****

НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**Факультет психологии**

**Кафедра психотерапии и психологического консультирования**

***Допустить к защите***

 Заведующий кафедрой

 Пихотерапии и психологического консультирования

д.псх.н. Спиваковская Алла Семёновна

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

на тему:

**«**Применение методов звукотерапии поющими чашами в коррекции психоэмоциональных расстройств**»**

название ВКР

Направление подготовки 37.03.01 – Психология

Направленность (профиль) «Консультативная психология»

Студент

курс 4, группа ПС5И15/09 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ К.А. Зотикова

 (подпись) (дата)

Оригинальность текста **– \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%**

руководитель отдела ГИА \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ю.В.Огиренко

 (подпись) (дата)

Руководитель

научная степень, звание \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ П.Е. Разумовская

 (подпись) (дата)

Рецензент

научная степень, звание \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О. Бербер

 (подпись) (дата)

*Печатная версия ВКР соответствует цифровой.
Цифровая копия передается для размещения в ЭБС*  (К.А. Зотикова)

 (подпись студента)

Москва 2019

**СОДЕРЖАНИЕ**

**Введение…………………………………………………………………………..4**

**Глава I Теоретическое исследование понятий звука и психоэмоциональной сферы……………………………………………………9**

* 1. Звуковые волны и их влияние на человека…………………………………9

1.1.1 История применения в разных традициях и эпохах звуковых вибраций…………………………………………………………………………9

1.1.2 Современные исследования в области звукотерапии………………….13

1.1.3 Обзор основных методов звукотерапии……………………………….17

1.1.4 Тибетские поющие чаши как метод звукотерапии. Механизм воздействия………………………………………………………………………19

1.2 Психоэмоциональная сфера человека. Ее составляющие………………..24

1.2.1 Понятия психоэмоциональной сферы………………………………….24

1.2.2 Расстройства психоэмоциональной сферы…………………………….30

1.2.3 Коррекция психоэмоциональной сферы ……………………………..38

 **Выводы по I главе……………………………………………………………41**

 **Глава II Эмпирическое исследование воздействия звуковых волн на психоэмоциональную сферу человека……………………………………..44**

 2.1 Ход проведения исследования. Характеристика выборки…………….44

 2.2Анализ и интерпретация результатов……………………….....................47

 2.2.1 Оценка результатов исследования агрессивных и враждебных реакций…………………………………………………………………………...47

2.2.2 Оценка результатов исследования уровня тревожности………………48

2.2.3 Оценка результатов исследования самочувствия, активности, настроения……………………………………………………………………….49

2.2.4 Оценка результатов исследования по всем методикам спустя 3 дня после сеанса звукотерапии……………………………………………………...51

**Выводы по II главе…………………………………………………………….54**

**Заключение…………………………………………………………………….56**

**Список литературы…………………………………………………………..57**

**Приложение……………………………………………………………………..1**

**Школа звукотерапии**

 **Ксении Зотиковой**

**TERAPIAZVU**.**COM**

**ВВЕДЕНИЕ**

На протяжении всей жизни человека сопровождают звуки, и уже с пятого месяца формирования плод начинает воспринимать и распознавать звук и вибрацию. Независимо от того слышим мы этот звуковой сигнал или он находится ниже слышимого предела наш организм воспринимает это как информацию. Когда акустический сигнал попадает в наш слуховой анализатор, он начинает преобразовываться в электрические сигналы, передаваемые в головной мозг. За эмоциональную оценку звукового сигнала отвечает железа головного мозга - таламус, он оценивает звук как опасный или полезный и далее, как реакция на полученную информацию, вырабатываются физиологически активные вещества, участвующие в образовании гормонов и влияющие на общее состояние и эмоциональный фон. Таким образом, мы делаем вывод, что звуковая волна является универсальным фактором воздействия на состояние психоэмоциональной сферы человека.

**Проблема исследования**. Данное выпускное исследование посвящено изучению возможности изменения психоэмоциональной сферы в рамках коррекционного процесса методами звуко-резонансной терапии поющими чашами. Задача коррекции и профилактики психоэмоционального состояния в современном обществе приобретает все большую актуальность при постоянном повышении темпов развития технического прогресса, развитии информационных технологий. Стремясь шагать в ногу со временем, человечество все больше сталкивается с такими явлениями как стресс, эмоциональное выгорание, аффективные расстройства. Человечество находится в постоянных потоках информации, звуках и техногенном шуме.

**Обоснование выбора темы**. Причиной проведения данного исследования и написания этой работы послужил глубокий интерес и изучение влияния звуковой волны различных вибрационных инструментов, в частности Тибетских поющих чаш на человеческий организм в целом и на психоэмоциональную сферу в частностию. Автор более семи лет собирает знания у мастеров Непала и Тибета, а также обучается медицинским аспектам звукотерапии в школах Германии и России, ставя перед собой задачу рассеять мистический ореол вокруг этих инструментов и перевести на научный язык те удивительные эффекты, которые достигаются посредством умелого использования этих инструментов. Также автором накоплена статистика более чем за 7 лет применения методов звукотерапии в работе с различными показаниями.

**Актуальность работы**. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, урбанизация является основной глобальной тенденцией 21го века, оказывающей негативное воздействие на здоровье человека [1]. По версии ВОЗ более 70% населения планеты будет жить в городах уже в 2050 году. Ускоряющийся темп жизни, высокие требования и стандарты эффективности в конкурентной среде, необходимость соответствовать большому количеству социальных правил, включая сдерживание проявления эмоций, неизбежно приводит к перманентному стрессу и общей невротизации человеческого сообщества. Люди ввиду постоянного подавления и необходимости соответствовать стандартам постепенно утрачивают контакт со своими эмоциями и их телесными проявлениями. В связи с этим для современного человека является актуальной задача понимания своего эмоционального состояния и механизмов регулирования состояния тревожности и стресса, а также формирование навыков расслабления и релаксации.

 Круглые сутки жители города повсеместно подвергаются воздействию искусственных электромагнитных излучений, мощность которых в десятки миллионов раз превышает те параметры, что совсем недавно испытывали наши деды и прадеды. В больших городах интенсивность шумового воздействия в тысячи раз превышает показатели шума в естественной среде. Низкочастотные вибрации транспорта, кондиционеров, магазинов и прочей техники незаметно для ушей, но очень ощутимо для общего состояния организма разрушают наше здоровье. Назрела необходимость в компенсации этого шумового отрицательного воздействия. Для этого автор решила обратиться к традиционным способам релаксации, применяемым народами Юго-восточной Азии, обитателями Российского крайнего севера, на Алтае и Дальнем востоке. Гималайские поющие чаши в Тибете, гонги в Китае, колокола на Руси, пластинчатый колокол «била» в Византии - у многих народов есть общее использование металлических обертоновых инструментов. В настоящее время есть целые институты, исследующие воздействие на человека обертоновых звуков и области их применения.

**Научно-методологическая база**. Теоретико-методологическую базу научно-исследовательской работы составили труды отечественных и зарубежных авторов в области психотерапии, таких как В. Ю. Баскакова, Д. Боаделлы, А. Лоуэна, В. Райха, и др., а также работы авторов в области звукотерапии: Д. ДеРейтера, А. Н. Дорошкевича, Д. Голдмана, , В. Огуй, В.П.Сурикова, П. Хесса , А. Хойзера и др.

**Цель исследования**: исследование возможностей применения методов звукотерапии поющими чашами в коррекции психоэмоциональных расстройств и гармонизации психоэмоционального состояния.

**Объект исследования**: психоэмоциональная сфера человека.

**Предмет исследования**: изменения психоэмоциональной сферы в рамках коррекционного процесса методами звуко-резонансной терапии поющими чашами.

**Гипотеза исследования**: использование методов звукотерапии гармонизирует психоэмоциональную сферу посредством улучшения самочувствия и настроения, а также снижения уровня агрессии и тревожности.

**Задачи исследования**:

1. Определить понятие закотерапии. Провести анализ литературы по теме звукотерапии и методам ее применения. Определить механизм ее воздействия на психоэмоциональную сферу.

2. Описать понятие психоэмоциональной сферы.

3. Подобрать психодиагностические методики для проведения исследования.

4. Зафиксировать уровень психоэмоционального состояния до и после сеансов звукотерапии и посмотреть сохранность изменений в динамике.

5. Проанализировать полученные данные и на их основании оценить влияние звукотерапии поющими чашами на психоэмоциональную сферу.

**Методы исследования:**

1. Библиографический анализ;

2. Психодиагностический метод (опросник САН; тест-опросник Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина; опросник Баса-Дарки)

3. Эмпирический эксперимент (сеанс звуко-резонансной терапии);

4. Методы математико-статистической обработки и корреляционного анализа полученных информационных данных;

**Методики исследования:**

1. Для первичной и повторной психодиагностики личности использованы:

- опросник САН (самочувствие, активность, настроение);

- методика диагностики личностной и реактивной тревожности Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина;

- методика Баса-Дарки для диагностики агрессивности.

2. В рамках психокоррекционной работы применены методы звуко-резонансной терапии поющими чашами по методике, разработанной автором исследования. Методика разработана на основании знаний, полученных в международной школе звуко-резонансной терапии «Сурья» (Москва), немецкого института Петера Хесса, а также на основании семилетнего опыта звукотерапии поющими чашами.

3. Сравнительный и статистический анализ полученных данных. Для расчетов корреляционного анализа нами была использована статистическая программа «Statistica 10», для исследования достоверности изменений использовался Т-критерий Вилкоксона.

**Эмпирическая база исследования:** исследование проводилось в г. Москва, в одном и том же помещении в ноябре 2018 года.

**Характеристика выборки:** в исследовании приняли участие 30 женщин в возрасте от 26 до 42 лет с высшим образованием, преимущественно практикующие психологи, проживающие в г. Москва.

**Практическая значимость и научная новизна работы** определяется тем, что проведенное автором исследование и его результаты могут быть применены как новый доступный и быстрый метод коррекции психоэмоциональной сферы для практикующих психологов, а также для ежедневного домашнего применения с целью коррекции эмоционального состояния.

**ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОНЯТИЙ ЗВУКА И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ**

* 1. **Звуковые волны и их влияние на человека**

**1.1.1 История применения в разных традициях и эпохах звуковых вибраций**

 Вся вселенная звучит и вибрирует, однако человеческий слух улавливает лишь малый спектр этого звучания. Гармоничные вселенские звуки адаптирует и воспроизводит музыка, отражая космическую гармонию. Человек, настраиваясь посредством прекрасных мелодий на гармонические звучания Космоса, обретает духовные силы и физическое здоровье.

 Использование музыкальных видов искусства в терапевтических целях наблюдалось в Древней Греции, Китае и Индии.

 Самая древняя легенда, связанная с использованием музыки как средства врачевания, представлена в Ветхом Завете. В ней повествуется, что Давид, музицируя на арфе, излечил Саула от психического расстройства. В мифах древней Греции образы покровителя искусств Апполона и его сына Асклепия, покровителя врачевания всегда являлись символами связи медицины и искусства.

 Известный легендарный персонаж Эскулап лечил радикулит при помощи громких звуков трубы, предание гласит, что однажды он своей музыкой возвратил безумному благоразумие.

 Великий врачеватель Авиценна называл музыку нелекарственным способом лечения наряду с запахами, диетой и запахами.

 В III в. до н.э. в Парфянском царстве был построен специализированный музыкально-медицинский центр. Здесь врачевали от тоски и душевных переживаний музыкой.

 Великие древнегреческие философы Аристотель, Пифагор (VI в. до н. э.) и Платон (IV в. до н. э.), указывали на профилактическую и лечебную составляющую воздействия музыки. Они полагали, что музыка устанавливает порядок во Вселенной, в том числе гармонию в человеческом теле. Было замечено, что основные компоненты музыки такие как мелодия и ритм, способны изменить настроение человека, трансформировать его эмоциональное состояние.

 «Одним из важнейших понятий в этике Пифагора была "эвритмия" - способность человека находить верный ритм во всех проявлениях жизнедеятельности - пении, игре, танце, речи, жестах, мыслях, поступках, в рождении и смерти. Через нахождение этого верного ритма человек, рассматриваемый как своего рода микрокосмос, мог гармонично войти сначала в ритм полисной гармонии, а затем и подключиться к космическому ритму мирового целого. От Пифагора пошла традиция сравнивать общественную жизнь как с музыкальным ладом, так и с музыкальным инструментом» [50].

 Гомер в «Одиссее» повествует об излечении ран у воинов звуками музыки и при помощи пения, о том, как Ахилл снимал эмоциональное напряжение пением и игрой на лире. По мнению римлян и древних греков, музыка, исполняемая на цитре, способствовала пищеварению.

 Целительное влияние звуков определенных музыкальных инструментов отмечал Демокрит (V в. до н. э.). Он рекомендовал слушать флейту для лечения смертельных инфекций.

 Дж. Царлино (1517- 1590) - итальянский музыкальный теоретик Средневековья описывает, как Сенократ звуками трубы возвратил психическое здоровье безумным, а Талет при помощи древнего музыкального инструмента кифары излечивал чуму.

 В китайской музыке музыкальный лад называется пентатоникой и основывается на пяти тонах, соответствующих пяти элементам природы (земля, металл, дерево, огонь, вода), которые соответствуют пяти органам человека (селезенка, легкие, печень, сердце, почки). Древнекитайская медицина и философия разделяют все происходящее в мироздании на две категории - психическую энергию «Ян» и «Инь» (мужскую и женскую). Эта энергия движется в теле по определенным каналам - меридианам, связанным между собой. И каждый меридиан связан с одним из внутренних органов. В Китайской традиции врачевание душевных и физических расстройств производилось посредством воздействия определенных тонов, звуков музыкальных инструментов на активные точки меридиана и таким образом на связанные с ними области организма.

 Отличительной особенностью традиционной китайской медицины является соматопсихический подход, согласно этому подходу каждому органу соответствует своя функция психики. Так, например, печени соответствует эмоция - гнев. При гиперфункции проявляются упрямство, агрессия, гнев, при гипофункции - страх, депрессия. Принцип пяти тонов соотносится с пятью типами семантического интонирования в китайском языке, с тем, что у человека пять плотных органов и он обладает пятью чувствами. По мнению древних китайцев музыка система пентатоника находится в гармонии с природой и этим объясняется большая сила воздействия на человека. Особое место в китайской звукотерапии всегда занимали инструменты, посредством которых можно установить связь между их звучанием, вибрационными звучаниями различных органов тела и собственными колебаниями космоса. Такая музыка, воздействуя на человека, приводила его в состояние гармонии с природой.

 На Руси, согласно летописным свидетельствам, известны случаи, когда во время эпидемии на колокольнях звонари непрерывно звонили в колокола, создавая тем самым защитное вибрационное поле. И город оставался незараженным!

 Современные исследования храмов Мальты показали, что каменные своды, стены с нишами и потолки храмов способны резонировать при звуках частотой в 110 Гц, что соответствует средней частоте низкого мужского голоса. Возраст этих сооружений насчитывает шесть с половиной тысяч лет. Когда служитель находился в одной из камер такого храма его голос, произносящий тексты, отражался от стен и создавал у слушателей своего рода транс.

 Почему именно частота 110 Гц? В 2008 году исследователи Калифорнийского университета ставили опыты на добровольцах, участникам давали слушать различные частоты звуков и результаты активности долей мозга записывались на электроэнцефалограмму. Результаты показали, что при частоте в 110 Гц речевой центр у испытуемых отключался и активность временно смещалась из левой в правую долю коры головного мозга, которую принято ассоциировать с образным мышлением, эмпатией, контролем настроения, способностью понимать символы и философски мыслить.

 Эрих Берн, основатель транзактного анализа, писал следующее: «Это. Содержание этого понятия включает все то, что существо приносит, рождаясь на свет, и что было законно определено, то есть **прежде всего** **толчки (ритмы)**, происходящие из соматической организации и находящие в Это (в формах, которые нам неизвестны) первый способ физического выражения... Эта самая древняя часть физического аппарата остается на протяжении всей жизни самой важной» [16]

**1.1.2. Современные исследования в области звукотерапии**

 Для начала дадим определение понятию звука.

 **Звук** — физическое явление, которое представляет собой распространение механических колебаний в разных средах: жидкой, твердой и газообразной. В узком смысле под звуком понимают колебания, рассматриваемые в связи с тем, как они воспринимаются [органами чувств](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%80%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D1%8B_%D1%87%D1%83%D0%B2%D1%81%D1%82%D0%B2).

 Как и любая волна, звук характеризуется [амплитудой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BC%D0%BF%D0%BB%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B4%D0%B0) и [частотой](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BE%D1%82%D0%B0). Амплитуда характеризует [громкость звука](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C_%D0%B7%D0%B2%D1%83%D0%BA%D0%B0). Частота определяет [тон, высоту](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%8B%D1%81%D0%BE%D1%82%D0%B0_%D0%B7%D0%B2%D1%83%D0%BA%D0%B0) измеряется в Герцах (Гц).

 В 19 веке знаменитый французский психиатр Ж. Д. Эскироль (1772-1840) проводил серию опытов по влиянию музыкальной терапии для врачевания душевнобольных, по результатам которых это направление получило достаточно широкое распространение в клиниках. В том же 19 веке исследователь И. Догель опытным путем установил, что под влиянием звуков музыки изменяются кровяное давление, частота сокращений сердечной мышцы, глубина и ритм дыхания у людей и животных.

 В России музыкотерапия получила распространение благодаря научным трудам выдающихся ученых И. Р. Тарханова, В. М. Бехтерева, И. М. Сеченова, И. М. Догеля. Русский хирург академик Б. Петровский применял воздействие классической музыкой во время сложнейших операций: по его наблюдениям это помогало организму работать более гармонично. Бехтерев – выдающийся психоневролог установил положительное влияние музыки на кровообращение, дыхание и общую бодрость организма. Немецкий физик В.Шуман проводивший опыты в 1930 году сделал открытие, что волновые флуктуации магнитного поля Земли практически полностью резонируют с частотами альфа- и бета- ритмов головного мозга человека. Человеческое ухо может улавливать звуковые волны в частотном диапазоне от 16 Гц до 20000 Гц. Те звуки, частоты которых лежат ниже слышимого диапазона относятся к инфразвуку, а те что выше 20000 Гц – к ультразвуку. Частоты, характерные большинству систем организма человека лежат в инфразвуковом спектре. Внутренние органы тела имеют низкие собственные частоты: брюшная полость и грудная клетка - 5-8 Гц, голова - 20-30 Гц. Среднее значение резонансной частоты для всего тела составляет 6 Гц. Ритмы активности мозга человека не прекращается даже в фазе глубокого сна. Человеческому мозгу в разных состояниях активности присущи следующие волновые частоты:

- гамма ритм более 30 Гц.

- бета ритм 14-30 Гц,

- альфа-ритм 8-13 Гц,

- тэта ритм 4-7 Гц,

- дельта ритм 0-3 Гц.

 Современная научная база знаний накопила уже очень много данных о положительном влиянии звуков и обертонов на физическое и психическое состояние человека. За несколько последних десятилетий исследования музыки ведутся особенно интенсивно по нескольким направлениям. Изучается влияние классической музыки, народной, а также современных направлений. И ученые приходят к тем же выводам, что и исследователи древности: музыка представляет собой мощнейший источник энергии, способный влиять на человека.

 Согласно результатам исследований Барбары Браун, когда головной мозг находится на вибрационных частотах альфа- ритмов достигаются глубинные уровни релаксации тела и сознания и активизируют процессы оздоровления. В 1969 г. в Швеции было основано музыкально-терапевтическое сообщество. Благодаря исследованиям сотрудников этой организации всему миру стало известно, что звуки колокольного звона, содержащие в себе резонансное ультразвуковое излучение, в кратчайшие сроки способны убить возбудителей желтухи, вирусы гриппа и тифозные палочки, также их исследования показали, что под воздействием определенных типов звуков музыки протоплазма клеток растений ускоряет свое движение.

 В 1997 г. В Москве была создана Международная академия интегративной музыкотерапии (МАИМ), где в систему под названием интегративная медицина объединили передовые достижения клинической и народной медицины, компьютерной технологии и искусства. Подготовка специалистов – музыкотерапевтов является одной из основных задач академии. Эта специальность объединяет знания и навыки музыканта и врача, применяющих немедикаментозное воздействие на человеческий организм с целью восстановления баланса всех функций и систем организма. Неоценимый вклад внес ее ректор - С. В. Шушарджан, доктор медицинских наук, профессор.

 Директор детского центра восстановительного лечения Михаил Лазарев, врач-педиатр, описывает, воздействие музыки на беременных женщин. Гармоничная классическая музыка прекрасно влияет на формирование костной структуры плода, способствует правильному развитию.

 Исследования, проведенные в центре имени Лазарева, подтвердили, что музыкальные звуковые вибрации оказывают положительное влияние на весь организм человека. Они благотворно воздействуют на состояние щитовидной железы, а также проникают во внутренние органы, достигают глубоких слоев тканей, стимулируя в них кровообращение.

 Уже много лет врач-психиатр из г. Санкт-Петербурга Андрей Владимирович Гнездилов, основавший специализированный хоспис для неизлечимо больных людей проводит успешные исцеления ряда болезней психики воздействуя на пациентов звучанием колоколов, на его счету сотни излеченных больных.

 Французский исследователь Альфред Томатис проводил множественные эксперименты с музыкой Баха и Моцарта. Показания его измерительных приборов показали, что ослабление организма под воздействием стресса происходит в тот момент, когда серые клетки мозга не получают достаточно электрической энергии, им не хватает силы. Альфред Томатис считает, что эти клетки функционируют как электрические батарейки. Они производят электричество и снабжают им волны мозга, которые регистрируются на ЭЭГ. А. Томатис также утверждает, что эти клетки-батарейки заряжаются каким-то источником извне, и этим источником является звук, его высокочастотный спектр. Превращением энергии, поступающей от источника звука, занимаются клетки линии Корти. Они располагаются рядами, около 2,5 тысяч продолговатых клеток Корти колеблются в точном соответствии с каждым издаваемым звуком. Производимая в результате этого движения энергия перетекает в головной мозг, а часть ее попадает через вестибулярную ветвь мозжечка к мускулатуре тела.

 Высокочастотные звуковые вибрации способны питать энергией мозг, и снимать мышечное напряжение, производя при этом балансировки в физическом теле.

 А.Томатиса называют «Отцом современной звукотерапии», его исследования и теоретические выводы находят подтверждение среди открытий, сделанных великим немецким философом и психологом Карлом Густавом Юнгом в его великих трудах [48, 49].

 Ученый В.Леви [22] приводит данные собственных исследований с указанием собственных частот функционирования органов человеческого организма, на которых возможен эффект резонанса. Эти эффекты можно использовать отдельно или в комплексе для стимулирования или напротив торможения жизнедеятельности этих систем.

 Та информация, которую несет в себе звуковая волна, способна вызвать активность в конкретном отделе головного мозга, активизируя его, что приводит к выработке соответствующего данной области гормона. И далее он распространяется по всему организму, влияя на работу органов. Если вырабатывается избыточное количество определенного вида гормона – это приводит в дисбаланс все системы организма. Если же это происходит систематически, то возникают всевозможные патологии в функциях работы органов и систем.

**1.1.3 Обзор основных методов звукотерапии**

 Звукотерапия – это немедикаментозный метод коррекции состояния здоровья, основанный на воздействии звуком и вибрацией, исходящих от музыкальных инструментов, человеческого голоса, природы [46]. Частными разновидностями звукотерапии являются музыкотерапия, когда в лечении, реабилитации, образовании и воспитании детей и взрослых применяются музыкальные произведения и акустически-вибрационная терапия, в которой воздействие производится извлечением звуков из различных музыкальных инструментов, возможно в сочетании с голосом и звуками природы. В основе терапевтического эффекта звукотерапии лежит принцип резонанса. Резонанс (от лат.resonans − дающий отзвук) − ответное звучание одного из двух тел, настроенных в унисон. В контексте звукотерапии это означает то, что каждому природному объекту соответствует определенная частота колебаний, в том числе и нашему телу. Правильно подобранная звуковая частота может быть благоприятная для организма и психики. И, наоборот, неправильно подобранные звуки могут быть неприятны для человека, а их частотные колебания неблагоприятны для организма.

В настоящее время известны следующие методы звукотерапии:

1. Тонинг – древнейший метод лечения звуком. Метод основывается на длительном протяжном пропевании гласных букв с основной задачей – войти в резонанс. Это самая простая и естественная практика. Мы с детства интуитивно ее применяем, когда плачем, смеемся и стонем.

2. Произнесение мантр – также является древнейшим звукотерапевтическим методом. Древние тексты создавались с учетом их вибрационных частот, произнося которые по мнению адептов этих традиций можно сонастраиваться с определенными состояниями и качествами внутри себя, как бы подсвечивая эти состояния и фиксируя себя на этой частоте.

3. Резонансно-частотная терапия – этот метод основан на открытии доктора Рояла Раймонда Райфа (1931) о том, что все виды клеток организма вибрирует с определенной присущей только им резонансной частотой. И когда эта частота изменяется, то настроить ее на здоровый лад можно усилив резонансную частоту. Также мы можем использовать эффект резонанса для подавления болезнетворных микроорганизмов.

4. Камертонная терапия – методика терапии, разработанная Джоном Боле. Он предложил использовать камертоны, соотношения частот которых 2:3 – интервал чистой квинты. Этот размерный интервал известен нам еще с октавной системы Пифагора.

5. Музыкотерапия – метод психотерапии, применяющий музыку как лечебное средство. Чаще всего в музыкотерапии используются классические произведения, проигрываемые для пациента с целью расслабления или стимуляции, для улучшения коммуникации или отреагирования эмоций.

6.Техника акустического захвата – была разработана доктором Робертом Монро (1975) и получила название «HEMI-SINC». Этот метод применяет несинхронные звуковые частоты для создания акустического захвата. Для этого пациенту дают послушать частоты вызывающие бинауральные пульсации в горе головного мозга, что приводит в баланс левое и правое полушария мозга, усиливая его волновую активность. Многие народы используют инструменты с бинауральными ритмами. Самый известный пример это тибетские поющие чаши или чаши –резонаторы.

В исследовании речь пойдет о последнем методе: о терапевтическом воздействии поющими чашами.

**1.1.4 Тибетские поющие чаши как метод звукотерапии:**

**Механизм воздействия**

 Звуко-резонансная терапия Тибетскими поющими чашами — это система оздоровления тела и энергетической системы человека, а также медитативная практика, направленная на достижение состояния внутренней тишины [48].

 В России поющие чаши появились в конце XX века, поэтому серьезных научных исследований пока нет. В Западной Европе такие исследования проводятся. Наиболее активно это направление терапии и ее влияние на человека исследуется и развивается в Германии. На эту тему написаны научные работы и защищены кандидатские диссертации. В Германии поющие чаши на официальном уровне признаны инструментами для музыкальной терапии, что позволяет звуковым терапевтам, педагогам, психологам и массажистам использовать их в своей работе.

 В Германии терапия тибетскими поющими чашами активно используется в качестве массажа, дополнительного метода реабилитации после различных заболеваний (включая инсульт) [45]. Также хорошо себя показала в работе с детьми, так как способствует концентрации внимания и помогает их успокоить. А также используется во время естественных родов, помогая снять состояния стресса и страха, успокаивая и расслабляя и мать, и ребенка.

 Большую роль в научных исследованиях и признании поющих чаш, как инструментов в музыкальной терапии на уровне государства сыграл немецкий институт Петера Хесса (PeterHess). Существует несколько институтов, в которых обучают навыкам терапии поющими чашами.

 Терапия тибетскими поющими чашами — это бесконтактные и контактные методы воздействия на тело человека звуком и вибрацией, извлекаемым из тибетской чаши с помощью стика или колотушки.

 Преимущества тибетских поющих чаш:

1. Каждая кованая чаша обладает неповторимыми звуковыми и вибрационными характеристиками.
2. В терапевтических целях применяются именно кованые чаши, имеющие более глубокий и объемный звук и более сильную вибрацию по сравнению с литыми чашами.
3. Чрезвычайно широкий диапазон частот.
4. Широко распространены, легко приобрести.
5. Терапия эффективна как при использовании одной чаши, так и нескольких, а даже в комбинации с другими музыкальными инструментами.
6. Широкий ассортимент – разнообразие качества форма, размера (с/ без гравировки) по различной цене.
7. Существуют мастера (в первую очередь в Непале и Индии, а также в Германии) с большим стажем терапии тибетскими поющими чашами. Постепенно собирается информация о практическом опыте данного вида терапии, что может стать базой для научных доказательств ее преимуществ и ограничений.
8. Универсальные: могут быть использованы в качестве музыкального инструмента, инструмента для терапии, а также в качестве эффектного элемента интерьера.
9. Компактный размер и вибрационные характеристики позволяют их использовать как для бесконтактных «звуковых ванн», а также контактного акустически вибрационного массажа (в т.ч. в воде).
10. При контактном массаже благодаря компактному размеру и не очень большому весу, чаши могут ставиться на любую часть тела, в т.ч. на голову (ставится или надевается как каска).

 История этого необычного инструмента уходит далеко. О существовании поющих чаш известно уже с 560-484гг. до н. э. Символы сосудов в виде чаши присутствуют во многих культурах. Конечно, это не обязательно означает их использование в качестве звукового инструмента.

 Истории и легенды о появлении поющих чаш разнообразны, считается что звук, зарождаемый в чаше, является результатом алхимической реакции от встречи женского начала (собственно сама чаша) и мужского начала (деревянный стик). Традиционно в Тибете чаши производят из сплава семи металлов, каждому из которых соответствует планета солнечной системы и определенная система организма человека.

 Интересен тот факт, что во многих архаичных сообществах было замечено необычное воздействие звуков, издаваемых металлическими коваными инструментами. В Китае для этого использовались гонги, в Византии пластинчатые колокола *било*, на Руси – колокол, а в Тибете – поющие чаши.

Западный мир узнал о них только во второй половине 20го века, после вторжения Китая на территорию Тибета местные жители были вынуждены скоропостижно бежать в соседние страны, забирая с собой самое ценное. Таким образом чаши-резонаторы распространились на территорию соседнего Непала, Индии, Бутана и др. И с распространением увлечения западным миром востоком и волной туризма в юго-восточную Азию чаши стремительно начали привлекать интерес и вывозиться в западные страны, в том числе и в Россию.

 Существует много разновидностей этого инструмента, они бывают литые и кованные, разнится сплав и толщина стенок. Терапевтическим эффектом обладают только кованые чаши диаметром от 25 см. Чем богаче сплав, тем более разнообразный обертонами звук и тем более глубокой вибрацией он обладает. Чаша-резонатор относится к обертоновым инструментам.

Остановимся подробнее на понятии обертон.

**ОБЕРТОН -** (нем. Oberton, от ober — верхний и Ton — тон), синусоидальная составляющая периодического колебания с частотой более высокой, чем основной тон. Любое периодическое колебание можно представить, как сумму основного тона и обертонов, причём частоты и амплитуды этих обертонов определяются как физическими свойствами колебательной системы, так и способом её возбуждения. Если частоты всех обертонов — целые, кратные основной частоте, то такие обертоны называются гармоническими, или гармониками. Если же частоты зависят от основной частоты более сложным образом, то говорят о негармонических обертонах. В этом случае периодическое колебание также может быть представлено как сумма гармоник, но это разложение будет приближённым, тем более точным, чем большее число гармоник взято. [39]

 За счет чего же происходит терапевтический эффект? Он основан на свойстве человеческого мозга синхронизировать свою волновую активность с внешними звуковыми раздражителями. Поскольку мы имеем дело с кованым обертоновым инструментом, то одновременно наши уши слышат звуки разных частот: звуковая волна, отражаясь от разных граней, полученных во время ковки, слышится ушами как близкие, но все же разные ноты. И тут мы встречаемся с понятием *бинауральных ритмов* или *биений*. Это фантомные, воображаемые звуки, которые возникают в головном мозге при воздействии звуковых волн, имеющих частотное отличие друг от друга не превышающее 25 Гц. Для того, чтобы эти биения были слышны, собственная частота тонов не должна превышать 1000- 1500 Гц. Например, одно ухо воспринимает звук частотой 220 Гц, а другое 210 Гц, то полушария головного мозга человека начинают работать синхронно, и в результате слушатель ощущает особое звуковое биение с “разностной” частотой, равной 10 Гц (220 – 210 = 10 Гц). Но эта частота – производное самого мозга, он как бы вычитает разность двух частот и дает возможность слышать эти самые 10 Гц, тем самым переходя на более пониженный спектр, соответствующий альфа-ритмам. Бинауральные ритмы существуют только в самом мозге и по сути не являются «ритмами» в привычном понимании. Зафиксировано, когда частота подается непрерывно на протяжении 7 минут, частота работы головного мозга входит с ней в синхронизацию. Это природная физиологическая реакция, о которой знали еще древние цивилизации. Бинауральные ритмы изменяют электрохимическую среду мозга. Каждое ухо соединено с двумя полушариями мозга, в каждом из которых есть центры обработки звука, получающие сигналы от каждого уха. При воздействии бинаурального ритма в обоих полушариях возникает по стоячей волне с одинаковой частотой и амплитудой. Так они синхронизируются друг с другом. Этот же эффект наблюдается в состояниях сознания при медитации и гипнозе. Когда при поддержании осознанности мозга он одновременно захватывается низкими частотами, возникает уникальное состояние: когда тело спит, а ум бодрствует. Этот эффект достигается, благодаря переходу частот мозга на спектр альфа волн. Альфа (α) — это частоты волновых колебаний головного мозга от 7 до 14 Гц. Для достижения этого состояния существует много традиционных практик, включая занятие йогой и медитацией. Это промежуточное состояние между сном и явью. Мы встречаемся с ним каждый день, вот только ничтожно короткий промежуток времени: когда засыпаем.

То есть бинаруальные ритмы в короткий срок погружают нас в околотрансовое состояние.

**Транс** (от фр. transir — оцепенеть) — функциональное состояние психики, в котором изменяется степень контроля сознания над обработкой информации. Транс сопровождается определёнными изменениями мозговой активности.

Традиционная медицина рассматривает измененные состояния сознания как целебные, считается, что наш организм при этом получает в два раза больше отдыха, чем во время обычного сна. И намного быстрее восстанавливается. Также человек попадает в эти состояния и во время сильных психических и физических перегрузок, таким образом, организм защищается, когда сил сопротивляться становится ничтожно мало.

 Психиатр Милтон Эриксон утверждал, что транс сам по себе терапевтичен, так как во время его протекания возможно психическое переструктурирование личности, так сложно осуществимое в повседневных состояниях сознания. Это нам возможность выйти на контакт с внутренними ресурсами, а также встретиться с первопричинами, с корнями проблемы в бессознательном.

 Основными характеристиками трансового состояния являются снижение тонуса мышц, заторможенность сознательных и ускорение бессознательных откликов, замедление и более глубокое дыхание, замедление пульса, подрагивание век, замедленность рефлексов [9]. Очень часто в этом состоянии у пациентов происходят регрессии или прогрессии во времени, движения разных частей тела, спонтанно возникают образы, и наблюдается глубокая релаксация вплоть до фазы глубокого сна. Все эти признаки наблюдаются при проведении сеанса звуко-резонансной терапии поющими чашами.

**1.2 Психоэмоциональная сфера человека. Ее составляющие**

**1.2.1 Понятия психоэмоциональной сферы**

 Понятие *психика* представляет из себя совокупность различных сфер: памяти, обучения, творческого развития, воспитания и многого другого. Непосредственно физического здоровья касается психоэмоциональная сфера, то есть область эмоций и чувств.

 Психоэмоциональная сфера является одной из форм психических состояний человека, в которых эмоциональная реакция служит преобладающей доминантой. Эмоциональное проявление в реагировании на действительность нам необходимо, так как при этом происходит регуляция самочувствия и функционального состояния. При снижении эмоциональности понижается активность центральной нервной системы человека и это может приводить к снижению работоспособности. В том случае, когда эмоциональные факторы воздействуют чрезмерно, есть вероятность возникновения нервно-психического напряжения и это может привести к срыву высшей нервной деятельности. Считается, что оптимальным уровнем эмоционального возбуждения является готовность к деятельности и ее осуществлению.

 Одним из составляющих психоэмоциональной сферы является ощущение. Ощущение представляет собой функцию отражения свойств реальности, которое возникает при воздействии их на органы чувств, и при этом происходит возбуждение соответствующих центров в головном мозге. Данная реакция протекает на уровне рефлексов организма, минуя уровень осмысления. Многообразие ощущений отражает все многообразие окружающего мира.

 Наш соотечественник, психолог А.Р.Лурия предложил классифицировать ощущения по двум основным принципам – генетическому и систематическому.

 *Генетическую* классификацию предложил английский неврологом Х.Хэд в 1938 году. В ней выделяется два вида ощущений:

1. Протопатические ощущения – это более примитивные, органические ощущения, такие как жажда, голод и холод. Еще их называют аффективными ощущениями.
2. Эпикртические ощущения – этот подвид ощущений более тонко дифференцирован, они рациональны и объективированы. Это ощущения от органов чувств.

 *Систематическая* же классификация ощущений подразделяет их на три основных типа:

1. Интероцептивные ощущения. Они оповещают нас о состоянии внутренних процессов в организме и относятся к наиболее древним, базовым ощущениям. Они наименее всего осознаваемы, и при этом всегда сохраняют свою близость к эмоциональным состояниям человека.
2. Проприоцептивные ощущения. Этот вид составляют афферентацию движений человека, передают информация о положении в пространстве тела человека. Роль проприорецепции как афферентной основы движения в современной физиологии и психологии была изучена Н.А.Бернштейном еще в 1948 году. Еще эту группу называют статическим ощущением.
3. Экстероцептивные ощущения являются основной группой ощущений, связывающей человека с окружающей средой. Они принимают информацию из внешнего мира. Их подразделяют на контактные и дистантные экстероцептивные ощущения.

 Ощущения выполняют важную роль в жизни человека, они позволяют ориентироваться в окружающей его действительности. При нарушении работы хотя бы одной из сфер происходит коренная перестройка всей системы адаптации человека к окружающей среде. А искажение какой-либо сферы с высокой долей вероятности приведет к нарушению психоэмоционального состояния и искажению эмоционального фона.

 Эмоции - значительно более сложное по своей насыщенности явление психики. Эмоции придают личную окраску и оценку фактам окружающей действительности в отличие от ощущений, и для каждого человека это индивидуально. В данной сфере включаются в работу не только рефлексы, но и личность субъекта.

 А.Н.Леонтьев выделяет 3 класса эмоциональных процессов:

 Аффект – сильные и относительно кратковременные неуправляемые эмоциональные переживания, которые сопровождаются резко выраженными двигательными и висцеральными проявлениями. Возникают как ответ на уже наступившую ситуацию, аккумулируются. Функция регуляции состоит в образовании специфического опыта – аффективных следов, определяющих избирательность последующего поведения по отношению к ситуациям и их элементам, которые уже вызвали аффект.

 Собственно эмоции – являются более длительными состояниями, могут быть слабо выражены во внешнем поведении. Носят ситуационный характер, выражают оценочное личностное отношение к возможным или складывающимся ситуациям, к своей деятельности. Способны предвосхищать ситуации и события, которые ещё не наступили, то есть носят идеаторный характер. Способны к обобщению и коммуникации – эмоциональный опыт шире, чем опыт индивидуальных переживаний.

 Чувства – предметные эмоциональные состояния, которые возникают в результате специфического обобщения эмоций. Они связываются с представлением или идеей о некотором объекте, конкретном или обобщённом. Чувства не носят зависимый характер от конкретной ситуации и относительно постоянны. Несовпадение чувств и эмоций называется амбивалентностью и обозначается как несовпадение устойчивого эмоционального отношения к объекту и эмоциональной реакции на сложившуюся преходящую ситуацию.

 Эмоции представляют собой форму накопления индивидуального опыта человека. В тех ситуациях, когда интеллект не успевает осознать и отреагировать на какое-либо обстоятельство, тогда человек может действовать в соответствии с приобретенным ранее эмоциональным опытом. Важным аспектом является условие, когда эмоциональный опыт развивается одновременно и последовательно, вместе с формированием и развитием личности. В противном случае сохранятся инфантильные модели эмоционального реагирования, что может вызывать расстройства психоэмоциональной сферы во взрослом возрасте.

 Есть еще один важный факт: эмоции имеют как прямую, так и обратную связь со всеми органами и системами человека, так как они зарождаются непосредственно в системе, контролирующей всю жизнедеятельность человека: в центральной нервной системе. По этой причине любые изменения в жизнедеятельности органов дыхания, пищеварения, сердечнососудистой системы, желез внутренней секреции или мускулатуры (скелетной и гладкой) приводят к изменениям в эмоциональном фоне человека, возможно и незначительным. Точно так же и состояние эмоционального фона способно влиять на жизнедеятельность всего организма.

 В середине XIX столетия крупный американский психолог Уильям Джеймс [38] писал в своей статье, доведя эту взаимосвязь почти до абсурда: «Мы опечалены, от того что плачем, испытываем ярость, потому что бьем другого». Он полагал, что является первичным действие, а не эмоция, что стоит только человеку заплакать, как он тотчас начнет грустить, а стоит ему засмеяться, то сразу станет весело. Как бы ни казалась нам парадоксальной теория У. Джеймса, если впадать в крайности, то можно согласиться с тем, что она содержит рациональное зерно. Позже именно на такой парадоксальной идее взаимодействия были построены некоторые методы саморегуляции эмоционального состояния, основывающиеся на самовнушении.

 Следующим состоянием психоэмоциональной сферы является настроение.

В отличие от человеческих эмоций настроение – сравнительно устойчивое психическое состояние разной степени интенсивности, оно более продолжительное, проявляющееся нам в качестве положительного или отрицательного фона жизни человека. Настроение является эмоциональной реакцией скорее на их некоторую тенденцию, а не на прямые последствия тех или иных событий. Также настроение возникает у человека в тот момент, когда он пытается прогнозировать развитие какой-либо ситуации или представляет цепочку событий, и как следствие эмоциональных реакций на них.

 Однако не только эмоции создают наше настроение, но и уже сформировавшееся настроение способно оказывать влияние на возникновение эмоций. Именно по этой причине важно уметь контролировать свое настроение.

 В зависимости от степени осознавания причин, вызвавших его, настроение можно представить в виде общего эмоционального фона (приподнятое настроение либо подавленное), либо в форме четко идентифицируемого состояния (страх, радость, восторг, скука, печаль, тоска). Человеку значительно проще осознать причины своего настроения, если он может дать ему название, четко его определить для себя

 Навык контролировать свое настроение, как и обучение способам его сознательной корректировки – это одна из важнейших задач воспитания и самовоспитания. Именно на этих навыках построены многие методики саморегуляции. Возможны также и беспричинные колебания в настроении, которые зачастую носят патологический характер.

 Последнее понятие, входящее в психоэмоциональную сферу - это чувства.

 Чувства являются наиболее устойчивыми и сложными психоэмоциональными состояниями из всех вышеперечисленных. Чувство сложнее настроения настолько, насколько и настроение сложнее эмоций. В то время, когда настроение может длиться порядка нескольких дней, то чувства могут жить годами. Однако объединяет их то, что они оба построены на психоэмоциональной основе.

 Возникая в результате осознанного, зрелого обобщения собственного эмоционального опыта, чувства становятся преобладающими образованиями эмоциональной сферы человека, начиная определять содержание и динамику ситуативных эмоций.

 Ситуативные эмоции лишь уточняют содержание чувств, побуждая человека в определенных ситуациях к определенным действиям. Бывают ситуации, когда чувство и связанные с ним эмоции находятся в противоречии друг с другом. Проявление такого вида противоречивости чувства и эмоции по отношению к одному и тому же объекту можно также отнести к расстройству в психоэмоциональной сфере.

 Таким образом, у нас есть четыре основные составляющие психоэмоциональной сферы: ощущения, как предпосылки эмоций, эмоции, настроения и чувства. За исключением первой составляющей, все три остальные сферы полностью находятся в руках самого человека. Нам всем подвластно овладеть для себя навыками коррекции эмоционального состояния, для того, чтобы негативные эмоции, а также настроения и чувства не вызывали у нас болезненных состояний, а позитивные служили фундаментом для гармоничной жизни и развития.

**1.2.2 Расстройства психоэмоциональной сферы**

 Непрерывное влияние стрессов в повседневной жизни человека ведет к постоянной психоэмоциональной нагрузке, что приводит к постепенному истощению, раздражительности, ухудшению настроения. И на этом же фоне могут проявляться психосоматические нарушения, проявляющиеся в виде мышечных зажимов, спазмов, напряжения в теле.

 Разбалансировка психоэмоциональной сферы может вызывать повышенную агрессивность, где под агрессией мы понимаем вредоносное поведение. В самом понятии «агрессия» объединены различные по форме и результатам акты поведения человека. Они могут проявляться в виде злых шуток, сплетен, враждебных фантазий, так и в виде бандитизма и убийств.

 Самыми явными проявлениями агрессивного поведения принято считать злословие, повышение тона и громкости голоса, принуждение, негативное оценивание, оскорбления, угрозы, аффектация, а также применение грубой физической силы. Агрессивное поведение в скрытой форме выражаются в уходе от контактов, либо в бездействии, с целью принести кому-то вред, а также причинении вреда себе и самоубийстве.

 Однако в реальной жизни нам бывает достаточно сложно определить, является ли проявление агрессивности следствием внутренней, или оно зависит от каких-либо других факторов извне. Только анализ дополнительных личностных факторов, таких как значимость (в том числе и опасность) каждой конкретной ситуации для данного человека, также его способность и готовность осознавать свое поведение, возможность контролировать свои чувства, степень вреда причиняемого им, могут дать возможность определения внутренней агрессивной тенденции данной конкретной личности.

 Агрессивное поведение личности может дифференцироваться согласно классификации А.П.Назаретян:

* 1. По степени личностной вовлеченности человека:

 - Ситуативные агрессивные реакции (представленные в форме краткосрочной реакции на данную конкретную ситуацию).

 - Агрессивное состояние (в структуре посттравматического расстройства, на фоне стресса, а также возрастного кризиса)

 - Устойчивое агрессивное поведение личности.

* 1. По степени активности:

 - Пассивное агрессивное поведение (проявляется в форме бездействия либо отказа от чего-либо).

 - Активное агрессивное поведение (проявляется в форме разрушительных либо насильственных действий).

* 1. По эффективности:

 - Конструктивное агрессивное поведение (оно способствует адаптации, успеху, а также помогает справляться со стрессовыми ситуациями).

 - Деструктивное агрессивное поведение (наносящее ощутимый ущерб самой личности либо окружающим ее людям).

* 1. По выраженности психопатологической составляющей:

- Нормальное агрессивное поведение.

- Агрессивное поведение в рамках патологических реакций.

- Агрессивное поведение в рамках поведенческих расстройств (например, зависимое поведение).

- Агрессивное поведение в рамках личностных расстройств (например, нарциссического или пограничного расстройств личности).

- Агрессивное поведение в рамках психических заболеваний и психопатологических синдромов: параноидальный, эксплозивный, психоорганический, дементный, сумеречное расстройство сознания и другие.

 Также агрессивное поведение часто сопровождается аффективными состояниями, такими как: раздражение, нетерпимость, зависть, неистовство, отвращение, злость, ярость, бешенство либо ненависть. Интенсивность психологических аффектов коррелирует с их психологической функцией [41].

 Такие черты личности, как боязнь общественного порицания и неодобрения, чрезмерная раздражительность, предрассудки (к примеру национальные), также склонность испытывать чувство стыда вместо вины относятся к индивидуально-личностным характеристикам, вызывающим агрессивное поведение.

 Другой важной особенностью, которая влияет на агрессивное поведение личности, является способность переносить ее фрустрацию. Фрустрация - это очень распространенное явление, и люди очень отличаются по способности с ней справляться. В том случае, если агрессивное поведение помогает устранению фрустрации, то оно с куда большей вероятностью закрепляется и усиливается в соответствии с существующими законами научения. Также есть вероятность возникновения проблем в том случае, когда человек имеет повышенную восприимчивость к фрустрации, или если он не выработал социально приемлемые способы преодолевания фрустрации [36].

 Из этого следует, что агрессивное влечение при неблагоприятном воздействии внутренних и внешних факторов действительно может приобретать формы агрессивности либо разрушительного поведения, вплоть до социально опасных форм. Однако агрессия не всегда обязательно должна приводить к негативным последствиям. К примеру, она может замещаться, сублимироваться в различных видах деятельности.

 Агрессия в норме служит выживанию и чаще носит оборонительный характер. Также она является источником активности индивида, источником его творческого потенциала, а также его стремления к достижениям. Личность способна и должна распознавать разные проявления агрессии, уметь выражать ее в социально приемлемых способах, перенаправлять ее, уходя как от насилия над другими, так и над собой. Агрессивное поведение – это личное дело выбора у каждого человека, однако задача овладения своей агрессией является одной из труднейших психологических задач [35].

 В свою очередь, тревожность, как личностное качество, является самым значимым фактором риска, приводящим к нервно-психическим заболеваниям. Очень высокая тревожность и повышенная чувствительность к стрессу затрудняют интеллектуальную деятельность в ситуациях психически напряженных, понижает уровень работоспособности ума, часто вызывает неуверенность в собственных способностях, являясь одной из причин низкого социального статуса человека.

 Тревожность представляет собой устойчивое личностное образование, которое сохраняется на протяжении достаточно долгого периода времени [36]. У нее есть собственная побудительная сила и константные формы реализации и проявления в поведении с преобладанием компенсаторных либо защитных проявлений. Тревожность, как и любое другое сложное психологическое образование, характеризуется сложной структурой, включающей операциональный, эмоциональный и когнитивный аспекты при доминировании эмоционального. Выделяют два аспекта в понимании тревоги и тревожности: тревога, как эмоциональное состояние; тревожность, как свойство личности, предрасполагающее проявлению состояния тревоги.

 Понятие тревожности состоит их понятий: страх, тревога, беспокойство. Рассмотрим каждое из них. Страх – это аффективное, эмоционально заострённое отражение в сознании личности какой-либо конкретной угрозы для его жизни, благополучия. Тревога – это эмоционально обостренное ощущение какой-либо предстоящей угрозы. Тревога, в отличие от страха, чувство не всегда отрицательно воспринимаемое, так как она бывает и в виде радостного волнения, предвкушения или волнующего ожидания.

 Чувство беспокойства является общим началом для страха и тревоги. Оно обычно проявляется в виде лишних телодвижений либо, наоборот, неподвижности. Человек может говорить дрожащим голосом, либо совсем замолкать.

 Разные исследователи выделяли разные виды и уровни тревожности, мы здесь рассмотрим схему Ч. Спилбергера, он выделяет два вида тревожности: личностная тревожность и ситуативная (реактивная). Личностная тревожность - это устойчивая индивидуальная характеристика, которая отражает предрасположенность субъекта к тревоге, предполагает наличие у него тенденции воспринимать широкий круг ситуаций как несущие угрозу, при этом отвечая на каждую из них определенной реакцией. Личная тревожность может активизироваться при восприятии человеком определенных стимулов, расцениваемых как опасные для самоуважения и самооценки. Реактивная тревожность характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями, такими как напряжение, беспокойство, озабоченность, нервозность. Тревожность возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию, она может быть разной по интенсивности и динамичности.

 Тревожность – это склонность человека к проживанию состояния тревоги. Чаще всего состояние тревожности у человека связано с ожиданием социальных последствий его успеха или неудачи. Тревога и тревожность обычно очень тесно связаны со стрессом. При этом эмоции тревожного ряда являются симптомами стресса, в то время как исходный уровень тревожности определяет индивидуальную чувствительность к стрессу. Состояние тревоги, как и стресс в целом, нельзя считать однозначно плохим или хорошим [42].

 Бывают ситуации, когда тревога является естественной реакцией, адекватной и полезной. Каждому человеку свойственно испытывать тревогу, беспокойство либо напряжение в определенных жизненных ситуациях, особенно в тех случаях, когда он должен совершить что-то для себя необычное.

 В иных случаях тревога является неадекватной и вредной, неестественной и патологической. Она может стать хронической и начать появляться не только в ситуациях стресса, но также и без видимых на то причин. При таких случаях тревога не только не помогает человеку, но и наоборот, начинает мешать в повседневной деятельности.

 Тревога – это весьма распространенное проявление невроза. Согласно Е.Р.Харибовой [42] проявления у тревоги могут быть очень разнообразны, различают следующие виды:

* Эмоциональная тревога – постоянные навязчивые тревожные мысли о каком-либо конкретном событии, а также тревожные ожидания, связанные с любыми возможными событиями, сюда же относятся навязчивые тревожные воспоминания прошлых событий.
* Физическая тревога – обычно проявляется в виде мышечных напряжений, неспособностью расслабиться.
* Моторная тревога – проявляется в виде неусидчивости, необходимости постоянного движения для снижения уровня тревоги, а также в виде подергивания конечностей.

 Так же, могут быть другие проявления тревоги, такие как:

* Нарушение сна, проявляющиеся в виде сложности с засыпанием, поверхностного сна;
* Вздрагивание от неожиданности;
* Дрожь в конечностях;
* Учащенное сердцебиение;
* Частое мочеиспускание.

 Адекватный уровень тревоги необходим человеку для эффективного приспособления к реальной действительности, для возможности мобилизации организма в случае возникновения реальной угрозы либо трудной ситуации. В других же случаях тревога является неестественной, патологической и вредной. Она может стать хронической, начать появляться не только в ситуациях стресса, но и без видимых на то причин. В таком случае тревога не только не поможет человеку, но и наоборот, мешать ему в его повседневной жизнедеятельности. Иногда тревога может служить проявлением психоэмоциональных расстройств и особых состояний: при депрессии, при последствиях черепно-мозговых травм, атеросклерозе сосудов в головном мозге, при нарушениях поведения, при шизофрении.

 Субдепрессивные состояния по уровню своей распространенности сейчас являются безусловными лидерами среди прочих других расстройств человеческой психики. Результаты исследований, проводимых во всех странах мира показывают, что субдепрессия становится самым распространенным недугом для нашего времени. Это весьма распространенное расстройство психики, которому сейчас подвержены миллионы людей в мире. По различным данным, им страдает около 20% населения в развитых странах. Депрессивные расстройства психики являются важнейшими факторами риска для возникновения различных форм химической зависимости, также они осложняют протекание сопутствующих заболеваний. Более того, депрессивные расстройства психики являются основным фактором риска для суицидов, по количеству которых наша страна занимает одно из передовых мест.

 Субдепрессия – это состояние неглубокой депрессии, оно характеризуется понижением настроения, снижением работоспособности и пессимистической оценкой происходящих событий. Человек при этом часто жалуется на слабость, угнетённость, не верит в свои возможности, сомневается в верности своих поступков, с большим трудом принимает решения, часто переживает чувства тревоги и страха. Зачастую снижение эмоционального фона проходит в сопровождении моторных торможений, снижения побуждений к активной деятельности. Резко снижаются влечения, волевая активность. Характерными чертами является взятие ответственности за различные неприятные и тяжелые события, происходящие в жизни человека либо его близких людей. При этом чувство вины за события из прошлого, а также ощущение собственной беспомощности перед лицом жизненных трудностей здесь сочетаются с чувством полной бесперспективности. Самооценка в данном случае резко снижается. Восприятие времени становится измененным, оно течет мучительно долго. Для человека в состоянии депрессии характерны такие черты, как замедленность, безынициативность, а также быстрая утомляемость. Все это обычно приводит к резкому снижению продуктивности. При тяжелых, затяжных состояниях депрессии также возможны попытки самоубийства [36].

 В зависимости от причин возникновения, депрессия может быть психологически «адекватной», то есть вызванной определенными жизненными обстоятельствами, так называемые реактивные депрессии, и «неадекватной» по своей тяжести, длительности, то есть не связанной с экзогенными факторами (эндогенные депрессии) [7].

 Также не редким случаем является проявление депрессии в соматическом виде. Это заболевание часто имитирует все физические субъективные переживания человека на фоне общего снижения настроения, ипохондричности, особого окрашенного эмоционального отношения к болезни [24]. В соответствии с принципами современной международной классификации психических заболеваний, в рамках определения депрессий, наряду со сниженным настроением, утратой интересов, заниженной самооценкой, состоянием виновности и уничижения, также выделяют соматический («витальный», «биологический», «эндогенноморфный») синдром, включающий нарушения сна (пробуждение по утрам за 2 ч или более до обычного времени), утрату аппетита, потерю массы тела (5% в течение последнего месяца), выраженное снижение либидо [2].

 При анализе причин депрессии чаще всего видно, что в каждом конкретном случае присутствует как биологическая причина, то есть предрасположенность, так и неблагоприятное влияние окружающей среды, только соотношение этих факторов в каждом конкретном случае разное. И проявляется депрессия у людей по-разному, в самой структуре этой болезни может преобладать печаль, слабость и раздражительность, тоска; очень распространенной формой этого заболевания является проявление только телесных симптомов: боли, неприятных ощущений в груди, животе) при этом практически нет признаков снижения настроения и других психических проявлений.

 В наше время термин «депрессия» стал уже скорее бытовым, чем медицинским понятием. Не всегда пониженный уровень настроения и чувство печали являются признаками заболевания – способность менять настроение является важнейшей функцией человеческой психики. В медицине выделяют ряд заболеваний, которые сопровождаются симптомами депрессии, их условно называют «расстройствами депрессивного спектра». Эти расстройства психики имеют общие или похожие механизмы возникновения, однако протекают они по-разному и требуют разного лечения [7].

**1.2.3 Коррекция психоэмоциональной сферы**

 В психоэмоциональной жизни современного человека есть две преобладающие тенденции. Первая тенденция характерна возрастающей частотой и интенсивностью эмоциональных нагрузок, чему также способствует особенности современной жизни, а именно: стремительно быстрое изменение социальной и физической среды, ускорение темпов и стоимости жизни, разрушение традиционных семейных ценностей и структур, а также социальные и экологические катаклизмы. На все эти факторы человек реагирует переживанием состояний страха, тревоги, беспомощности, а также тоски и отчаяния. Вторая тенденция характерна негативными отношениями к эмоциям, которым приписывают деструктивную, дезорганизующую роль, как в политической, так и в личной жизни каждого отдельного человека [24].

 В нашей современной культуре присутствуют также достаточно специфические психологические факторы, способствующие росту общего количества переживаемых негативных эмоций, проявляющихся в виде тоски, страха и агрессии. Они также затрудняют их психологическую переработку. Это особый вид ценностей и установок, поощряемых в социуме и культивируемых во многих семьях как отражениях более широкого социума. Эти ценности и установки становятся достоянием для индивидуального сознания, создают психологическую предрасположенность и уязвимость к эмоциональным расстройствам психики.

 В наше время использование слов «депрессия» и «стресс» стало настолько обыденным, что редко произносящие их люди задумываются над тем, что это серьезные расстройства психоэмоциональной сферы.

 В настоящий момент существует очень большое количество факторов, приводящих организм к стрессовому состоянию. Это может быть заболевание или развод, смерть близкого человека или увольнение с работы, катастрофы или неприятные новости, а также многое другое. Учитывая это, не стоит забывать, что каждый человек особенный и уникальный, поэтому реакция психики и организма в целом на одно событие может быть совершенно разной у каждого индивида. Наиболее сильное проявление эмоций вызывает комплексную физиологическую реакцию – стресс. Стрессовое воздействие не должно превышать порог приспособительных возможностей человека, так как в этих случаях может возникнуть ухудшение самочувствия, а также развиваться заболевания.

 На общем фоне развития инфраструктуры, а также информационных технологий и технического прогресса, задача коррекции и профилактики психоэмоциональных расстройств человека возникает все более остро. Если не проводить своевременную коррекцию и предупреждение такого рода состояний, могут возникать серьезные проблемы, на уровне физического здоровья и межличностных отношений.

 В этой главе мы дали определение понятия психоэмоциональной сферы, а также описали ее составляющие. Указали на виды заболеваний, которые могут возникнуть в результате дисбаланса психоэмоциональной сферы и при ее перегрузке. В наше время особенно важно вести гармоничную жизнь и в ответ на стрессы и перенапряжения иметь и использовать различные методы коррекции и релаксации.

**Выводы по I главе:**

1. Использование музыкальных видов искусства в терапевтических целях наблюдалось в разные времена и эпохи. Различные звуковые волны и частоты очень по-разному воздействую на человеческий организм, что с успехом применяли в разных традициях, в том числе и на Руси.

2. В 19 веке музыкальную терапию начали применять для врачевания душевнобольных, было установлено положительное влияние музыки на кровообращение, дыхание и общую бодрость организма. Для облегчения состояния музыку стали применять во время хирургических операций.

3. Современные ученые приходят к тем же выводам, что и исследователи древности: звуковые вибрации представляют собой мощнейший источник энергии, способный влиять на человека. Они благотворно воздействуют на состояние щитовидной железы, а также проникают во внутренние органы, достигают глубоких слоев тканей, стимулируя в них кровообращение.

4. Установлено положительное воздействие музыки на беременных женщин. Гармоничная классическая музыка прекрасно влияет на формирование костной структуры плода, способствует правильному развитию.

5. Высокочастотные звуковые вибрации способны питать энергией мозг, и снимать мышечное напряжение, производя при этом балансировки в физическом теле. Информация, которую несет в себе звуковая волна, способна вызывать активность в конкретном отделе головного мозга, активизируя его, что приводит к выработке соответствующего данной области гормона. И далее он распространяется по всему организму, влияя на работу органов.

6. Звукотерапия – это немедикаментозный метод коррекции состояния здоровья, основаный на воздействии звуком и вибрацией, исходящих от музыкальных инструментов, человеческого голоса, природы

7. Звуко-резонансная терапия Тибетскими поющими чашами — это система оздоровления тела и энергетической системы человека, а также медитативная практика, направленная на достижение состояния внутренней тишины. Это бесконтактные и контактные методы воздействия на тело человека звуком и вибрацией, извлекаемым из тибетской чаши с помощью стика или колотушки.

8. Понятие психика представляет из себя совокупность различных сфер: памяти, обучения, творческого развития, воспитания и многого другого. Непосредственно физического здоровья касается психоэмоциональная сфера, то есть область эмоций и чувств.

9 Психоэмоциональная сфера является одной из форм психических состояний человека, в которых эмоциональная реакция служит преобладающей доминантой

10. Эмоции имеют как прямую, так и обратную связь со всеми органами и системами человека, так как они зарождаются непосредственно в системе, контролирующей всю жизнедеятельность человека: в центральной нервной системе. По этой причине любые изменения в жизнедеятельности органов дыхания, пищеварения, сердечнососудистой системы, желез внутренней секреции или мускулатуры (скелетной и гладкой) приводят к изменениям в эмоциональном фоне человека, возможно и незначительным. Точно так же и состояние эмоционального фона способно влиять на жизнедеятельность всего организма.

11. Непрерывное влияние стрессов в повседневной жизни человека ведет к постоянной психоэмоциональной нагрузке, что приводит к постепенному истощению, раздражительности, ухудшению настроения. И на этом же фоне могут проявляться психосоматические нарушения, проявляющиеся в виде мышечных зажимов, спазмов, напряжения в теле.

12. На общем фоне развития инфраструктуры, а также информационных технологий и технического прогресса, задача коррекции и профилактики психоэмоциональных расстройств человека возникает все более остро. Если не проводить своевременную коррекцию и предупреждение такого рода состояний, могут возникать серьезные проблемы, на уровне физического здоровья и межличностных отношений.

**ГЛАВА II ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЗВУКОВЫХ ВОЛН НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНУЮ СФЕРУ ЧЕЛОВЕКА**

**2.1 Методы и методики исследования. Ход проведения исследования**. **Характеристика выборки**

Методики исследования:

Исследование проводилось в несколько этапов.

На первом этапе всем испытуемым перед проведением сеанса звукотерапии были предложены методики, для оценки психоэмоционального состояния, такие как:

1. Опросник Басса-Дарки:

Разработан в 1957 г. и предназначен для диагностики агрессивных и враждебных реакций. Под агрессивностью понимается свойство личности, характеризующееся наличием деструктивных тенденций, в основном в области субъектно-объектных отношений. Враждебность понимается как реакция, развивающая негативные чувства и негативные оценки людей и событий. Опросник состоит из 75 вопросов, на которые испытуемому требуется ответить «да» или «нет». (Приложение 1)

1. Шкала Спилбергера:

Шкала тревоги и тревожности Спилбергера состоит из 40 суждений, на которые испытуемому предлагается выбрать один из вариантов ответа. Данная шкала направлена на выявление реактивной и личностной тревожности. Под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать различные ситуации как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией. Как предрасположенность, личная тревожность активизируется при восприятии определенных стимулов, расцениваемых человеком как опасные для самооценки, самоуважения. Ситуативная или реактивная тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени. (Приложение 2)

1. Тест-опросник САН (самочувствие, активность, настроение).

Тест предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения. Сущность оценивания заключается в том, что испытуемых просят соотнести свое состояние с рядом признаков по многоступенчатой шкале. Шкала эта состоит из индексов (3 2 1 0 1 2 3) и расположена между тридцатью парами слов противоположного значения, отражающих подвижность, скорость и темп протекания функций (активность), силу, здоровье, утомление (самочувствие), а также характеристики эмоционального состояния (настроение). (Приложение3)

 На втором этапе исследования с участниками проводились групповые сеансы звуко-резонансной терапии тибетскими поющими чашами.

 В данном исследовании был использован метод терапии, разработанный автором. Методика разработана на основании знаний, полученных в международной школе звуко-резонансной терапии «Сурья» (Москва), немецкого института Петера Хесса, а также на основании семилетнего опыта звукотерапии поющими чашам. Сеанс заключается в воздействии вибрациями 14ти поющих чаш разной частоты: 7 низкочастотных от 90 до 136Гц диаметром 26-28см и 7 более высокочастотных 320-435 Гц диаметром 10-17см.

 Структура сеанса состояла из следующих пунктов:

1. Вводная беседа, в процессе которой испытуемым разъяснялись правила, процесс проведения и цели данного вида звукотерапии.
2. Вводный транс. Испытуемые принимали исходное положение, лежа на спине и закрывали глаза. Трансовое состояние достигалось с помощью максимального сосредоточения испытуемого на телесных ощущениях с помощью инструкции: «Почувствуйте поверхность, на которой вы лежите. Расслабьте свои ступни, почувствуйте, как они наполняются приятным мягким теплом. Тепло поднимается выше и расслабляет колени, сбрасывает напряжение. Поднимаясь вниманием выше расслабляем мышцы и кости таза. Ноги полностью расслаблены и наполнены мягким приятным теплом…» и так далее, переходя на руки, мышцы спины, мышцы шеи, голову, грудную клетку и брюшную область. Тем самым приводя тело в состояние полного покоя.
3. Далее следовало воздействие звуковыми волнами. Вибрации подаются на деревянный пол, хорошо их передающий. Участники при этом лежат на полу и всей поверхностью тела соприкасаются с вибрирующим полом. Также в течение сеанса к каждому подносятся низкочастотные чаши к различным участкам тела в заданном порядке, резонирующие с теми органами и системами как бы настраивая их на здоровую частоту. При этом звуковые волны безошибочно обнаруживают в теле зоны мышечных зажимов, блоков и психосоматических заболеваний, усиливая в них микроциркуляцию, кровоток и лимфоотток. За счет этого из этих зон высвобождается напряжение на уровне тела, а также высвобождаются причины психоэмоционального характера, приведшие к этим состояниям.
4. Обсуждение. Краткий обмен впечатлениями, в качестве обратной связи испытуемых.
5. После сеанса участникам снова было предложено заполнить анкеты по всем трём методикам.
6. По истечении трёх дней участники эксперимента также заполняли анкеты по трём вышеперечисленным методикам.

 **Статистическая обработка**

 Статистическая обработка полученных нами в процессе исследования данных проводилась по ряду нижеперечисленных показателей. В процессе анализа результатов исследования были использованы показатели среднего значения. Их изменения приводились в процентном соотношении, для улучшения наглядности.

 Для исследования достоверности изменений до и после сеанса звукотерапии тибетскими поющими чашами использовался Т-критерий Вилкоксона. Этот критерий относится к непараметрическим показателям, он применяется для сопоставления показателей, измеряемых в двух различных условиях при одной и той же выборке испытуемых. Этот критерий позволяет установить помимо направленности изменений еще и их выраженность. С помощью него можно определить, является ли сдвиг показателей в каком-либо одном направлении более интенсивным, нежели в другом.

 Для расчетов корреляционного анализа нами была использована статистическая программа «Statistica 10», предназначенная для статистического анализа, а также визуализации полученных данных, для управления базами данных и разработки пользовательских приложений, содержащая широкий выбор процедур анализа, применяемых в научных исследованиях, а также технике и бизнесе.

**2.2 Анализ и интерпретация результатов**

**2.2.1 Оценка результатов исследования агрессивных и враждебных реакций**

 В результате обработки выполненных методик были получены следующие данные.

 По опроснику Басса-Дарки, в группе были получены следующие данные.

 Значительное снижение средних показателей по шкалам:

- раздражение на 29,25%;

- косвенная агрессия на 26,45%;

- физическая агрессия на 18,36%;

- вербальная агрессия на 14,25%,

а так же улучшение по показателям шкал:

- подозрительность на 16,56%;

- чувство вины на 12,64%;

- обида на 14,58%.

- негативизм 2,26%.

Результаты наглядно приведены на диаграмме ( Рис.1)

**Рис. 1. Результаты исследования агрессивных и враждебных реакций**

 Достоверность различий шкал данной методики (Т-критерий Вилкоксона, p<0,05) по показателям физическая агрессия, косвенная агрессия, раздражение, подозрительность и вербальная агрессия. Исходя из полученных значений, можем предположить, что значительное снижение раздражения влечёт за собой снижение агрессивности и подозрительности.

**2.2.2 Оценка результатов исследования уровня тревожности**

 Анализ данных исследования, полученных по шкале Спилбергера показал следующие изменения:

 - значения реактивной (ситуативной) тревожности в группе повысились на 6,25%,

- значения личностной тревожности снизились на 22%.

Результаты наглядно отображены на диаграмме (Рис.2)

**Рис. 2. Результаты исследования уровня тревожности**

Достоверность различий по шкале Спилбергера (Т-критерий Вилкоксона, p<0,05) прослеживается по шкале личностной тревожности. Такой результат может значить, что у испытуемых в процессе терапии происходило разрешение внутриличностных конфликтов, а также разрядка глубинного напряжения, что повлекло за собой снижение уровня личностной тревожности и повышение уровня реактивной (ситуативной) тревожности.

Достоверность различий по данной шкале (Т-критерий Вилкоксона, p<0,05) установлена по шкале реактивной (ситуативной) тревожности. Полученные нами данные могут указывать на изменения, происходившие в повседневной жизни, которые таким образом могли отразиться на тревожности испытуемых.

* + 1. **Оценка результатов исследования самочувствия, активности, настроения**

 Данные, полученные при обработке анкет по тесту-опроснику САН выявили следующие изменения.

В группе произошли улучшения по всем шкалам (Рис.3):

- самочувствие на 28,74%;

- активность на 14,63%;

- настроение на 28,66%.

**Рис. 3. Результаты исследования самочувствия, активности, настроения**

 Результаты методики так же показали достоверность различий (Т-критерий Вилкоксона, p<0,05) по шкалам самочувствие и настроение. Учитывая эти данные мы можем предположить, что улучшение самочувствия повлекло за собой улучшение настроения. По результатам шкалы активность показатель улучшения был самым низким, по сравнению с другими шкалами, статистическая значимость данного параметра не была выявлена. Подобный результат был вызван тем, что испытуемые заполняли анкеты сразу после терапии, находясь в состоянии пострелаксации. Поэтому испытуемые не указывали высокие значения по данной шкале.

 Достоверность полученных различий (Т-критерий Вилкоксона, p<0,05) не была выявлена, что может говорить о ситуативной обусловленности данных изменений.

**2.2.4 Оценка результатов исследования по всем методикам спустя 3 дня после сеанса звукотерапии**

 *По результатам опросника Басса-Дарки*, в группе спустя 3 дня после проведения сеанса были получены следующие данные. Прослеживаются улучшения средних показателей по шкалам (Рис.4):

- подозрительность на 17,56%;

- косвенная агрессия на 14,79%;

- физическая агрессия и обида на 13,5%.

**Рис. 4. Результаты исследования по опроснику Басса-Дарки спустя 3 дня после сеанса звукотерапии**

Достоверных различий по шкалам (Т-критерий Вилкоксона, p<0,0500) не выявлено. Данные результаты могут говорить об отсутствии сохранности во времени полученных улучшений.

 *По данным шкалы тревожности Спилбергера* спустя 3 дня у участников группы выявлены следующие значения (Рис.5):

- снижение реактивной (ситуативной) тревожности на 16,67%;

- личностной тревожности на 27,23%.

**Рис. 5. Результаты исследования по данным шкалы тревожности Спилбергера спустя 3 дня после сеанса звукотерапии**

 Достоверность различий установлена (Т-критерий Вилкоксона, p<0,05) по данным шкалы личностной тревожности, что может служить свидетельством сохранности полученных нами результатов в динамике, что может быть связано с разрешением внутриличностных конфликтов и возможно снятии глубинной тревожности.

 *По результатам Тест-опросника САН* были выявлены следующие изменения (Рис.6):

- повышения по шкале самочувствие на 14,46%;

- активность на 17,36%;

- настроение на 14,42%.

**Рис. 6. Результаты исследования по Тест-опроснику САН спустя 3 дня после сеанса звукотерапии**

 Достоверность полученных различий (Т-критерий Вилкоксона, p<0,05) была получена по шкале настроения. Из этого следует, что полученные данные могут свидетельствовать о сохранности полученных улучшений во времени.

**Выводы по II главе:**

 Эмпирическое исследование проводилось в несколько этапов.

 1. На первом этапе всем испытуемым перед проведением сеанса звукотерапии были предложены методики, для оценки психоэмоционального состояния, такие как: опросник Басса-Дарки, предназначенный для диагностики агрессивных и враждебных реакций; шкала Спилберга, направленная на выявление реактивной и личностной тревожности; тест-опросник САН (самочувствие, активность, настроение). Тест предназначен для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения.

 2. На втором этапе проходил сеанс групповой звуко-резонансной терапии с использованием 14ти поющих чаш разной частоты: 7 низкочастотных от 90 до 136Гц диаметром 26-28см и 7 более высокочастотных 320-435 Гц диаметром 10-17см.

 3. На третьем этапе после сеанса испытуемым снова было предложено заполнить анкеты по всем трём методикам.

 4. По истечении трёх дней участники эксперимента также заполняли анкеты по трём вышеперечисленным методикам.

 Далее проводилась статистическая обработка полученных нами в процессе исследования данных. В процессе анализа результатов исследования были использованы показатели среднего значения. Их изменения приводились в процентном соотношении, для улучшения наглядности. Для исследования достоверности изменений до и после сеанса звукотерапии тибетскими поющими чашами использовался Т-критерий Вилкоксона, для расчетов корреляционного анализа нами была использована статистическая программа «Statistica 10».

 Анализируя результаты, полученные в процессе проведения исследования, мы видим, что:

1. По опроснику Басса-Дарки для определения уровня агрессивности у группы, проходившей сеанс звуко-резонансной терапии тибетскими поющими чашами, достоверно выявлено снижение показателей по шкалам физическая, косвенная, вербальная агрессия, а также по шкалам раздражение и подозрительность. Динамика изменений достоверно выявлена не была.

2. Результаты исследования, полученные нами по шкале тревоги Спилбергера, выявили достоверное снижение по шкале личностной тревожности, которые в динамике так же достоверны.

3. Данные, полученные нами по тесту-опроснику САН, у испытуемых отражают достоверное повышение показателей по шкалам самочувствие и настроение. Достоверность динамики была выявлена по шкале настроение. Из вышеизложенного следует вывод, что данные сеансы звукотерапии поющими чашами действительно несут положительный эффект для коррекции психоэмоциональной сферы, который наблюдается и в динамике.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

 Целью данной работы являлось исследование возможностей применения методов звукотерапии поющими чашами в коррекции психоэмоциональных расстройств и гармонизации психоэмоционального состояния.

 В процессе работы, в рамках поставленных перед нами задач, мы изучили понятие звукотерапии в истории и современности, а также ее влияния на психоэмоциональную сферу. Дали описание понятия психоэмоциональной сферы, а также ее составляющих, показали актуальность проблемы её дисбаланса.

 Далее нами было проведено эмпирическое исследование. В соответствии с нашей гипотезой предполагалось подтвердить, что звукотерапия Тибетскими поющими чашами может быть эффективным методом для коррекции психоэмоциональной сферы.

 В процессе проведения эмпирического исследования нами были получены следующие выводы:

 1. Было доказано снижение агрессивных показателей по шкале Басса-Дарки, после проведения сеанса звукотерапии, однако динамический характер снижения не был выявлен.

 2. Было подтверждено снижение показателей личностной тревоги по шкале Спилбергера, после проведения сеанса звукотерапии поющими чашами, которые сохранились и в динамике.

 3. Так же нами зафиксированы повышения показателей по шкалам самочувствия, активности и настроения по тесту-опроснику САН, где высокий уровень настроения также сохранился во времени.

 Таким образом видно, что предложенная автором гипотеза нашла свое подтверждение. И мы смело можем утверждать, что метод звукотерапии Тибетскими поющими чашами может быть применен, как эффективный для коррекции психоэмоциональной сферы.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Анисимов Б.Н., Кузнецов А.Н. Музыко-резонансная терапия. – М.: Элит клаб+, 2010. – 70с.
2. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Тревога и тревожность. - СПБ, 2001, 156 - 165с.
3. Большой психологический словарь. / Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко. - Прайм-Еврознак, 2003. - 672с.
4. Блаво Р. Музыка здоровья, СПб.:ДИЛЯ*”*, 2002г.
5. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь - справочник по психодиагностике - СПБ: Питер, 2002. - 528с.
6. Вартанян И.А. Звук-Слух-Мозг. – Л.: «НАУКА»; 1981г.
7. Вейн, А.М. Депрессия в неврологической практике / А.М.Вейн. - М.: Медицинское информационное агентство, 2002. - 160с.
8. Величковский Б.М.,Зинченко В.П., Лурия А.Р. Психология восприятия / МГУ.- М., 1973.- 133с.
9. Гинзбург М. Р., Яковлева М. Е. Эриксоновский гипноз: систематический курс. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2008.312 с.
10. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / Б. В. Михайлов, И. Сарвир, В. В. Чугунов, Н.В. Мирошниченко // Медицинские исследования. – 2001, Т.1, №1, 36 – 38с.
11. Голдман Дж., Целительные звуки, пер. с англ., М., СОФИЯ, 2003г, 224с.
12. Громова Е.А. Эмоциональная память и ее механизмы. - М., 1980.- 181с.
13. Джоудри П. Звуковая терапия для плейера, пер. с англ., М. Радуга, 1999г.
14. Дмитриев Л. Б. Основы вокальной методики. - М., 1968.
15. Эрик Берн - Трансакционный анализ и психотерапия, Перевод с англ. СПБ, Братство, 1992. 224 с.
16. Иванченко Г.В. Психология восприятия музыки: подходы, проблемы, перспективы. - М.: Смысл, 2001. - 252с.
17. Изард К. Методы изучения эмоций // Эмоции человека. - МГУ, 1980. - С. 16, 99-116.
18. Кирнарская Д. Музыкальное восприятие. М.,1997
19. Костюк А.Г. Восприятие мелодии: Мелодические параметры процесса восприятия музыки. - Киев: Наук. Думка, 1986. - 189с.
20. Кэмпбелл Дон Дж. Эффект Моцарта: древнейшие и самые современные методы использования таинственной силы музыки для исцеления тела и разума. - Минск: Поппури, 1999. - 319с.
21. Лебедев Ю.А., Шабанов Г.А., (НИЦ «Арктика» ДВО РАН, ДВГУ, Владивосток – Магадан) - «Исследование влияния слабых ЭМП на ритмические компоненты электрической активности мозга» в журнале «Информатика и системы управления 2(24) – 2010» ISSN 1814-2400 (материалы 4 научной конференции «Системный анализ в медицине»)
22. Леви В. Вопросы психобиологии музыки, Советская музыка. - 1966.- №8.
23. Медушевский В.В. О закономерностях и средствах художественного воздействия музыки. - М.: Музыка, 1976. - 254с
24. Мэй Р. Проблема тревоги. - М., 2001.
25. Морозов В.П. - «Искусство резонансного пения», Издат.отдел Института психологии РАН; 2002г.
26. Назайкинский Е.В., Рагс Ю. Восприятие музыкальных тембров и значение отдельных гармоний звука // Применение акустических методов исследования в музыкознании. - М.: Музыка, 1964. - С.3-17.
27. Носов Н. Виртуальная психология. – М.,:«Аграф», 2000.
28. Петрушин В.И. Музыкальная психология: для студентов сред. и высш. муз. учеб. Заведений. - М.: Владос, 1997. - 383с.
29. Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия. - М.: Композитор, 1997. - 162с.
30. Психологические тесты / Под ред. А. А. Карелина: в 2 т. - М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2003. - 248с.
31. Психофизиология. Словарь. Авторы Безруких М. М., Фарбер Д. А., издательство ПЕР СЭ, Москва, 2005
32. 30.Розе Н.А. Психомоторика взрослого человека. - Л.: ЛГУ, 1970. - 128с.
33. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. - СПБ, 2001
34. Сиушкина С. – О воздействии музыки на человека, М., Материалы XVIII Зигелевских Чтений, 1999г.
35. Сеченов И. М. Рефлексы головного мозга, М. Изд. АН СССР, 1961г
36. Соколова, Е.Т. К проблеме психотерапии пограничных личностных расстройств / Е.Т. Соколова // Вопросы психологии. - 1995. - №2. - с.92 - 105.
37. Тэйлор Р. Шум. Пер. с англ. Д. И. Арнольда. Под ред. М. А. Исаковича. М., «Мир», 1978. 308 с.
38. У.Джеймс. Научные основы психологии. М., 2003.
39. Физический энциклопедический словарь. М.: «Советская энциклопедия», 1984г.
40. Фролов Е.П., Звукотерапия М., Вузовская книга, 2004г. 620с.
41. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. – М.: Просвещение, 1989.
42. Хабирова, Е.Р. Тревожность и ее последствия / Е.Р. Хабирова // Ананьевские чтения - СПБ, 2003. - С. 301-302.
43. Хойзер А. Поющие чаши. Упражнения для личной гармонии М., Диля, 2005г., 90с.
44. Чиа М., Шесть целительных звуков. (Электронный вариант)
45. Шушарджан С. В. Музыкотерапия и резервы человеческого организма. М., 1998.
46. Шушарджан С.В. Тезисы и доклады: «I международный конгресс «Музыкотерапия и восстановительная медицина в XXI веке». М., 1998
47. Энциклопедия традиционной народной медицины, М., АСТ: "Сопричастность" 2002 г.
48. Юнг К.Г. Архетип и символ. М.: Ренессанс: 1991г.
49. Юнг К.Г. Исследование феноменологии самости. М.: Академический проект, 2009г., 352 с.
50. Ямвлих, "Жизнь Пифагора"
51. Яновский М.И. О психологических механизмах катарсиса: Воздействие искусства на человека. Мир психологии. - 2000.- №3.- С.142-146.

 **ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

|  |
| --- |
| [**Методика Баса-Дарки для диагностики агрессивности**](http://www.vashpsixolog.ru/psychodiagnostic-school-psychologist/69-diagnosis-emotional-and-the-personal-sphere/293-basa-darki-method-for-diagnosing-the-aggressiveness) |
| **Опросник Басса-Дарки** (Buss-Durkey Inventory) разработан А. Бассом и А. Дарки в 1957 г. и предназначен для диагностики агрессивных и враждебных реакций. Опросник состоит из 75 утверждений, каждое из которых относится к одному из восьми индексов форм агрессивных или враждебных реакций. По числу совпадений ответов с ключом подсчитываются индексы различных форм агрессивности и враждебных реакций, а также общий индекс агрессивности и индекс враждебности.Методика предназначена для обследования испытуемых в возрасте от 14 лет и старше.Комплектация методик для индивидуальной формы проведения: бокс-папка с цветной наклейкой, руководство, регистрационные бланки для каждой методики, ключи для обработки, тестовая тетрадь с текстами опросников (1шт). Комплектация методик для групповой формы проведения: бокс-папка с цветной наклейкой, руководство, регистрационные бланки для каждой методики, ключи для обработки, тестовые тетради с текстами опросников (15шт).Создавая свой опросник, дифференцирующий проявления [**агрессии**](http://www.vashpsixolog.ru/index.php/pedagogically-difficult-children/53-aggressive-children) и враждебности А. Басс и А. Дарки выделили следующие **типы реакций:** **физическая агрессия** - использование физической силы против другого лица;**косвенная** - агрессия, окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная.**раздражение** - готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).**негативизм** - оппозиционна манера в поведении от пасивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов. **обида** - зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия**подозрительность** - в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют нанести тебе вред.вербальная агрессия - выражение негативных чувств, как через форму, так и через содержание словесных ответов. Чувство вины - выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести. Опросник состоит из 75 утверждений, на которые испытуемый отвечает "да" или "нет". Ответы оцениваются по восьми указанным шкалам. Нормой агрессивности является величина ее индекса, равная 21 = - 4, а враждебности 6,5+ - 3. При этом обращается внимание на возможность достижения определенной величины, показывающей степень проявления агрессивности. При составлении опросника использовались принципы: Вопрос может относиться только к одной форме агрессии. Вопросы формулируются таким образом, чтобы в наибольшей степени ослабить влияние общественного одобрения ответа на вопрос. Ответы оцениваются **по восьми шкалам** следующим образом: Физическая агрессия: "да" = 1, "нет" = 0: 1, 25, 31, 41, 48, 55, 62, 68 "нет" =1, "да" = 0: 9, 7 Косвенная агрессия: "да" = 1, "нет" = 0: 2, 10, 18, 34, 42, 56, 63 "нет" =1, "да" = 0: 26, 49 Раздражение: "да" = 1, "нет" = 0: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72 "нет" =1, "да" = 0: 11, 35, 69 Негативизм: "да" = 1, "нет" = 0: 4, 12, 20, 28 "нет" =1, "да" = 0: 36 Обида: "да" = 1, "нет" = 0: 5,13, 21, 29, 37, 44, 51, 58 Подозрительность: "да" = 1, "нет" = 0: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59 "нет" =1, "да" = 0: 33, 66, 74, 75 Вербальная агрессия: "да" = 1, "нет" = 0: 7, 15, 23, 31, 46, 53, 60, 71, 73 "нет" =1, "да" = 0: 33, 66, 74, 75 Чувство вины: "да" = 1, "нет" = 0: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54.61, 67 Индекс враждебности включает в себя 5 и 6 шкалы, а индекс агрессивности (как прямой, так и мотивационной) включает в себя шкалы 1, 3,7. Нормой агрессивности является величина ее индекса, равная 21 плюс-минус 4, а враждебности - 6,5-7 плюс-минус 3. При этом обращается внимание на возможность достижения определенной величины, показывающей степень проявления агрессивности. **Инструкция**: Тест состоит из ряда утверждений, касающихся некоторых жизненных ситуаций. Вам нужно ответить "да" или "нет". Старайтесь отвечать правдиво и искренне. **Опросник**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Временами я не могу справиться с желанием причинить вред другим | да | нет |
| 2. Иногда сплетничаю о людях, которых не люблю | да | нет |
| 3. Я легко раздражаюсь, но быстро успокаиваюсь | да | нет |
| 4. Если меня не попросят по-хорошему, я не выполню | да | нет |
| 5. Я не всегда получаю то, что мне положено | да | нет |
| 6. Я не знаю, что люди говорят обо мне за моей спиной | да | нет |
| 7. Если я не одобряю поведение друзей, я даю им это почувствовать | да | нет |
| 8. Когда мне случалось обмануть кого-нибудь, я испытывал мучительные угрызения совести | да | нет |
| 9. Мне кажется, что я не способен ударить человека | да | нет |
| 10. Я никогда не раздражаюсь настолько, чтобы кидаться предметами | да | нет |
| 11. Я всегда снисходителен к чужим недостаткам | да | нет |
| 12. Если мне не нравится установленное правило, мне хочется нарушить его | да | нет |
| 13. Другие умеют почти всегда пользоваться благоприятными обстоятельствами | да | нет |
| 14. Я держусь настороженно с людьми, которые относятся ко мне несколько более дружественно, чем я ожидал | да | нет |
| 15. Я часто бываю несогласен с людьми | да | нет |
| 16. Иногда мне на ум приходят мысли, которых я стыжусь | да | нет |
| 17. Если кто-нибудь первым ударит меня, я не отвечу ему | да | нет |
| 18. Когда я раздражаюсь, я хлопаю дверями | да | нет |
| 19. Я гораздо более раздражителен, чем кажется | да | нет |
| 20. Если кто-то воображает себя начальником, я всегда поступаю ему наперекор | да | нет |
| 21. Меня немного огорчает моя судьба | да | нет |
| 22. Я думаю, что многие люди не любят меня | да | нет |
| 23. Я не могу удержаться от спора, если люди не согласны со мной | да | нет |
| 24. Люди, увиливающие от работы, должны испытывать чувство вины | да | нет |
| 25. Тот, кто оскорбляет меня и мою семью, напрашивается на драку | да | нет |
| 26. Я не способен на грубые шутки | да | нет |
| 27. Меня охватывает ярость, когда надо мной насмехаются | да | нет |
| 28. Когда люди строят из себя начальников, я делаю все, чтобы они не зазнавались | да | нет |
| 29. Почти каждую неделю я вижу кого-нибудь, кто мне не нравится | да | нет |
| 30. Довольно многие люди завидуют мне | да | нет |
| 31. Я требую, чтобы люди уважали меня | да | нет |
| 32. Меня угнетает то, что я мало делаю для своих родителей | да | нет |
| 33. Люди, которые постоянно изводят вас, стоят того, чтобы их "щелкнули по носу" | да | нет |
| 34. Я никогда не бываю мрачен от злости | да | нет |
| 35. Если ко мне относятся хуже, чем я того заслуживаю, я не расстраиваюсь | да | нет |
| 36. Если кто-то выводит меня из себя, я не обращаю внимания | да | нет |
| 37. Хотя я и не показываю этого, меня иногда гложет зависть | да | нет |
| 38. Иногда мне кажется, что надо мной смеются | да | нет |
| 39. Даже если я злюсь, я не прибегаю к "сильным" выражениям | да | нет |
| 40. Мне хочется, чтобы мои грехи были прощены | да | нет |
| 41. Я редко даю сдачи, даже если кто-нибудь ударит меня | да | нет |
| 42. Когда получается не по-моему, я иногда обижаюсь | да | нет |
| 43. Иногда люди раздражают меня одним своим присутствием | да | нет |
| 44. Нет людей, которых бы я по-настоящему ненавидел | да | нет |
| 45. Мой принцип: "Никогда не доверять "чужакам" | да | нет |
| 46. Если кто-нибудь раздражает меня, я готов сказать, что я о нем думаю | да | нет |
| 47. Я делаю много такого, о чем впоследствии жалею | да | нет |
| 48. Если я разозлюсь, я могу ударить кого-нибудь | да | нет |
| 49. С детства я никогда не проявлял вспышек гнева | да | нет |
| 50. Я часто чувствую себя как пороховая бочка, готовая взорваться | да | нет |
| 51. Если бы все знали, что я чувствую, меня бы считали человеком, с которым нелегко работать | да | нет |
| 52. Я всегда думаю о том, какие тайные причины заставляют людей делать что-нибудь приятное для меня | да | нет |
| 53. Когда на меня кричат, я начинаю кричать в ответ | да | нет |
| 54. Неудачи огорчают меня | да | нет |
| 55. Я дерусь не реже и не чаще чем другие | да | нет |
| 56. Я могу вспомнить случаи, когда я был настолько зол, что хватал попавшуюся мне под руку вещь и ломал ее | да | нет |
| 57. Иногда я чувствую, что готов первым начать драку | да | нет |
| 58. Иногда я чувствую, что жизнь поступает со мной несправедливо | да | нет |
| 59. Раньше я думал, что большинство людей говорит правду, но теперь я в это не верю | да | нет |
| 60. Я ругаюсь только со злости | да | нет |
| 61. Когда я поступаю неправильно, меня мучает совесть | да | нет |
| 62. Если для защиты своих прав мне нужно применить физическую силу, я применяю ее | да | нет |
| 63. Иногда я выражаю свой гнев тем, что стучу кулаком по столу | да | нет |
| 64. Я бываю грубоват по отношению к людям, которые мне не нравятся | да | нет |
| 65. У меня нет врагов, которые бы хотели мне навредить | да | нет |
| 66. Я не умею поставить человека на место, даже если он того заслуживает | да | нет |
| 67. Я часто думаю, что жил неправильно | да | нет |
| 68. Я знаю людей, которые способны довести меня до драки | да | нет |
| 69. Я не огорчаюсь из-за мелочей | да | нет |
| 70. Мне редко приходит в голову, что люди пытаются разозлить или оскорбить меня | да | нет |
| 71. Я часто только угрожаю людям, хотя и не собираюсь приводить угрозы в исполнение | да | нет |
| 72. В последнее время я стал занудой | да | нет |
| 73. В споре я часто повышаю голос | да | нет |
| 74. Я стараюсь обычно скрывать свое плохое отношение к людям | да | нет |
| 75. Я лучше соглашусь с чем-либо, чем стану спорить | да | нет |

 |

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

**ШКАЛА САМООЦЕНКИ**

**(Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина)**

 Данный тест является надежным и информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека). Разработан Ч. Д. Спилбергером (США) и адаптирован Ю. Л. Ханиным [30].

 Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Реактивная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая реактивная тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушение тонкой координации. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями.

 Но тревожность не является изначально негативной чертой. Определенный уровень тревожности — естественная и обязательная особенность активной личности. При этом существует оптимальный индивидуальный уровень «полезной тревоги».

 Шкала самооценки состоит из 2-х частей, раздельно оценивающих реактивную (РТ, высказывания № 1 — 20) и личностную (ЛТ, высказывания № 21 — 40) тревожность.

**БЛАНК ДЛЯ ОТВЕТОВ**

**Шкала самооценки**

(Ч. Д. Спилбергер, Ю. Л. Ханин)

Фамилия Дата\_\_\_\_\_\_\_

Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ в ДАННЫЙ МОМЕНТ. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет».

А — Нет, это не так

В — Пожалуй, так

С — Верно

D — Совершенно верно

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | А | В | С | D |
| 1.  | Я спокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Мне ничто не угрожает | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | Я нахожусь в напряжении | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. | Я испытываю сожаление | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. | Я чувствую себя свободно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. | Я расстроен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. | Меня волнуют возможные неудачи | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. | Я чувствую себя отдохнувшим | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. | Я беспокоен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. | Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. | Я уверен в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. | Я нервничаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. | Я не нахожу себе места | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. | Я взвинчен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. | Я не чувствую скованности, напряженности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. | Я доволен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. | Я озабочен | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. | Я слишком возбужден и мне не по себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. | Мне радостно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. | Мне приятно | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. | Я испытываю удовольствие  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. | Я очень быстро устаю | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. | Я легко могу заплакать  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. | Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Обычно я чувствую себя бодрым  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. | Я спокоен, хладнокровен и собран | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Я слишком переживаю из-за пустяков | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. | Я вполне счастлив | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. | Я принимаю все слишком близко к сердцу  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. | Мне не хватает уверенности в себе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. | Обычно я чувствую себя в безопасности | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. | Я стараюсь избегать критических ситуаций | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. | У меня бывает хандра | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. | Я доволен  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. | Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. | Я так сильно переживаю свои разочарования, что потом долго не могу о них забыть | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. | Я уравновешенный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. | Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах | 1 | 2 | 3 | 4 |

Показатели РТ и ЛТ подсчитываются по формулам: РТ = Σ1 - Σ 2 +35,

где Σ 1- сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 3, 4, 6, 7,

 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ 2 -сумма остальных зачеркнутых цифр (пункты 1,2,5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

 ЛТ = Σ1 - Σ 2 + 35,

 где Σ 1 - сумма зачеркнутых цифр на бланке по пунктам шкалы 22, 23,24,25, 28, 29,31,32,34,35,37, 38, 40; Σ 2 — сумма остальных цифр по пунктам 21,26, 27, 30, 33, 36, 39.

 При интерпретации результат можно оценивать так: до 30 — низкая тревожность; 31—45 —умеренная тревожность; 46 и более — высокая тревожность.

 Значительные отклонения от уровня умеренной тревожности требуют особого внимания, высокая тревожность предполагает склонность к появлению состояния тревоги у человека в ситуациях оценки его компетентности. В этом случае следует снизить субъективную значимость ситуации и задач и перенести акцент на осмысление деятельности и формирование чувства уверенности в успехе.

 Низкая тревожность, наоборот, требует повышения внимания к мотивам деятельности и повышения чувства ответственности. Но иногда очень низкая тревожность в показателях теста является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя в «лучшем свете».

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

**ОПРОСНИК
"САМОЧУВСТВИЕ, АКТИВНОСТЬ НАСТРОЕНИЕ"
(САН)**

 **ОПИСАНИЕ:** Методика САН является разновидностью опросников состояний и настроений. Разработан В.А.Доскиным, Н.А.Лаврентьевой, В.Б.Шарай, М.П.Мирошниковым в 1973 г. При разработке методики авторы исходили из того, что три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния — самочувствие, активность и настроение могут быть охарактеризованы полярными оценками, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений. Однако получены данные о том, что шкалы САН имеют чрезмерно обобщенный характер. Факторный анализ позволяет выявить более дифференцированные шкалы «самочувствие», «уровень напряженности», «эмоциональный фон», «мотивация» (А.Б.Леонова, 1984).
 Конструктная валидность САН устанавливалась на основании сопоставления с результатами психофизиологических методик с учетом показателей критической частоты мельканий, температурной динамики тела, хронорефлексометрии. Текущая валидность устанавливалась путем сопоставления данных контрастных групп, а также путем сравнения результатов испытуемых в разное время рабочего дня. Стандартизация методики проведена на материале обследования выборки 300 студентов.
САН нашел широкое распространение при оценке психического состояния больных и здоровых лиц, психоэмоциональной реакции на нагрузку, для выявления индивидуальных особенностей и биологических ритмов психофизиологических функций.
 Самочувствие — это комплекс субъективных ощущений, отражающих степень физиологической и психологической комфортности состояния человека, направление мыслей чувств и т.п. Самочувствие может быть представлено в виде некоторой обобщающей характеристики (плохое/хорошее самочувствие, бодрость, недомогание и т.п), а также может быть локализовано по отношению к определенным формам ощущения (ощущение дискомфорта в различных частях тела).
Активность — 1) всеобщая характеристика живых существ, их собственная динамика как источник преобразования или поддержания жизненно значимых связей с окружающей средой, имеющее свою иерархию: химическая, физическая нервная психическая активность, активность сознания, личности, группы, общества.. Активность строится в соответствии с вероятностным прогнозированием развития событий в среде и положением в ней организма; 2) одна из сфер проявления темперамента которая определяется интенсивностью и объемом взаимодействия человека с физической и социальной средой. По этому параметру человек может быть инертным, пассивным, спокойным, инициативным, активным или стремительным.
Настроение — сравнительно продолжительные, устойчивые состояния человека которое может быть представлено как 1) эмоциональный фон (приподнятое, подавленное) т.е. являться эмоциональной реакцией не на непосредственные последствия конкретных событий, а на их значение для субъекта в контексте общих жизненных планов, интересов и ожиданий; 2) четкое идентифицируемое состояние (скука, печаль, тоска, страх, увлеченность, радость, восторг и пр.). Настроение в отличие от чувств всегда направлено на тот или иной объект. Настроение будучи вызванным определенной причиной, конкретным поводом, проявляется в особенностях эмоционального отклика человека на воздействия любого характера.
 **ОБРАБОТКА:**При обработке результатов исследования оценки пересчитываются в «сырые» баллы от 1 до 7 (крайняя степень выраженности негативного полюса пары оценивается в 1 балл, а крайняя степень выраженности позитивного полюса пары — в 7). При этом нужно учитывать, что полюса шкал постоянно меняются.
**Вариант 1.** Полученные баллы группируются в соответствии с ключам в три категории и подсчитывается количество баллов по каждой из них.
— Самочувствие: 1, 2, 7, 8, 13, 14,19, 20, 25, 26.
— Активность: 3, 4, 9, 10, 15,16, 21, 22, 27, 28.
— Настроение: 5, 6,11, 12, 17, 18, 23, 24,29, 30.
Полученные результаты по каждой категории делятся на 10.
***ИНТЕРПРЕТАЦИЯ.***
Средний балл шкалы равен 4.
Оценки, превышающие 4 балла, говорят о благоприятном состоянии испытуемого.
Оценки ниже 4 баллов свидетельствуют о не благоприятном состоянии испытуемого.
Оценки состояния лежащие в диапазоне 5,0—5,5 баллов свидетельствуют о нормальном состоянии испытуемого.
Следует учитывать, что при анализе функционального состояния испытуемого важны не только значения отдельных показателей САН, но и их соотношение.
 **Вариант 2.** Сумма баллов, набранная испытуемым по всем 30 шкалам, делится на 30.
***ИНТЕРПРЕТАЦИЯ.***
1—3 балла — человек, у которого преобладает плохое настроение
3,5—4,5 балла — человек, у которого доминирует изменчивое настроение или такой человек, который сам не в состоянии оценить свое настроение как хорошее или плохое.
5—7 баллов — человек, у которого чаще всего доминирует хорошее настроение

**ИНСТРУКЦИЯ:** «Вам предлагается описать свое состояние в настоящий момент, с помощью таблицы, состоящей из 30 полярных признаков. Вы должны в каждой паре выбрать ту характеристику, которая наиболее точно описывает Ваше состояние и отметить цифру, которая соответствует степени (силе) выраженности данной характеристики».

**Бланк опросника САН**
Фамилия, инициалы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Пол \_\_\_ Дата рождения \_\_.\_\_.\_\_ Дата проведения исследования \_\_.\_\_.\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Самочувствие хорошее | 3 2 1 0 1 2 3 | Самочувствие плохое |
| 2. | Чувствую себя сильным | 3 2 1 0 1 2 3 | Чувствую себя слабым |
| 3. | Пассивный | 3 2 1 0 1 2 3 | Активный |
| 4. | Малоподвижный | 3 2 1 0 1 2 3 | Подвижный |
| 5. | Веселый | 3 2 1 0 1 2 3 | Грустный |
| 6. | Хорошее настроение | 3 2 1 0 1 2 3 | Плохое настроение |
| 7. | Работоспособный | 3 2 1 0 1 2 3 | Разбитый |
| 8. | Полный сил | 3 2 1 0 1 2 3 | Обессиленный |
| 9. | Медлительный | 3 2 1 0 1 2 3 | Быстрый |
| 10. | Бездеятельный | 3 2 1 0 1 2 3 | Деятельный |
| 11. | Счастливый | 3 2 1 0 1 2 3 | Несчастный |
| 12. | Жизнерадостный | 3 2 1 0 1 2 3 | Мрачный |
| 13. | Напряженный | 3 2 1 0 1 2 3 | Расслабленный |
| 14. | Здоровый | 3 2 1 0 1 2 3 | Больной |
| 15. | Безучастный | 3 2 1 0 1 2 3 | Увлеченный |
| 16. | Равнодушный | 3 2 1 0 1 2 3 | Взволнованный |
| 17. | Восторженный | 3 2 1 0 1 2 3 | Унылый |
| 18. | Радостный | 3 2 1 0 1 2 3 | Печальный |
| 19. | Отдохнувший | 3 2 1 0 1 2 3 | Усталый |
| 20. | Свежий | 3 2 1 0 1 2 3 | Изнуренный |
| 21. | Сонливый | 3 2 1 0 1 2 3 | Возбужденный |
| 22. | Желание отдохнуть | 3 2 1 0 1 2 3 | Желание работать |
| 23. | Спокойный | 3 2 1 0 1 2 3 | Озабоченный |
| 24. | Оптимистичный | 3 2 1 0 1 2 3 | Пессимистичный |
| 25. | Выносливый | 3 2 1 0 1 2 3 | Утомляемый |
| 26. | Бодрый | 3 2 1 0 1 2 3 | Вялый |
| 27. | Соображать трудно | 3 2 1 0 1 2 3 | Соображать легко |
| 28. | Рассеянный | 3 2 1 0 1 2 3 | Внимательный |
| 29. | Полный надежд | 3 2 1 0 1 2 3 | Разочарованный |
| 30. | Довольный | 3 2 1 0 1 2 3 | Недовольный |