляційна матриця використаних в дослідженні методик Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) і особистісної тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна (STAI)

На графіку бачимо середню кореляцію – 0,6 між підшкалою HADS-A та STAI (PC), 0,4 між підшкалою HADS-A та HADS-D, та негативну кореляцію -0,7 між підшкалою HADS-A та STAI (R).

Також бачимо негативну кореляцію -0,7 між STAI (PC) та STAI (R), та -0,4 між підшкалою STAI (R) та HADS-D. Та середній показник кореляції 0,4 між STAI (PC) та HADS-D.

Correlation Matrix

Correlation Matrix

		частота співу
частота співу	Pearson's r	—
	df	—
	p-value	—
STAI (R) (2)	Pearson's r	0.063
	df	129
	p-value	0.473
STAI (PC) (2)	Pearson's r	0.041
	df	129
	p-value	0.640
HADS (anx) (2)	Pearson's r	0.116
	df	129
	p-value	0.185
HADS (dep) (2)	Pearson's r	-0.085
	df	129
	p-value	0.337

Рис.3.25 Кореляційна матриця використаних в дослідженні методик Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) і особистісної тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна (STAI) та частоти співу.

На графіку бачимо відсутність кореляції між частотою співу та підшкалою реактивної тривожності STAI (R) – 0,06, також відсутність кореляції між частотою співу та підшкалою особистісної тривожності STAI (PC) – 0,04, низьку кореляцію між частотою співу та підшкалою HADS-A – 0,1, та від’ємну кореляцію між частотою співу та підшкалою HADS-D – - 0,08.

Reliability Analysis

Scale Reliability Statistics

	Cronbach's α
scale	0.691

[3]

Item Reliability Statistics

	If item dropped Cronbach's α
HADS (dep) (2)	0.718
STAI (PC) (2)	0.548
HADS (anx) (2)	0.453

Рис.3.26 Коефіцієнт альфа Кромбаха (Cronbach's alpha) для використаних в дослідженні методик Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) і особистісної тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна (STAI).

3.2.Рекомендації щодо використання співу в роботі з тривожними станами

З описаних у попередніх розділах результатах дослідження для впорядкування діяльності та зменшення рівня тривожності були розроблені рекомендації. Згідно зібраних даних 59,5% опитаних використовують спів як метод боротьби з тривожними станами.

16. Чи використовуєте Ви спів як метод боротьби з тривожними станами?

131 відповідь

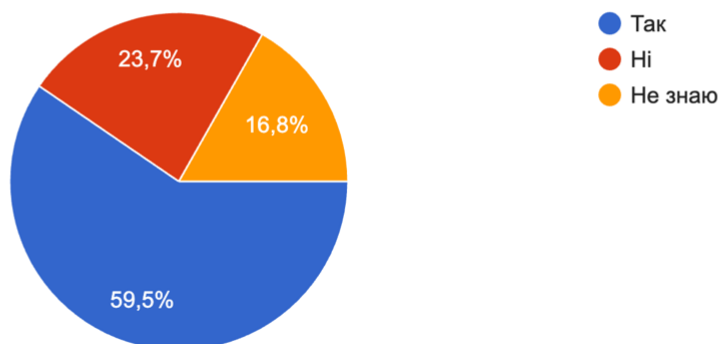


Рис.3.27 Розподілення вибірки за використанням співу як методу боротьби з тривожними станами.

Перед початком використання співочих інтервенцій необхідно провести тестувальну сесію (вона може бути проведена самостійно або з допомогою психолога чи вокалотерапевта). Ціль першої сесії зрозуміти чи є особистість чутливою до співочих інтервенцій. Для вимірювання можна використати шкалу STAI (R) реактивної тривоги, також можуть бути використані шкала самопочуття (1 – 10), чи суб'єктивна оцінка особи, відчуття в тілі, для оцінки ефективності методу обов'язково провести оцінку двічі, на початку та наприкінці сесії.

Також важливо звернути увагу на наповнення та тривалість співочих інтервенцій, з огляду зібраних даних, опитані витрачають від 10 хвилин до декількох годин для боротьби з тривогою.

Важлива організація комфортного середовища для співочих інтервенцій, забезпечити тихе та спокійне місце, де можна співати без відволікаючих факторів. Це може бути окрема кімната або спеціально обладнаний простір для співу.

Також є необхідність проводити співочі сесії регулярно, бажано щодня або кілька разів на тиждень, але обирати комфортний режим. Постійна практика допоможе закріпити позитивний ефект. Але, також при виборі інтенсивності співочих інтервенцій варто пам'ятати про комфорт та бережне відношення до себе, а саме здоров'я м'язів гортані та горла, що задіяних у співі, легенів та слідкувати за кількістю кисню, оскільки гіпервентиляція, перенасичення організму киснем, може призвести до головного болю та навіть втрати свідомості. Перед початком співу не варто обтяжувати себе важкою їжею. Варто включити у співочі заняття вправи на глибоке дихання. Це сприятиме додатковому розслабленню і зниженню рівня стресу, підготовці тіла до співу. Важливо звертати увагу на тонус м'язів та затиски в тілі. Задача співочих інтервенцій – розслабити тіло та розвантажити нервову систему. Можна розглянути можливість поєднання співу з іншими методами терапії, такими як медитація, йога або арт-терапія. Комплексний підхід може підвищити загальну ефективність лікування тривожних станів.

12. Скільки сумарно часу на день Ви витрачаєте на боротьбу з тривогою?

131 відповідь

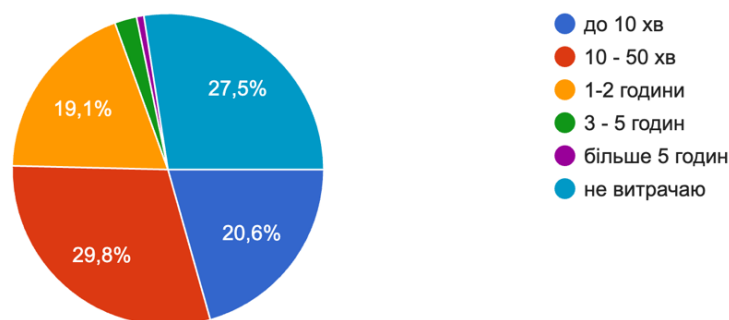


Рис.3.28 Розподілення вибірки за обсягом часу що використовують опитані для боротьби з тривогою.

Наша рекомендація обрати середню тривалість співочої інтервенції для боротьби з тривогою – 50 хв.

Формат сесії може бути розроблено індивідуально. З огляду на зібрані данні найпоширенішим форматом співу є «наодинці» - 77,1% опитаних.

Обирайте пісні, які подобаються та надихають. Важливо, щоб музика відповідала настрою і допомагала розслабитися. Спокійні, мелодійні пісні можуть бути більш ефективними для зниження тривожності.

20. Який Ваш формат співу?

131 відповідь

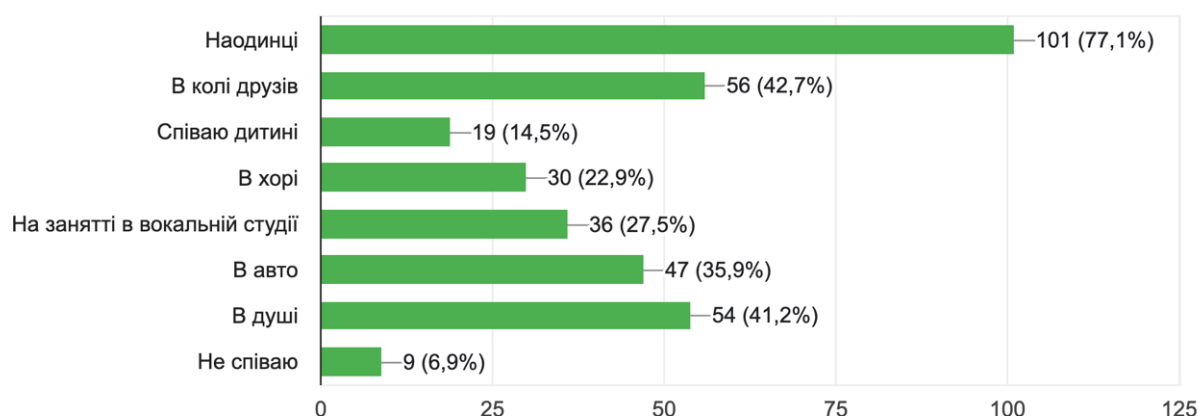


Рис.3.29 Розподілення вибірки за вибором формату співочих інтервенцій.

До категорії самостійних співочих інтервенцій можна віднести – «в душі» 41,2% опитаних.

Важливо зазначити окрему ефективність хорового співу що була описана у попередніх розділах про групові співочі сесії. Спільний спів допомагає створити відчуття спільноти і підтримки, що може додатково зменшити рівень тривоги.

Перш ніж обрати конкретний формат співочої інтервенції, маємо рекомендацію спробувати кілька різних варіантів. Наприклад спів на самоті, спів у хорі, спів з співочим колом, спів у колі друзів, заняття з вокальним коучем.

Застосовуйте караоке або музичні додатки, які можуть зробити процес співу більш захопливим і цікавим. Якщо говорити про наповнення співочих інтервенцій – варто підбирати індивідуально, з огляду на зібрані данні найпоширенішим бажаним наповненням є «Співати улюблених пісень» - 52,7%, «Тонувати та мугикати» - 12,2%, «Різноманітні варіанти» - 12%, «Голосно горлати» - 9,2% «Тихо імпровізувати» - 7,6%.

21. Який формат співу приносить Вам полегшення та приємні відчуття?

131 відповідь

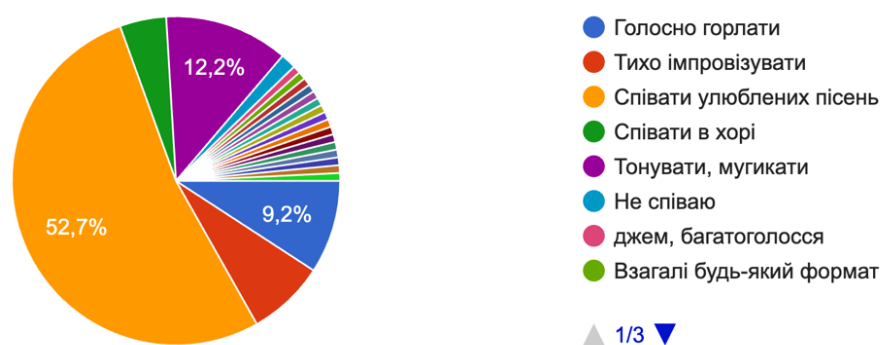


Рис.3.30 Розподілення вибірки за форматом співу що приносить полегшення та приємні відчуття.

Зниженню тривожності може сприяти будь який формат співу що підібраний по індивідуальним побажанням особистості. Важливо щоб співочі інтервенції проводилися в безпечному місці та в задоволення клієнта. Зосередьтеся на виконанні пісень, які викликають позитивні емоції та допомагають відволіктися від негативних думок.

Ці рекомендації можуть допомогти більш ефективно використовувати спів як метод боротьби з тривожними станами і підвищити загальний рівень благополуччя.

ВИСНОВКИ

У цьому дослідженні були висвітлені основні теоретичні аспекти такого поняття, як «тривожність» та «тривожні стани». Тривожні стани є серйозною проблемою здоров'я у всьому світі. Мільйони людей страждають від різних форм тривоги, що негативно впливає на їхнє фізичне та психічне здоров'я, якість життя та соціальну адаптацію.

У зв'язку з російсько-українською війною та останніми збройними конфліктами в світі стрімко зростає рівень тривоги та депресивних симптомів серед населення.

Ми проаналізували доступні наукові джерела та прослідкували як розгорталось вивчення, дослідження та відношення до тривожних станів особистості.

Також ми проаналізували наукові джерела на предмет досліджень впливу співу на тривожні стани особистості.

Дізналися про те що спів виявляє значний вплив на якість життя, пов'язану з психічним здоров'ям, тривогу та депресію, і може бути корисною інтервенцією для збереження і покращення психічного здоров'я людей похилого віку. [58] Також мали змогу проаналізувати результати досліджень групового та індивідуального співу.

Це дослідження розкрило кілька важливих висновків: груповий спів підвищував настрій, тоді як індивідуальний спів - ні. Важливо відзначити, що як груповий, так і індивідуальний спів призводили до зниження кортизолу, проте лише груповий спів призводив до збільшення окситоцину.

В цій роботі ми ставили за мету дослідити вплив співу на тривожні стани особистості.

З метою організації і проведення дослідження було проведено опитування

131 осіб,

22 чоловіки та 109 жінок віком від 18 – 60 років.

Для дослідження були обрані наступні методи та психодіагностичні методики:

Шкала благополуччя опитувальник WHO 5, шкала стресостійкості Коннора – Девідсона -10 (CD-RISC-10), Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Шкала оцінки рівня реактивної

(ситуативної) і особистісної тривожності Ч. Спілберга – Ю. Ханіна (STAI)

За результатами емпіричного дослідження ми побачили кореляцію за підшкалою реактивної тривожності STAI (R) високий рівень реактивної тривожності у 86,36% чоловіків, за підшкалою особистісної тривожності STAI (PC) високий рівень тривожності мають 74,31% жінок.

До висновку що данні збиралися у травні якраз коли ввели новий закон про мобілізацію що могло повпливати на результати.

Високий рівень тривожності простежується у всіх категоріях без помітного відхилення щодо використання співочих інтервенцій, в той же час ми маємо данні що 72,5% опитуваних, це 95 осіб зазначили що відмічають покращення свого психічного стану, а саме зменшення тривоги, під час чи після співу.

Також варто відмітити що 59,5% опитуваних, це 78 осіб зазначили, що використовують спів як метод боротьби з тривожними станами.

Як результат проведеного дослідження та на основі аналізу даних, ми розробили рекомендації щодо провадження та організації співочих інтервенцій для впливу на тривожні стани особистості, які можуть стати як індивідуальними заняттями так і організаційним підсиленням зусиль для розширення можливостей у спільноті для залучення до співу та популяризації серед дорослих цінності участі на музичному, особистісному та соціальному рівнях, а також для визначення переваг, які можуть потенційно виникнути в ході використання співочих інтервенцій для благополуччя та здоров'я.

Перспективи подальшого дослідження впливу співу на тривожні розлади

включають: вивчення змін у рівнях гормонів стресу, таких як кортизол, та інших біомаркерів у відповідь на спів, використання методів нейровізуалізації (наприклад, функціональної МРТ) для дослідження змін у мозковій активності, пов'язаних зі співом, і визначення, які саме ділянки мозку залучені в цей процес, порівняння ефективності співу з іншими методами терапії тривожних розладів, такими як медитація, йога, когнітивно-поведінкова терапія, для визначення відносної користі кожного з підходів, вивчення впливу співу на тривожні розлади в різних групах населення (наприклад, діти, підлітки, дорослі, літні люди) для визначення найбільш ефективних методів і підходів для кожної групи.

Також можливі дослідження довгострокових ефектів співу на рівень тривожності, зокрема, як регулярні співи можуть впливати на загальне психічне здоров'я і якість життя протягом тривалого часу та вивчення можливостей поєднання співу з іншими терапевтичними методами для посилення загального ефекту лікування тривожних розладів. Ці перспективи допоможуть розширити розуміння ролі співу у терапії тривожних розладів і розробити більш ефективні методи лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Hippocrates. Vol VII. Epidemics 2, 4-7. Trans: Smith WD. Loeb Classical Library. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1994 [[Google Scholar](#)]
2. Cattell RB., Schleier IH. **Stimuli related to stress, neuroticism, excitation, and anxiety response patterns.** J Abn Soc Psychol. 1960;60:195–204. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
3. Marc-Antoine Crocq, **A history of anxiety: from Hippocrates to DSM** Pages 319-325 | Published online: 01 Apr 2022
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>
4. Horwith AW. **Anxiety. A Short History.** Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 2013 [[Google Scholar](#)]
5. Shorter E. A Historical Dictionary of Psychiatry. Oxford, UK: Oxford University Press; 2005:188ff. [[Google Scholar](#)]
6. **International Classification of Diseases 11th Revision**
The global standard for diagnostic health information
<https://icd.who.int/en>
7. American Psychiatric Association Mental Hospital Service. Diagnostic and Statistical Manual. Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952:31ff. [[Google Scholar](#)]
8. A Sims, **Historical aspects of anxiety**
Postgrad Med J 1988;64 Suppl 2:3-9. PMID: 3064064
9. Marc-Antoine Crocq, **The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category**
Dialogues Clin Neurosci. 2017 Jun; 19(2): 107–116.
doi: 10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq
10. Rickels K, Rynn M. **Overview and clinical presentation of generalized anxiety disorder.** Psychiatr Clin North Am. 2001;24(1)

Evolution of the definition of generalized anxiety disorder in succeeding editions of the DSM and ICD. DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; GAD, generalized anxiety disorder; iCD, international Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; OCD, obsessive-compulsive disorder.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573555/table/T1/?report=objectonly>

11. Borkovec TD., Lyonfields JD., Wisner SL., Deihl L. **The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery.** Behav Res Ther. 1993;31(3):321–324. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
12. Ruscio AM., Borkovec TD., Ruscio J. **A taxometric investigation of the latent structure of worry.** J Abnorm Psychol. 2001;110(3):413–422. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
13. Insel T., Cuthbert B., Garvey M., et al **Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders.** Am J Psychiatry. 2010;167(7):748–751. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
14. Berrios GE. **Anxiety and cognate disorders.** In Berrios GE, ed: The History of Mental Symptoms. Descriptive Psychopathology Since the 19th
15. A Sims **Historical aspects of anxiety**
Postgrad Med J 1988;64 Suppl 2:3-9.
16. Century. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1996:263–288. [[Google Scholar](#)]
17. **American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.** Washington, DC: American Psychiatric Association; 1952 [[Google Scholar](#)]

18. Rickels K., Rynn M. **Overview and clinical presentation of generalized anxiety disorder.** *Psychiatr Clin North Am.* 2001;24(1):1–17. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
19. Klein DF. **Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes.** *Psychopharmacologia.* 1964;5:397–408. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
20. Anderson DJ., Noyes R. Jr, Crowe RR. **A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorder.** *Am J Psychiatry.* 1984;141(4):572–575. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
21. Po-Yu Chen, 1, 2 Sheng-Chang Wang, 2 Russell E. Poland, 3 and Keh-Ming Lin
Biological Variations in Depression and Anxiety Between East and West
CNS Neurosci Ther. 2009 Sep; 15(3): 283–294.
Published online 2009 Aug 7. doi: 10.1111/j.1755-5949.2009.00093.x
22. Devon E. Hinton 1, 2 and Mark H. Pollack
Introduction to the Special Issue: Anxiety Disorders in Cross-Cultural Perspective
CNS Neurosci Ther. 2009 Sep; 15(3): 207–209.
Published online 2009 Aug 7. doi: 10.1111/j.1755-5949.2009.00097.x
23. James W. Murrough, M.D., Sahab Yaqubi, M.D.,⁴ Sehrish Sayed, M.P.H.,¹ and Dennis S. Charney, M.D.
Emerging Drugs for the Treatment of Anxiety
Expert Opin Emerg Drugs. 2015 Sep; 20(3): 393–406.
Published online 2015 Jun 1. doi: 10.1517/14728214.2015.1049996
24. Bunmi O Olatunji 1, Josh M Cisler, Brett J Deacon
Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings
PMID: 20599133 DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.002

25. Antonia N. Kaczurkin, PhD, Edna B. Foa, PhD
Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence
 Dialogues Clin Neurosci. 2015 Sep; 17(3): 337–346.
 doi: 10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczurkin
26. Tiantian Jia,#1 Yoshiko Ogawa,#1,* Misa Miura,2,‡ Osamu Ito,1,‡ and Masahiro Kohzuki1,
Music Attenuated a Decrease in Parasympathetic Nervous System Activity after Exercise
 PLoS One. 2016; 11(2): e0148648.
 Published online 2016 Feb 3. doi: 10.1371/journal.pone.0148648
27. Miranda R. Donnelly, Renee Reinberg, Kaori L. Ito, David Saldana, Meghan Neureither, Allie Schmiesing, Esther Jahng, and Sook-Lei Liew
Virtual Reality for the Treatment of Anxiety Disorders: A Scoping Review
 Am J Occup Ther. 2021 Nov-Dec; 75(6): 7506205040.
 Published online 2021 Nov 24. doi: 10.5014/ajot.2021.046169
28. Christine A. Burke
Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field
 Published: 27 June 2009 Volume 19, pages 133–144, (2010)
<https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-009-9282-x>
29. Aleksandra Zgierska, MD, PhD, David Rabago, MD, Neharika Chawla, MS, Kenneth Kushner, PhD, Robert Koehler, MLS, and Allan Marlatt, PhD
Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review
 Subst Abus. 2009 Oct–Dec; 30(4): 266–294.
 doi: 10.1080/08897070903250019

30. Kim YW, Lee SH, Choi TK, Suh SY, Kim B, Kim CM, Cho SJ, Kim MJ, Yook K, Ryu M, Song SK, Yook KH. **Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder.** *Depress Anxiety.* 2009;26(7):601–606. [PubMed] [Google Scholar] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19242985/>
- 31.. Koszycki D, Benger M, Shlik J, Bradwejn J. **Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder.** *Behav Res Ther.* 2007;45(10):2518–2526. [PubMed] [Google Scholar]
32. Bögels SM, Sijbers GFVM, Voncken M. **Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study.** *J Cogn Psychother.* 2006;20(1):33–44. [Google Scholar]
33. Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Huta V, Antony MM. **Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial.** *Behav Res Ther.* 2013;51(12):889–898. [PubMed] [Google Scholar]
34. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M, Schauer E, Elbert T, Neuner F. **Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka.** *BMC psychiatry.* 2009;9:22. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
35. Anna M. Wehry,¹ Katja Beesdo-Baum,² Meghann M. Hennelly,³ Sucheta D. Connolly,³ and Jeffrey R. Strawn
Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents
Curr Psychiatry Rep. Author manuscript; available in PMC 2015 Jul 1.

Published in final edited form as: Curr Psychiatry Rep. 2015 Jul; 17(7): 591.

doi: 10.1007/s11920-015-0591-z

36. Michele Umbrello, Tiziana Sorrenti , Giovanni Mistraretti, Paolo Formenti, Davide Chiumello, Stefano Terzoni
Music therapy reduces stress and anxiety in critically ill patients: a systematic review of randomized clinical trials
 Minerva Anestesiol
 2019 Aug;85(8):886-898. doi: 10.23736/S0375-9393.19.13526-2. Epub 2019 Apr 3.
37. Rulin Wang, Xin Huang, Yuan Wang, corresponding author, and Masod Akbari
Non-pharmacologic Approaches in Preoperative Anxiety, a Comprehensive Review
 Front Public Health. 2022; 10: 854673.
 Published online 2022 Apr 11. doi: 10.3389/fpubh.2022.854673
38. Tamara L Goldsby, Michael E Goldsby
Effects of Singing Bowl Sound Meditation on Mood, Tension, and Well-being: An Observational Study
 PMID: 27694559 PMCID: PMC5871151 DOI:
 10.1177/2156587216668109
39. Sy Atezaz Saeed 1, Diana J Antonacci, Richard M Bloch
Exercise, yoga, and meditation for depressive and anxiety disorders
 PMID: 20387774 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20387774/>
40. Filippo Giordano , Mariateresa Giglio , Irene Sorrentino , Fabio Dell'Olio
Effect of Preoperative Music Therapy Versus Intravenous Midazolam on Anxiety, Sedation and Stress in Stomatology Surgery: A Randomized Controlled Study
 PMID: 37176656 PMCID: PMC10179016 DOI: 10.3390/jcm12093215

41. Weimin Liu^{1 2}, Juan Liu³, Lan Ma³, Jing Chen
Effect of mindfulness yoga on anxiety and depression in early breast cancer patients received adjuvant chemotherapy: a randomized clinical trial
PMID: 35788727 PMCID: PMC9253261 DOI: 10.1007/s00432-022-04167-y
42. Nick Errington-Evans, **Acupuncture for Anxiety**
CNS Neurosci Ther. 2012 Apr; 18(4): 277–284.
Published online 2011 Jun 7. doi: 10.1111/j.1755-5949.2011.00254.x
43. K. Simon Yeung,¹ Marisol Hernandez,² Jun J. Mao,¹ Ingrid Haviland,¹ and Jyothirmai Gubili¹
Herbal Medicine for Depression and Anxiety: A Systematic Review with Assessment of Potential Psycho-Oncologic Relevance
Phytother Res. 2018 May; 32(5): 865–891.
Published online 2018 Feb 21. doi: 10.1002/ptr.6033
44. F Hedigan, H Sheridan, A Sasse
Benefit of inhalation aromatherapy as a complementary treatment for stress and anxiety in a clinical setting - A systematic review
PMID: 37031643 DOI: 10.1016/j.ctcp.2023.101750
45. Mahbubeh Tabatabaeichehr, Hamed Mortazavi
The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review
PMID: 32874088 PMCID: PMC7445940 DOI: 10.4314/ejhs.v30i3.16
46. A Y R Kühlmann, A de Rooij, L F Kroese, M van Dijk, M G M Hunink, J Jeekel
Meta-analysis evaluating music interventions for anxiety and pain in surgery
PMID: 29665028 PMCID: PMC6175460 DOI: 10.1002/bjs.10853

47. Boyd MA. **Psychiatric nursing: contemporary practice,**
lippincott. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2008. [[Google Scholar](#)]
48. Alipour F, Sajadi H, Forouzan A, Nabavi H, Khedmati E. **The role of social support in the anxiety and depression of elderly.** Iran J Ageing 2009;4(1)
49. Bergua V, Meillon C, Potvin O, Bouisson J, Le Goff M, Rouaud O, Ritchie K, Dartigues J-F, Amieva H. **The STAI-Y trait scale: psychometric properties and normative data from a large population-based study of elderly people.** Int Psychogeriatr. 2012;24(7):1163–1171. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
50. Mohsen Kazeminia, Nader Salari, corresponding author Aliakbar Vaisi-Raygani,
The effect of exercise on anxiety in the elderly worldwide: a systematic review and meta-analysis
 Health Qual Life Outcomes. 2020; 18: 363.
 Published online 2020 Nov 11. doi: 10.1186/s12955-020-01609-4
51. Aaron Kandola, corresponding author1 Davy Vancampfort, Matthew Herring, Amanda Rebar, Mats Hallgren, Joseph Firth and Brendon Stubbs
Moving to Beat Anxiety: Epidemiology and Therapeutic Issues with Physical Activity for Anxiety Curr Psychiatry Rep. 2018; 20(8): 63.
 Published online 2018 Jul 24. doi: 10.1007/s11920-018-0923-x
52. William H. C. Li, corresponding author Joyce Oi Kwan Chung, Ka Yan Ho, and Blondi Ming Chau Kwok
Play interventions to reduce anxiety and negative emotions in hospitalized children
 BMC Pediatr. 2016; 16: 36.
 Published online 2016 Mar 11. doi: 10.1186/s12887-016-0570-5

53. R. J. Beck, T. C. Cesario, A. Yousefi and H. Enamoto
Choral Singing, Performance Perception, and Immune System Changes in Salivary Immunoglobulin A and Cortisol
 Music Perception: An Interdisciplinary Journal
 Vol. 18, No. 1 (Fall, 2000), pp. 87-106 (20 pages)
 Published By: University of California Press
54. Isabelle Peretz, Natalia B Fernandez, **Influence of Background Musical Emotions on Attention in Congenital Amusia**
 Frontiers in Human Neuroscience January 14, 2021
 DOI:10.3389/fnhum.2020.566841
55. Daisy Fancourt,^{1,2,3} Aaron Williamon,^{1,2} Livia A Carvalho,³ Andrew Steptoe,³ Rosie Dow,⁴ and Ian Lewis⁴
Singing modulates mood, stress, cortisol, cytokine and neuropeptide activity in cancer patients and carers
 Ecancermedicalscience. 2016; 10: 631.
 Published online 2016 Apr 5. doi: 10.3332/ecancer.2016.631
56. Margaret M. Unwin, Dianna Theadora Kenny
The Effects of Group Singing on Mood
 October 2002 Psychology of Music 30(2):175-185
 October 2002 30(2):175-185, DOI:10.1177/0305735602302004
57. Gunter Kreutz, Stephan Bongard, **Effects of Choir Singing or Listening on Secretory Immunoglobulin A, Cortisol, and Emotional State**
 January, 2005 Journal of Behavioral Medicine 27(6):623-35
 January 2005 27(6):623-35, DOI:10.1007/s10865-004-0006-9
58. Simon Coulton, Stephen Clift, **Effectiveness and cost-effectiveness of community singing on mental health-related quality of life of older people: Randomised controlled trial** June 2015 The British journal of psychiatry: the journal of mental science 207(3) June 2015 207(3)
 DOI:10.1192/bjp.bp.113.129908

59. Stephen Clift, **Choral singing and psychological wellbeing: Quantitative and qualitative findings from English choirs in a cross-national survey**
 January 2010 Journal of Applied Arts and Health
 DOI:[10.1386/jaah.1.1.19/1](https://doi.org/10.1386/jaah.1.1.19/1) /
60. Arla Good and Frank A Russo,
Changes in mood, oxytocin, and cortisol following group and individual singing: A pilot study
<https://doi.org/10.1177/03057356211042>
61. Julene K Johnson, Jukka Louhivuori, Eero Siljander
Comparison of Well-being of Older Adult Choir Singers and the General Population in Finland: A Case-Control Study
 PMID: 28736492 PMCID: PMC5520793 DOI:
 10.1177/1029864916644486
62. Julene K Johnson 1, Jukka Louhivuori, Anita L Stewart, Asko Tolvanen, Leslie Ross, Pertti Era
Quality of life (QOL) of older adult community choral singers in Finland
 PMID: 23574947 PMCID: PMC3748797 DOI:
 10.1017/S1041610213000422
63. Sibylle Robens 1, Alexandra Monstadt 2, Alexander Hagen 2, Thomas Ostermann
Effects of Choir Singing on Mental Health: Results of an Online Cross-sectional Study
 PMID: 35794057 DOI: [10.1016/j.jvoice.2022.06.003](https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2022.06.003)
64. Emmi Pentikäinen 1, Anni Pitkäniemi 1, Sini-Tuuli Siponkoski 1, Maarit Jansson 1, Jukka Louhivuori 2, Julene K Johnson 3, Teemu Paajanen 4, Teppo Särkämö

Beneficial effects of choir singing on cognition and well-being of older adults: Evidence from a cross-sectional study

PMID: 33534842 PMCID: PMC7857631 DOI: 10.1371/journal.pone.0245666

65. Norma Daykin , Louise Mansfield , Catherine Meads , Guy Julier , Alan Tomlinson , Annette Payne , Lily Grigsby Duffy , Jack Lane , Giorgia D'Innocenzo , Adele Burnett , Tess Kay , Paul Dolan , Stefano Testoni , Christina Victor

“What works for wellbeing? A systematic review of well-being outcomes for music and singing in adults”

PMID: 29130840 PMCID: PMC5753835 DOI: 10.1177/1757913917740391

66. Daisy Fancourt 1, Saoirse Finn 2, Katey Warran 2, Theresa Wiseman
Group singing in bereavement: effects on mental health, self-efficacy, self-esteem and well-being

PMID: 31243022 PMCID: PMC9510390 DOI: 10.1136/bmjspcare-2018-001642

67. Heeyoun Kim Cho
The Effects of Music Therapy-Singing Group on Quality of Life and effect of Persons With Dementia: A Randomized Controlled Trial
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30460234/>

68. Masayuki Satoh 1, Toru Yuba 2, Ken-Ichi Tabei 1, Yukari Okubo 2, Hirotaka Kida 1, Hajime Sakuma 3, Hidekazu Tomimoto
Music Therapy Using Singing Training Improves Psychomotor Speed in Patients with Alzheimer's Disease: A Neuropsychological and fMRI Study

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26483829/>

69. Elinor C Harrison 1, Marie E McNeely 2, Gammon M Earhart
The feasibility of singing to improve gait in Parkinson's disease
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28226309/>
70. Sini-Tuuli Siponkoski 1 2, Anni Pitkaniemi 1 2, Sari Laitinen 2 3, Essi-Reetta Särkämö 4, Emmi Pentikäinen 1 2, Heidi Eloranta 5, Leena Tuomiranta 6, Susanna Melkas 7, Gottfried Schlaug 8, Alekski J Sihvonen 1 2 7 9, Teppo Särkämö
Efficacy of a multicomponent singing intervention on communication and psychosocial functioning in chronic aphasia: a randomized controlled crossover trial
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36687394/>
71. Xuejie Fang # 1, Zhengtong Qiao # 2, Xinjuan Yu # 3 4, Rujin Tian 5, Kai Liu 5, Wei Han
Effect of Singing on Symptoms in Stable COPD: A Systematic Review and Meta-Analysis
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36407671/>
72. Hua Liu 1, Mei Song 1, Zhong-Hui Zhai 2, Rui-Jie Shi 3, Xiao-Lan Zhou
Group singing improves depression and Life Quality in patients with stable COPD: A Randomized community-based trial in China
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30612266/>
73. J Yoon Irons 1 2, David Sheffield 3, Freddie Ballington 4, Donald E Stewart
A systematic review of the effects of group singing on persistent pain in people with long-term health conditions
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31549451/>
74. Alekski J Sihvonen 1 2, Vera Leo 1, Pablo Ripollés 3, Terhi Lehtovaara 4, Aki Ylönen 4, Pekka Rajanaro 4, Sari Laitinen 5, Anita Forsblom 5, Jani Saunavaara 6, Taina Autti 7, Matti Laine 8, Antoni Rodríguez-Fornells 9 10 11, Mari Tervaniemi 1 12, Seppo Soynila 13, Teppo Särkämö

- Vocal music enhances memory and language recovery after stroke: pooled results from two RCTs**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33022148/>
75. Seongmoon Jo 1 2, Myung Sun Yeo 3 4, Yoon-Kyum Shin 1 2, Ki Hun Shin 5, Se-Heon Kim 6, Hye Ryun Kim 7, Soo Ji Kim 3 4, Sung-Rae Cho
Therapeutic Singing as a Swallowing Intervention in Head and Neck Cancer Patients With Dysphagia
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34903088/>
76. A Lewis 1 2, P Cave 3, N S Hopkinson
Singing for Lung Health: Service Evaluation of the British Lung Foundation program
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29757080/>
77. Rachel B Goldenberg
Singing Lessons for Respiratory Health: A Literature Review
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28461167/>
78. N F Bernardi 1 2, S Snow 3, I Peretz 4 5 6, H D Orozco Perez 4 7, N Sabet-Kassouf 4, A Lehmann
Cardiorespiratory optimization during improvised singing and toning
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28808334/>
79. Verena Wulff 1, Philip Hepp 2 3, Oliver T Wolf 4, Percy Balan 5, Carsten Hagenbeck 5, Tanja Fehm 5, Nora K Schaal
The effects of a music and singing intervention during pregnancy on maternal well-being and mother-infant bonding: a randomized, controlled study
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32776296/>
80. Rosie Perkins 1 2, Sarah Yorke 3, Daisy Fancourt
How group singing facilitates recovery from the symptoms of postnatal depression: a comparative qualitative study
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30119704/>

81. Verena Wulff 1, Philip Hepp 2 3, Oliver T Wolf 4, Tanja Fehm 5, Nora K Schaal

The influence of maternal singing on well-being, postpartum depression and bonding - a randomized, controlled trial
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247578/>

82. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук
МЕТОДИКИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА БЛАГОПОЛУЧЧЯ ПЕРСОНАЛУ ОРГАНІЗАЦІЙ
Київ 2023 Лабораторія організаційної та соціальної психології

УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ПСИХОЛОГІВ
ТА ПСИХОЛОГІВ ПРАЦІ
<https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/get/56142>

83. Кіреєва З.О., Односталко О.С., Бірон Б.В.
ПСИХОМЕТРИЧНИЙ АНАЛІЗ АДАПТОВАНОЇ ВЕРСІЇ ШКАЛИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ (CD-RISC-10)
<http://habitus.od.ua/journals/2020/14-2020/19.pdf>