

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
БЕРДЯНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет психолого-педагогічної освіти та мистецтв
Кафедра психології

Допущено до захисту

Завідувач кафедрою

 Ірина ЧЕРЕЗОВА

«18» листопада 2025 р.

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ВИНИКНЕННЯ ПТСР У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ МЕТОДОМ МУЗИКОТЕРАПІЇ

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувач другого рівня вищої освіти, групи м210П-з

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма: Психологія тренінгової роботи

Олексій КАЗАРОВИЦЬКИЙ

Керівник: к. психол. н., доцент
Наталія СЕРДЮК

Рецензент: к. психол. н., доцент,
завідувачка кафедри психології

Ірина ЧЕРЕЗОВА

Запоріжжя – 2025 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ	8
ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	8
1.1 ПТСР: психологічна характеристика, причини виникнення, клініко-психологічні прояви.....	8
1.2 Психопрофілактика ПТСР у системі психологічної допомоги військовослужбовцям.....	19
1.3 Музикотерапія як інноваційна технологія психопрофілактики та психокорекції ПТСР.....	31
Висновки до першого розділу.....	39
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ	40
МУЗИКОТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПТСР У	40
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	40
2.1 Організація та методи емпіричного дослідження.....	40
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	46
Висновки до другого розділу.....	58
РОЗДІЛ III. МУЗИКОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ЯК ЗАСІБ	59
ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	59
3.1 Розробка та обґрунтування необхідності і доцільності використання музикотерапевтичної програми у роботі з військовослужбовцями.....	59
3.2 Аналіз ефективності впровадження музикотерапевтичної програми для психопрофілактики ПТСР.....	65
Висновки до третього розділу.....	80
ВИСНОВКИ.....	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	84
ДОДАТКИ.....	94

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Повномасштабне вторгнення росії в Україну, що розпочалося 24 лютого 2022 року, спричинило безпрецедентне зростання кількості випадків психотравматизації серед військовослужбовців. Тривале перебування в зоні бойових дій, втрата побратимів, постійна небезпека для життя, фізичні та емоційні перевантаження формують високий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – найпоширенішого наслідку участі у воєнних діях. За даними сучасних досліджень, близько третини військових після тривалого перебування в зоні бойових дій проявляють симптоми ПТСР, що суттєво впливає на їхню соціальну адаптацію, сімейні стосунки та подальшу професійну діяльність. У таких умовах особливої актуальності набуває питання своєчасної психопрофілактики та впровадження ефективних технологій психологічної підтримки захисників України. Одним із найрезультативніших і водночас гуманних методів є музикотерапія – напрям психокорекційної роботи, заснований на здатності музики гармонізувати емоційний стан, знижувати рівень тривожності та напруги, сприяти відновленню внутрішньої рівноваги й формуванню стресостійкості.

Проблематика ПТСР та використання інструментів психопрофілактики розглядалася в працях багатьох науковців й дослідників, серед яких Н. Агаєв [1; 2], Ю. Асєєва [5; 6], В. Алещенко [3; 4], О. Блінов [8; 9; 10], Л. Бегеза [12], І. Бойко [28], В. Васильєв [14], А. Глушук [17], О. Демура [19], Н. Зінченко [25], О. Кокун [30; 31; 32; 33; 34], І. Коваленко [28], М. Крет [35], І. Крук [36], О. Кухарук [37], В. Кушніров [38], Л. Литвинчук [40; 41], Б. Михайлов [45; 46], А. Неурова [50; 57], В. Огоренко [51; 54], І. Приходько [79], Л. Радецька [55], Ю. Романенко [56], В. Салюк [60], Р. Шевченко [64], А. Широких [66]. З-поміж зарубіжних науковців значний внесок у дослідження проблеми зробили D. Adugna [68], A. Alexandre [69], B. Beck [70], S. Bhandarkar [71], V. Gever [72], A. Hruby [73], E. Lee [74], Y.-M. Ma [75], G. Obuobi-Donkor [76], U. Pant [77], D. Parker [78], A. Sekely [80], A. Tedla [81], A. Thorpe [83], C. Wang [85] та інші.

Одні вчені (Ю. Асєєва, К. Аймедов, А. Яцишина, С. Васильєв, А. Глушук, І. Коваленко, Л. Міхеєва, Л. Радецька, В. Чорна) зосереджують увагу на клініко-психологічних особливостях проявів ПТСР у військовослужбовців, досліджуючи його етіологію, фактори ризику та діагностичні критерії [5; 6; 14; 17; 28; 44; 55; 62]. Їхні роботи спрямовані на визначення психотравмувальних чинників, що впливають на формування розладу, а також на розробку алгоритмів раннього виявлення симптомів. Інша група науковців (В. Драганчук, Г. Борисова, В. Врубель, Р. Добровольська, Р. Несен, Г. Побережна, Н. Руденко, С. Савельєва-Кулик, Т. Штегеманн) приділяють увагу музикотерапії як способу психокорекції, аналізуючи її психофізіологічні механізми, лікувальний потенціал та ефективність при стресових розладах [13; 15; 20; 21; 22; 48; 49; 53; 58; 59; 67]. Дослідження останніх років підтверджують, що вплив музики сприяє зниженню рівня тривоги, стабілізації психоемоційного стану, поліпшенню сну й загального психологічного самопочуття [69; 70; 75; 83; 84].

Незважаючи на значний науковий інтерес та наявність ґрунтовних досліджень у цій сфері, питання психопрофілактики ПТСР засобами музикотерапії у військовослужбовців залишаються недостатньо вивченими. Більшість сучасних досліджень мають клінічне або реабілітаційне спрямування, зосереджуючись переважно на лікуванні вже сформованих розладів. Натомість профілактичний аспект, що передбачає запобігання їхньому розвитку до появи клінічних проявів, висвітлено обмежено. В умовах триваючої війни особливого значення набуває розробка науково обґрунтованих і практично орієнтованих програм психопрофілактики, які можуть бути інтегровані у систему психологічного забезпечення Збройних Сил України.

Таким чином, тема дослідження **«Психопрофілактика виникнення ПТСР у військовослужбовців методом музикотерапії»** є надзвичайно актуальною, адже відповідає сучасним викликам українського суспільства, спрямована на збереження психічного здоров'я захисників України, підвищення їхньої стресостійкості та вдосконалення системи психологічної підтримки й реабілітації військовослужбовців.

Об'єкт дослідження – психопрофілактика виникнення ПСТР

Предмет дослідження – психопрофілактика виникнення ПСТР у військовослужбовців методом музикотерапії.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність використання музикотерапії як засобу психопрофілактики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, а також розробити практичні рекомендації щодо її впровадження в систему психологічної підтримки військових.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз наукових джерел щодо проблеми посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців і засобів його психопрофілактики.

2. Визначити психологічні особливості впливу музики на емоційний стан особистості та обґрунтувати можливості її використання у профілактиці ПСТР.

3. Провести емпіричне дослідження з метою оцінки ефективності музикотерапії як інструменту психопрофілактики ПСТР у військовослужбовців.

4. Розробити та апробувати музикотерапевтичну програму, спрямовану на зниження рівня психоемоційного напруження та запобігання розвитку ПСТР.

Методи дослідження. У дослідженні використано комплекс теоретичних і емпіричних методів, спрямованих на системне вивчення ефективності музикотерапії як засобу психопрофілактики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Теоретичний етап охоплював аналіз і синтез, індукцію та дедукцію, абстрагування, конкретизацію, порівняльно-історичний і структурно-функціональний підходи, узагальнення та систематизацію для критичного огляду наукових джерел, уточнення понятійно-категоріального апарату та формування гіпотези дослідження. На емпіричному етапі застосовано опитувально-діагностичні методики, спрямовані на вимірювання інтенсивності посттравматичних реакцій, рівня тривожності, депресії та психофізіологічного стану військовослужбовців: Міссісіпська шкала Т. Кеапе для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), Шкала самооцінки

PCL-M (військовий варіант), Шкала депресії Бека (BDI), Шкала тривоги Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI), Шкала самооцінки психофізіологічного стану О. Кокуна. Для кількісного та якісного аналізу результатів використано методи математичної статистики (первинна обробка даних, розрахунок середніх значень, порівняльний аналіз), перевірку статистичної значущості змін до і після впровадження музикотерапевтичної програми, а також графічний й табличний методи для візуалізації результатів. Комплексне застосування зазначених методів дало змогу всебічно дослідити психологічний стан військовослужбовців, визначити ефективність музикотерапії як засобу психопрофілактики ПТСР та обґрунтувати можливості її впровадження у систему психологічної підтримки Збройних Сил України.

Емпірична база дослідження. Емпіричне дослідження проводилося на базі військової частини спеціального призначення. У вибірку увійшли 30 військовослужбовців, які мають статус учасників бойових дій (100%). Усі респонденти перебувають на військовій службі з 2022 року, тобто мають безпосередній досвід участі у бойових діях під час повномасштабної війни. За віковими характеристиками: 60% учасників становили військовослужбовці віком 30-40 років, а 40% – особи старші 50 років. Більшість опитаних (80%) перебувають у шлюбі, що дозволяє врахувати вплив сімейної підтримки на психоемоційний стан. 40% респондентів мали бойові поранення різного ступеня тяжкості. Відбір учасників здійснювався із дотриманням принципів добровільності, інформованої згоди та конфіденційності. Дослідження проводилося в умовах служби, з урахуванням етичних стандартів психологічних досліджень, що гарантують анонімність, добровільність участі та недискримінаційність.

Теоретичне значення дослідження полягає у систематизації та поглибленні наукових знань про психопрофілактику посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців засобами музикотерапії. У роботі розкрито психологічні механізми впливу музики на емоційний стан людини, уточнено зміст і структуру поняття «психопрофілактика ПТСР», визначено

роль музикотерапії як інноваційного напрямку у сфері психологічної допомоги військовим. Розроблені теоретичні положення сприяють поглибленню наукового розуміння процесів адаптації та відновлення психічної рівноваги в умовах бойового стресу, а також розширюють концептуальні уявлення про інтеграцію арттерапевтичних методів у сучасну військову психологію.

Практичне значення роботи полягає у розробці, впровадженні та апробації музикотерапевтичної програми, спрямованої на психопрофілактику розвитку ПТСР у військовослужбовців. Запропонована програма може бути використана практичними психологами військових частин, фахівцями центрів психологічної реабілітації та медико-психологічних служб для зниження рівня психоемоційного напруження, профілактики стресових розладів і відновлення внутрішньої рівноваги особового складу. Результати дослідження можуть бути впроваджені у систему підготовки військових психологів, застосовані під час проведення психопрофілактичних занять, тренінгів та програм психологічної підтримки військовослужбовців у період бойових дій і після повернення із зони бойового зіткнення.

Структура й обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів з висновками до них, загальних висновків, списку використаних джерел (85 найменувань, з них 18 – іноземною мовою) та 6 додатків (на 21 сторінці). Загальний обсяг кваліфікаційної роботи – 114 сторінок, з них основного тексту – 81 сторінка. Робота містить 10 таблиць і 6 рисунків.

РОЗДІЛ І

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1 ПТСР: психологічна характеристика, причини виникнення, клініко-психологічні прояви

Посттравматичний стресовий розлад є складним психічним феноменом, який виникає внаслідок переживання подій, що перевищують звичні можливості адаптації людини. У психологічній науці ПТСР розглядається не лише як клінічна одиниця, а як особливий стан психіки, у якому порушується зв'язок між минулим і теперішнім досвідом, а подія травми набуває статусу «вічного теперішнього» у свідомості людини. Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (ICD-11) та «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-V), ПТСР визначається як затяжна реакція на подію чи серію подій катастрофічного характеру, що загрожували життю чи цілісності особистості, і спричинили тривалі зміни у когнітивній, емоційній і поведінковій сферах [82, с. 61].

Наукове розуміння суті ПТСР ґрунтується на концепції психічної травми як дисбалансу між силою зовнішнього впливу та здатністю психіки його інтегрувати. Людина, яка пережила травматичну подію, стикається з неможливістю осмислити її в межах звичних ментальних схем, унаслідок чого виникає феномен внутрішнього розриву, коли частина свідомості фіксується в моменті травми. Як підкреслюють С. Васильєв та Д. Зубовський, ПТСР не є наслідком слабкості особистості, а радше проявом того, що психіка опинилася перед досвідом, який перевищує її природні ресурси саморегуляції [14, с. 7].

З точки зору психологічної структури, ПТСР є станом порушеної інтеграції досвіду. Його характерною ознакою є фрагментарність спогадів: травматичний епізод зберігається у пам'яті як набір сенсорних фрагментів, емоцій і тілесних відчуттів, що спонтанно активуються під дією певних

подразників. Це створює ілюзію повторного переживання події, яка в науковій літературі описується як феномен «ретроспалахів» – коротких, але інтенсивних епізодів відтворення травматичних спогадів, що супроводжуються реальною фізіологічною реакцією організму.

Психологічна характеристика посттравматичного стресового розладу розглядається в сучасній науковій літературі як багатовимірна система змін емоційної, когнітивної та поведінкової сфер особистості. За узагальненням науковців О. Кокуна, Н. Агаєва, І. Пішка, Н. Лозінської, І. Коваленка, О. Березана, В. Помогайбо, В. Чорної, О. Серебреннікової, В. Коломієць, С. Гозака, О. Єлізарової, М. Рибінського, В. Ангельської, Н. Павленко, Л. Міхеєвої, М. Олійник, А. Глушука, А. Кандибала, Н. Оданельчук, ПТСР має складну багатовимірну природу, у якій взаємодіють емоційно-афективні, когнітивно-перцептивні та поведінкові компоненти, що зумовлюють як внутрішні переживання, так і зовнішні прояви розладу [17; 28; 33; 44; 62]. Узагальнену структуру цих компонентів подано у табл. 1.1.

Таблиця 1.1 – Структура посттравматичного стресового розладу

Компонент	Характеристика
Емоційно-афективний	Відображає емоційні порушення, що виникають унаслідок травматичного досвіду. Людина з ПТСР характеризується високою емоційною збудливістю, труднощами в регуляції почуттів, переважанням тривоги, страху, гніву, провини.
Когнітивно-перцептивний	Визначає спотворення у сфері сприймання, пам'яті й мислення. Травматичні образи відзначаються надмірною яскравістю і нав'язливістю, а звичайні спогади – витісненням або фрагментарністю. Людина фіксується на минулому досвіді, що унеможливорює повноцінне сприйняття теперішнього.
Поведінковий	Виявляється у тенденції до уникання всього, що може нагадати про травму (місця, запахи, люди, звуки). Часто спостерігається соціальне відчуження, зниження інтересу до діяльності, що раніше викликала задоволення, а також підвищена настороженість і гіперреактивність.

Як зазначають О. Кокун, Н. Агаєв, І. Пішко, Н. Лозінська, емоційно-афективний компонент ПТСР є центральним у структурі розладу, адже саме емоційна дестабілізація стає тим осередком, із якого розгортаються інші симптоми. Науковець визначає цей стан як тривале психоемоційне напруження, при якому збереження внутрішньої рівноваги стає неможливим без спеціальної психологічної підтримки [33, с. 52]. Людина, що пережила травму, часто втрачає відчуття безпеки, довіри до світу й здатності адекватно регулювати власні почуття. У цьому контексті ПТСР виступає своєрідною емоційною «пасткою», у якій психіка постійно повертається до болючого досвіду.

Когнітивно-перцептивний компонент, на думку І. Коваленко, О. Березан, В. Помогайбо, пов'язаний із порушенням часової та причинно-наслідкової логіки сприймання. Дослідники наголошують, що при посттравматичному стресовому розладі психіка втрачає часову перспективу, а минуле набуває статусу постійної теперішності [28, с. 265]. Це означає, що людина не лише згадує травму, вона ніби знову її переживає, що пояснює феномен постійної готовності до небезпеки. У таких осіб спостерігається звуження поля свідомості, складнощі з концентрацією уваги, порушення пам'яті та схильність до нав'язливих думок і образів. Психологічна енергія ніби «застрягає» в минулому, блокуючи здатність до конструктивного мислення й прийняття рішень у теперішньому.

Поведінковий компонент, за спостереженнями Л. Міхеєвої, М. Олійник, В. Чорної, О. Серебреннікової, В. Коломієць, С. Гозака, О. Єлізарової, М. Рибінського, В. Ангельської та Н. Павленко, проявляється у двох взаємопов'язаних формах – униканні та гіперактивації. Перша з них зумовлена бажанням мінімізувати контакти з будь-якими подразниками, що нагадують про травму: людина свідомо або несвідомо уникає певних місць, людей чи ситуацій. Друга є наслідком постійного внутрішнього напруження та готовності до дії навіть без реальної загрози [44, с. 125; 62, с. 136]. Такі реакції є не стільки патологічними, скільки адаптивними на ранніх етапах, коли організм намагається убезпечити себе від повторної травматизації.

А. Глушук, А. Кандибал, Н. Оданельчук підкреслюють, що три основні компоненти ПТСР утворюють цілісну функціональну систему, у межах якої емоційні, когнітивні та поведінкові порушення перебувають у тісній взаємодії та взаємно підсилюють одне одного [17, с. 22]. Порушення емоційного контролю зумовлює деструктивні зміни у мисленні, тоді як спотворене сприйняття реальності породжує поведінкові стратегії уникання або агресивного реагування. У такій взаємозалежності проявляється системність ПТСР як феномена, що виходить за межі клінічного синдрому, перетворюючись на глибоку психічну трансформацію особистості, у якій травматичний досвід пронизує всі рівні її функціонування. Отже, ПТСР доцільно розглядати як багаторівневе психічне утворення, у структурі якого емоційна, когнітивна та поведінкова сфери виконують специфічні, але взаємопов'язані ролі у формуванні загальної дезадаптації.

З позиції сучасної психології, ПТСР розглядається як феномен подвійної динаміки: з однієї сторони, це спроба психіки інтегрувати травматичний досвід, з іншої – її захисна реакція, спрямована на уникнення повторного болю. У цьому контексті важливо розуміти, що ПТСР не є проявом психічної несправності чи поломки, а радше своєрідним способом виживання психіки в умовах надмірного емоційного навантаження. Як зазначають Ю. Асєєва, К. Аймедов та А. Яцишина, «у стані ПТСР психіка продовжує діяти в логіці виживання, навіть якщо зовнішня загроза вже минула» [5, с. 58]. Це підкреслює складність та амбівалентність феномену, у якому поєднуються елементи адаптації й дезадаптації.

Значний науковий інтерес викликає вивчення тілесного виміру посттравматичного стресового розладу. Сучасні психофізіологічні дослідження переконливо доводять, що наслідки психічної травми зберігаються не лише на рівні пам'яті, а й у соматичній сфері людини. За спостереженнями Л. Бегези, Н. Бугайової та С. Опанасенко, у осіб із ПТСР часто фіксуються хронічні м'язові спазми, нерівномірне або поверхнєве дихання, соматичні болі невизначеного характеру, які відображають тілесний еквівалент психологічної

напруги [12, с. 171]. Такі прояви свідчать про глибоку взаємодію психічних і фізіологічних процесів, коли тіло стає своєрідним носієм травматичного досвіду. Це підтверджує принцип єдності психічного й тілесного у структурі переживання травми: фізіологічні реакції виступають частиною механізму його відтворення, фіксуючи в організмі сліди емоційного болю й напруження.

Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців має специфічні особливості, зумовлені характером бойового досвіду. Перебування у стані постійної небезпеки, спостереження втрат, необхідність прийняття рішень у критичних умовах формують особливий тип психічної мобілізації, що з часом виснажує внутрішні ресурси особистості. Як зазначають М. Салюк та М. Меркулов, у військових ПТСР проявляється у вигляді глибокого дисбалансу між внутрішнім психічним потенціалом людини та зовнішніми обставинами, що перешкоджає завершенню процесу переживання травматичної події [60, с. 115]. Інакше кажучи, психіка військовослужбовця тривалий час залишається в стані напруженої готовності, ніби загроза досі існує. Це пояснює, чому навіть після повернення з бойових дій людина може продовжувати реагувати на подразники, пов'язані з війною, як на реальну небезпеку. Такий стан свідчить про надмірну активацію механізмів виживання, які спочатку мають захисний характер, але з часом починають заважати адаптації до мирного життя.

Для військовослужбовців типовим є феномен «бойового мислення» – постійна настороженість, готовність до небезпеки, яка після повернення до мирного життя не зникає. Людина продовжує оцінювати навколишню реальність крізь призму потенційної загрози. На думку А. Глушук, А. Кандибал та Н. Оданельчук, «посттравматичні реакції в умовах війни не мають миттєвого характеру, вони нарастають поступово, у міру накопичення психічного виснаження» [17, с. 22]. Саме тому військовий ПТСР має тенденцію до пролонгованого перебігу, коли травматичний досвід перетворюється на частину особистісної структури.

Психологічний портрет військовослужбовця з посттравматичним стресовим розладом відзначається складною внутрішньою структурою, у якій

поєднуються висока самодисципліна, прагнення до контролю над власними емоціями та глибоке відчуття внутрішньої спустошеності. Зовні такі люди часто виглядають стриманими, врівноваженими й навіть зібраними, однак за цією видимою стабільністю приховується сильна емоційна напруга, що проявляється у раптових спалахах гніву, почутті провини або емоційній відстороненості. Психіка військовослужбовця із ПТСР функціонує в умовах постійної мобілізації – у стані підвищеної пильності, готовності реагувати на можливу небезпеку. Такий стан поступово виснажує нервову систему, призводячи до хронічного відчуття тривоги, дратівливості та труднощів у відновленні внутрішнього спокою. Як зазначають І. Крук та І. Григус, для військових із посттравматичним стресовим розладом характерне поєднання сили й крихкості, мужності та вразливості, що відображає парадоксальну природу їхнього психічного стану [36, с. 52].

У структурі цього стану спостерігається також порушення ідентичності. Людина, яка пережила бойовий досвід, часто не може інтегрувати його у свій попередній життєвий сценарій, що призводить до втрати цілісності образу «Я». Відтак формується так званий «травматичний розрив» – ситуація, коли колишні цінності, переконання і життєві орієнтири втрачають актуальність.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що сутність ПТСР полягає у порушенні здатності психіки інтегрувати травматичний досвід у систему особистісного «Я». Це не просто реакція на подію, а складний процес зміни структури свідомості, пам'яті та емоційного життя. Для військовослужбовців ПТСР є особливо складною формою психічного виснаження, у якій межа між адаптацією та дезадаптацією стає розмитою.

Причини виникнення ПТСР охоплюють комплекс взаємопов'язаних чинників, які відображають як зовнішній вплив травматичної події, так і внутрішні особливості психіки людини. До них належать безпосередня сила впливу травматичної ситуації, індивідуальні особливості сприйняття події, біологічна вразливість нервової системи та соціальні умови, у яких перебуває особа після пережитого досвіду (рис. 1.1).

Рис. 1.1 – Основні причини виникнення ПТСР

Як зазначають Л. Бегеза, Н. Бугайова та С. Опанасенко, ключовим чинником у розвитку ПТСР є інтенсивність травматичного досвіду, тобто рівень загрози життю, масштаби руйнувань і тривалість перебування в небезпечних обставинах. Водночас не менш значущим є суб'єктивне сприйняття ситуації – ступінь відчуття безпорадності, втрати контролю та неможливості вплинути на події [12, с. 172]. Військовослужбовець, який оцінює травматичну ситуацію як фатальну або таку, що виходить за межі його можливостей контролю, частіше переживає стан безсиля та внутрішньої спустошеності. Саме це сприяє формуванню симптомів посттравматичного стресового розладу, оскільки психіка не здатна завершити процес інтеграції травматичного досвіду у свідомість.

Науковці В. Катинський та В. Стасюк зазначають, що тривале перебування особистості у стані бойового напруження порушує її морально-психологічну рівновагу, оскільки призводить до втрати базового відчуття безпеки, довіри до світу та власних можливостей [27, с. 91]. Постійне

перебування у ситуаціях небезпеки формує хронічний стан настороженості, у якому психіка функціонує в режимі мобілізації навіть після зникнення загрози. Повторювані епізоди страху, переживання втрат і моральні дилеми, зокрема необхідність завдання шкоди противнику чи втрата побратимів, створюють глибокі внутрішні суперечності, що руйнують етичні та ціннісні орієнтири особистості. Такі конфлікти посилюють емоційне виснаження й стають основою подальшої психотравматизації, яка у військових часто переходить у стійкі прояви посттравматичного стресового розладу.

За результатами досліджень С. Васильєва та Д. Зубовського, одним із ключових механізмів формування посттравматичного стресового розладу є дисоціація – захисний процес психіки, за якого свідомість частково відокремлює болісні спогади, емоції чи образи, аби знизити інтенсивність їхнього впливу на психічний стан [14, с. 9]. На початкових етапах цей механізм має адаптивний характер, оскільки допомагає людині зберегти функціональну рівновагу в умовах сильного стресу. Однак згодом він перетворюється на чинник дезадаптації: психотравматичний досвід не інтегрується у свідомий життєвий наратив, залишаючись у вигляді нав'язливих спогадів, нічних кошмарів або мимовільних фізіологічних реакцій на подразники, подібні до звуків вибухів чи запаху диму.

Л. Герасименко, А. Скрипніков та Р. Ісаков підкреслюють, що суттєву роль у розвитку посттравматичного стресового розладу відіграють біологічні чинники, зокрема порушення нейрогуморальної регуляції стресу [16, с. 43]. Одним із ключових механізмів є підвищений рівень кортизолу – гормону стресу, концентрація якого залишається підвищеною у крові навіть після завершення травматичної події. Тривала дія цього гормону негативно впливає на лімбічну систему мозку, що відповідає за емоційну пам'ять, формування страху та регуляцію емоційних реакцій. Як наслідок, у людини спостерігається зниження здатності контролювати афективні імпульси: будь-який зовнішній подразник, який асоціюється з пережитою травмою, може автоматично викликати реакції, схожі на первинний страх або паніку. Це свідчить про

глибоку фізіологічну основу ПТСР, де тілесні та психічні процеси утворюють єдину систему хронічного стресового реагування.

Науковці І. Приходько, Ю. Мацегора, Н. Кривоконь, О. Ковальчук, К. Гунбін, Н. Антушева, Л. Філоненко встановили, що у військовослужбовців, які безпосередньо перебували в зоні бойових дій, спостерігається підвищена тривожність, гіпервозбудження та схильність до уникання соціальних контактів [79, с. 779]. Науковці зазначають, що такі реакції мають адаптивний характер у короткостроковій перспективі, оскільки допомагають людині зберегти психологічну рівновагу в умовах небезпеки. Проте за відсутності належної психологічної підтримки ці стани поступово фіксуються на рівні поведінкових і емоційних патернів, що призводить до їх патологізації. У результаті формується стійка симптоматика ПТСР, яка виявляється у хронічній тривозі, емоційному виснаженні та соціальній ізоляції.

Л. Радецька, І. Лаба, А. Смачило, О. Нечаєва, К. Лопатенко та М. Баумер зазначають, що бойова психотравма є одним із найскладніших різновидів травматичного досвіду, оскільки поєднує інтенсивний страх за власне життя й глибоке морально-екзистенційне потрясіння [55, с. 24]. Вона охоплює переживання, пов'язані з втратою побратимів, почуттям провини за їхню загибель або за власне виживання, а також усвідомленням моральних дилем, неминучих у бойових умовах. Такі переживання формують стійкий внутрішній конфлікт між професійним обов'язком і гуманістичними цінностями, що підсилює глибину психічної травми. Для українських військовослужбовців, які тривалий час перебувають у зоні бойових дій, цей чинник особливо значущий, оскільки поєднує особистий біль втрати з колективним досвідом війни.

Таким чином, причини виникнення ПТСР мають багатофакторний характер, у якому поєднуються психологічні, біологічні та соціальні детермінанти. Їх взаємодія формує складний механізм травматичної реакції, де зовнішній досвід поєднується з індивідуальними особливостями сприйняття, фізіологічною вразливістю та морально-етичними переживаннями, що зумовлює глибину й тривалість проявів ПТСР у військовослужбовців.

Клініко-психологічні прояви посттравматичного стресового розладу відзначаються багатокомпонентністю та системністю. Згідно з діагностичними критеріями DSM-5, ПТСР включає чотири основні групи симптомів: повторне переживання травматичної події, уникання подразників, що нагадують про неї, негативні зміни у когнітивній та емоційній сфері, а також стани гіперзбудження. У військовослужбовців ці прояви мають особливо інтенсивний характер через постійну готовність до небезпеки та вплив бойового стресу. Як зазначає В. Кушніров, для військових із ПТСР типовими є підвищена настороженість, емоційна відчуженість, раптові спалахи гніву, труднощі зі сном і різноманітні соматичні скарги, які відображають глибину психоемоційного виснаження [38, с. 10].

Науковці Б. Михайлов, В. Чугунов, В. Курило та С. Саржевський підкреслюють, що у більшості випадків симптоми ПТСР не зникають самостійно. Вони мають тенденцію до хронізації, якщо не забезпечується своєчасна психопрофілактика або цілеспрямована психокорекційна робота [46, с. 119]. Дослідники наголошують також на необхідності чіткої диференціації ПТСР від депресивних і тривожних розладів, адже у військовослужбовців часто спостерігається поєднання кількох психопатологічних станів, що ускладнює діагностику та потребує комплексного підходу до лікування й реабілітації.

Зарубіжні дослідження підтверджують подібні закономірності у розвитку та перебігу ПТСР серед військовослужбовців. Так, А. Hruby, Н. Lieberman і Т. Smith, досліджуючи понад 12 тисяч військових США, встановили, що симптоми депресії, тривожності та ПТСР тісно пов'язані з порушенням сну, зниженням мотивації до соціальної взаємодії, проблемами з концентрацією уваги й підвищеним ризиком розвитку коморбідних психічних станів [73, с. 86]. Автори підкреслюють двосторонній характер цього зв'язку: тривале емоційне виснаження не лише є наслідком травматичного досвіду, а й саме по собі підсилює симптоми розладу, формуючи замкнене коло психічної дезадаптації.

G. Obuobi-Donkor, F. Oluwasina, N. Nkire та V. Agyarong у масштабному оглядовому дослідженні виявили, що серед військовослужбовців і

рятувальників, які перебувають у зонах конфлікту, рівень поширеності ПТСР коливається від 30 до 40 %, досягаючи максимальних значень серед осіб без належної психологічної підготовки до стресових ситуацій [76]. Науковці підкреслюють, що відсутність психопрофілактики, належної підтримки командирів і поширена стигматизація психічних розладів у військовому середовищі ускладнюють своєчасне виявлення та лікування ПТСР. Вони наголошують на потребі державних програм психологічної реабілітації ветеранів і впровадження методик для запобігання хронізації розладу.

Водночас, як зазначають D. Adugna, T. Yadeta, J. Dereje, D. Firdisa, S. Demissie, O. Kassa, M. Kitessa та A. Gemeda, тривале перебування у бойових умовах без можливості психологічного розвантаження призводить до глибокої трансформації сприйняття навколишньої реальності. Військовослужбовці поступово формують стійкі когнітивні схеми, у яких світ сприймається як постійно загрозливий і непередбачуваний. Почуття небезпеки стає фоновим станом психіки, визначаючи поведінкові реакції навіть у мирному середовищі [68]. Цей феномен відомий як «синдром бойової настороженості» – один із ключових проявів ПТСР, що відображає тривалу активацію системи виживання та труднощі у поверненні до нормального емоційного стану після травми.

В. Омелянович, аналізуючи соціальні наслідки ПТСР, звертає увагу на руйнування сімейних зв'язків та зниження рівня довіри у міжособистісній взаємодії [52]. Він підкреслює, що психотравма змінює поведінку та базові ціннісні орієнтації людини, спричиняючи ізоляцію і втрату життєвих цілей.

Отже, ПТСР є складним багатовимірним феноменом, який включає біопсихосоціальні компоненти. Його розвиток визначається взаємодією зовнішніх чинників (інтенсивність бойового досвіду, втрати, поранення) та внутрішніх ресурсів (стресостійкість, підтримка, когнітивні стратегії). Клініко-психологічні прояви розладу охоплюють спектр від емоційного відчуження до агресивних реакцій і соматизації. Своєчасне виявлення симптомів, застосування психопрофілактичних заходів мають вирішальне значення для збереження психічного здоров'я військовослужбовців у сучасних умовах війни.

1.2 Психопрофілактика ПТСР у системі психологічної допомоги військовослужбовцям

Проблема психопрофілактики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців набуває особливої актуальності у зв'язку з тривалими бойовими діями, що супроводжуються екстремальними психоемоційними навантаженнями. Як підкреслює О. Кокун, В. Мороз, Н. Лозінська, І. Пішко, психопрофілактика є фундаментальною складовою системи психологічної допомоги, оскільки забезпечує формування готовності особистості до дії в умовах бойового стресу та сприяє збереженню психологічної стійкості [30, с. 18]. Науковці Н. Агаєв, В. Дикун та В. Чорний розглядають її як комплексну діяльність, спрямовану на попередження психічних дезадаптацій, стабілізацію емоційного стану та розвиток конструктивних стратегій реагування [2, с. 45].

У вітчизняній психології поняття психопрофілактики розглядається як багатовимірна система заходів, спрямованих на збереження психічного здоров'я особистості, раннє виявлення деструктивних тенденцій і підвищення адаптаційного потенціалу військовослужбовців. Як зазначають С. Балашова, С. Васильєв, Г. Дубровинський та В. Кирик, психопрофілактика передбачає цілеспрямований вплив на психологічні механізми стресостійкості з метою зниження ризику психотравматизації під час виконання службово-бойових завдань [7, с. 44]. На думку Л. Герасименко, А. Скрипнікова та Р. Ісакова, вона є складовою системи психологічного забезпечення, яка інтегрує діагностичні, освітні, корекційні та реабілітаційні компоненти [16, с. 41]. Саме такий підхід дозволяє запобігати виникненню посттравматичних розладів й зміцнювати психічну рівновагу, підтримуючи емоційну готовність військовослужбовців до дії в екстремальних умовах.

Військова психопрофілактика є складовою морально-психологічного забезпечення і має чітку практичну спрямованість. Вона поєднує діагностичні, інформаційно-освітні, тренінгові та консультативні заходи, що сприяють зниженню інтенсивності стресу та підвищенню адаптаційного потенціалу

військових. На думку О. Блінова, психопрофілактика є динамічною системою запобіжних впливів, яка охоплює всі етапи служби: від підготовки до повернення із зони бойових дій [8, с. 92].

Головною метою психопрофілактики ПТСР є збереження психічного здоров'я військовослужбовців, попередження розвитку стресових розладів та підвищення психологічної готовності до екстремальних умов. Як підкреслюють В. Алещенко, О. Сафін, Є. Потапчук, основне завдання психопрофілактичної роботи полягає у тому, щоб підготувати військовослужбовця до зустрічі з небезпекою не лише фізично, але й психологічно – сформувати у нього внутрішній механізм саморегуляції [3, с. 41].

Науковці (О. Кокун, Н. Агаєв, І. Пішко, Н. Лозінська та В. Олійник) виокремлюють низку ключових завдань психопрофілактики посттравматичних розладів серед військовослужбовців [30; 33]. Зокрема, вони наголошують на необхідності:

- своєчасного виявлення осіб з підвищеним ризиком розвитку ПТСР шляхом комплексної психодіагностики;
- формування психологічної готовності до дій у стресових і бойових ситуаціях через спеціальні тренінги стійкості;
- пояснення механізмів виникнення психічних реакцій на травму та навчання навичкам самоспостереження;
- розвитку емоційної саморегуляції як інструменту контролю афективних станів;
- створення сприятливого соціально-психологічного клімату у військовому колективі;
- підготовки командирів до виконання ролі лідерів і фасилітаторів психологічної підтримки підлеглих [33, с. 54-56; 34, с. 97-99].

Згідно з позицією Л. Радецької, І. Лаби, А. Смачило, О. Нечаєвої, К. Лопатенко та М. Баумер, ефективна психопрофілактика посттравматичного стресового розладу неможлива без подолання бар'єрів стигматизації психічних розладів у військовому середовищі [55, с. 25]. Науковці наголошують, що

відкрите обговорення психологічних труднощів, підтримка з боку командирів та формування позитивного ставлення до звернення по допомогу є ключовими чинниками профілактики ПТСР. Психологічна культура колективу повинна базуватися на усвідомленні того, що звернення до фахівця не є проявом слабкості, а свідчить про зрілість, відповідальність і готовність дбати про власне психічне здоров'я. Вони підкреслюють, що формування довіри до військових психологів потребує системного підходу, який охоплює просвітницьку роботу, підвищення якості психологічних послуг та інтеграцію психопрофілактики у щоденну діяльність підрозділів. Таким чином, створення культури ментального здоров'я у військовому колективі розглядається не лише як гуманістична, а й як стратегічна передумова збереження боєздатності та психологічної стійкості Збройних Сил України.

Ефективна психопрофілактика ПТСР ґрунтується на дотриманні науково обґрунтованих принципів, які визначають зміст, послідовність і спрямованість психологічної допомоги військовослужбовцям. Вона є невід'ємною складовою системи психологічного забезпечення, що охоплює всі етапи професійної діяльності військових: від підготовки до участі в бойових діях до періоду їхньої адаптації після повернення. Як підкреслюють Н. Агаєв, В. Дикун та В. Чорний, результативність профілактичної роботи залежить від злагодженої взаємодії всіх учасників процесу морально-психологічного забезпечення – командирів, психологів, медичних працівників і самих військовослужбовців [2, с. 46]. Таким чином, принципи психопрофілактики визначають методологічну основу практичної діяльності, задаючи вектор усієї системи психологічної допомоги.

І. Коваленко, О. Березан та В. Помогайбо вважають, що ефективна психопрофілактика ПТСР неможлива без реалізації принципу системності, який передбачає узгодження медичних, психологічних і соціальних підходів до збереження психічного здоров'я військовослужбовців [28, с. 266]. Системність забезпечує цілісність профілактичної роботи, коли індивідуальні консультації, групові тренінги, медико-психологічна підтримка та соціальні програми діють не ізольовано, а як взаємопов'язані елементи єдиного механізму допомоги.

Такий підхід дозволяє розглядати військовослужбовця не як пасивного отримувача психологічних послуг, а як активного учасника процесу підтримання власного психічного благополуччя. Вчені також наголошують на важливості принципу наступності, що передбачає послідовне продовження психопрофілактичних заходів на всіх етапах військової служби – від професійного відбору та підготовки до участі в бойових діях і подальшої соціально-психологічної адаптації після повернення [28, с. 268]. Реалізація цього принципу забезпечує неперервність психологічної підтримки, попереджає ризик виникнення відстрочених реакцій на стрес і сприяє збереженню стабільного психоемоційного стану військовослужбовців.

Вагоме місце займає принцип превентивності, який, за визначенням О. Кокуна, В. Мороза, Н. Лозінської та І. Пішка, передбачає своєчасне виявлення ранніх ознак емоційного виснаження, тривожності чи дезадаптації ще до переходу цих станів у стійкі патологічні форми [30, с. 53]. Його сутність полягає у створенні системи постійного моніторингу психоемоційного стану військовослужбовців, що дає змогу вчасно реагувати на перші сигнали психологічного напруження. Такий підхід передбачає проведення індивідуальних бесід, тренінгів стресостійкості, психологічних дебрифінгів після участі у складних завданнях. Науковці підкреслюють, що своєчасна превентивна робота здатна значно знизити ризик розвитку глибоких посттравматичних розладів, оскільки запобігає накопиченню деструктивних емоційних переживань і сприяє збереженню внутрішньої рівноваги [30, с. 55]. Реалізація цього принципу формує в особового складу стійке усвідомлення важливості піклування про власне ментальне здоров'я, що є передумовою психологічної готовності до бойових дій.

Важливою засадою психопрофілактики посттравматичних розладів є принцип гуманізації, на якому наголошують В. Алещенко, О. Сафін та Є. Потапчук [3, с. 41]. Науковці розглядають гуманізацію як основний чинник ефективності психологічної допомоги, оскільки вона ґрунтується на визнанні цінності кожного військовослужбовця, його права на підтримку та гідне

ставлення в умовах психічної напруги. У межах цього підходу психолог виступає не лише як фахівець із корекції психотравм, а як партнер, який допомагає військовому усвідомити власні емоції, прийняти пережитий досвід і знайти внутрішні ресурси для відновлення. Важливим аспектом гуманізації є формування у військовому колективі атмосфери взаємної довіри, де звернення по психологічну допомогу сприймається не як прояв слабкості, а як показник зрілості та відповідального ставлення до власного ментального здоров'я. Саме такий підхід сприяє зниженню рівня стигматизації психічних розладів і підвищує морально-психологічну стійкість особового складу, що є ключовою умовою ефективності бойових дій.

В. Кушніров у своїх дослідженнях акцентує на принципі адаптивності, що передбачає гнучке врахування індивідуально-психологічних характеристик, рівня бойового досвіду, емоційної зрілості та соціального контексту кожного військовослужбовця [38, с. 10]. Цей принцип виходить із положення, що навіть за однакових стресових впливів реакція різних осіб може суттєво відрізнятись, тому профілактична робота повинна бути персоніфікованою. Практична реалізація адаптивності передбачає застосування індивідуальних програм психологічного супроводу, спрямованих на розвиток внутрішніх ресурсів, навичок саморегуляції та формування ефективних копінг-стратегій. Такий підхід дозволяє зменшити ризик дезадаптації й підвищити рівень психологічної готовності до виконання складних завдань. Крім того, адаптивність створює передумови для переходу від стандартизованих методів профілактики до гнучких і адресних форм підтримки, що враховують як особистісні потреби військовослужбовця, так і динаміку його емоційного стану під час служби.

С. Васильєв і Д. Зубовський у своїх працях підкреслюють важливість принципу міждисциплінарності (колегіальності), що передбачає скоординовану взаємодію фахівців різних напрямів – психологів, командирів, медичних працівників, капеланів і соціальних служб [14, с. 12]. Його сутність полягає у створенні єдиного психопрофілактичного простору, де кожен спеціаліст виконує чітко визначену функцію в межах спільної системи підтримки

особового складу. Така інтеграція дозволяє не лише об'єднати професійні зусилля, а й забезпечити цілісність, послідовність і безперервність заходів психологічної допомоги. Зокрема, командири відповідають за створення сприятливого морально-психологічного клімату, медики – за виявлення соматичних проявів стресу, капелани – за духовну підтримку, а психологи – за діагностику, профілактику та корекцію психічних станів. Міждисциплінарна взаємодія сприяє більш глибокому розумінню особистісних і групових процесів, що відбуваються у військовому середовищі, та забезпечує комплексне збереження ментального здоров'я військовослужбовців.

А. Широких і Н. Пантелеймонова наголошують на важливості принципу безперервності, який передбачає систематичне й тривале відстеження психоемоційного стану військовослужбовців не лише під час виконання службових завдань, а й після демобілізації, у період їхньої соціально-психологічної адаптації до мирного життя [66, с. 190]. Реалізація цього принципу забезпечує своєчасне виявлення відстрочених симптомів посттравматичного стресу, що можуть проявитися через місяці або навіть роки після пережитих подій. Безперервність психопрофілактичної роботи дозволяє уникнути хронізації психічних розладів, підтримати стабільний емоційний стан ветеранів і створити умови для їх повноцінного повернення до цивільного середовища. Вона також формує систему «післяслужбового супроводу», у межах якої психологічна допомога стає не разовою інтервенцією, а невід'ємною складовою процесу відновлення та збереження психічного здоров'я.

Отже, дотримання зазначених принципів формує науково обґрунтовану основу системи психопрофілактики ПТСР. Вона інтегрує системний і превентивний підходи, гуманістичні цінності, адаптивність і міждисциплінарну співпрацю, що забезпечує ефективне збереження психологічної стійкості та боєздатності військовослужбовців у сучасних умовах війни.

Науковці (Ю. Асєєва, К. Аймедов, А. Яцишина, А. Глушук, А. Кандибал, Н. Оданельчук, В. Катинський, В. Стасюк, О. Кухарук, М. Сириця) зазначають,

що ефективна система психопрофілактики посттравматичного стресового розладу має ґрунтуватися на трирівневій моделі, яка забезпечує цілісність, наступність і структурованість психологічної допомоги на всіх етапах військової служби [5, с. 11; 17, с. 22; 27, с. 92; 37, с. 45]. Така модель передбачає взаємозв'язок між підготовкою до стресових впливів, своєчасним реагуванням на перші ознаки дезадаптації та тривалою підтримкою під час реабілітаційного періоду. Її реалізація спрямована на запобігання формуванню ПТСР, а також підтримання психологічної стійкості, емоційної рівноваги та здатності військовослужбовців ефективно діяти в екстремальних умовах (рис. 1.2).

Рис. 1.2 – Трирівнева модель психопрофілактики ПТСР у військовослужбовців

Згідно з підходом Ю. Асєєвої, К. Аймедова та А. Яцишиної, первинна профілактика є вихідним етапом системи психопрофілактики ПТСР, спрямованим на формування психологічної готовності військовослужбовців до дії в умовах стресу, розвиток емоційної стійкості та адаптивних механізмів саморегуляції [5, с. 11]. Її завдання полягає у тому, щоб запобігти виникненню деструктивних реакцій на бойовий стрес ще до моменту потрапляння військових у зону підвищеного ризику.

Як зазначає В. Катинський та В. Стасюк, первинна профілактика виконує роль своєрідного «психологічного імунітету», який готує особистість до

адекватного сприйняття травматичних подій, зменшує інтенсивність стресових реакцій і підтримує функціональний стан нервової системи [27, с. 91]. На цьому етапі особлива увага приділяється психологічній освіті, проведенню тренінгів саморегуляції, розвитку уваги, контролю дихання та м'язового розслаблення.

Виконавцями первинної профілактики виступають військові психологи та командири підрозділів, які організовують інформаційно-просвітницьку роботу, навчають воїнів навичкам емоційного самоконтролю, сприяють формуванню згуртованості колективу та довіри, що є фундаментом майбутньої психологічної стійкості в бойових умовах.

Як зазначають О. Кухарук і М. Сириця, другий етап спрямований на своєчасне виявлення та нейтралізацію психічних порушень, що виникають після інтенсивних бойових дій або надмірного емоційного навантаження [37, с. 45]. Вторинна профілактика забезпечує перехід від підготовки до активного реагування на вже наявні ознаки дезадаптації. Її завдання полягає у стабілізації емоційного стану військовослужбовців, зниженні тривожності, запобіганні розвитку ПТСР і формуванні ефективних способів подолання стресу.

На цьому рівні реалізуються психодіагностичні обстеження, кризові консультації, психоосвітні бесіди, групи емоційного розвантаження та короткострокові інтервенції, що дають змогу своєчасно виявити порушення і надати адресну допомогу. Як підкреслюють науковці, оперативність і доступність допомоги у перші дні після стресового епізоду є ключовими чинниками профілактики глибших психологічних розладів [37, с. 46].

Виконавцями вторинної профілактики виступають військові психологи, медичні фахівці, соціальні працівники та командири, які координують міждисциплінарну взаємодію і створюють умови для безпечного вираження емоцій. Така система дозволяє своєчасно стабілізувати психоемоційний стан військовослужбовців, попередити хронізацію стресових реакцій і сприяє їх ефективному поверненню до виконання службових завдань.

На думку А. Глушук, А. Кандибала та Н. Оданельчук, третій етап є завершальною ланкою у системі психопрофілактики ПТСР і спрямований на

запобігання рецидивам, хронізації та соціальній дезадаптації військовослужбовців, які вже пережили травматичний досвід [17, с. 22]. Він передбачає реалізацію комплексних заходів з психологічної реабілітації, що охоплюють як внутрішньоособистісну стабілізацію, так і повернення до активного соціального функціонування.

Післятравматична профілактика включає індивідуальні та групові психотерапевтичні сеанси, когнітивно-поведінкові програми, арттерапію, музикотерапію, психодраму, тілесноорієнтовані практики та заняття з відновлення емоційного самоконтролю. Як зазначають науковці, ефективність цього етапу значною мірою залежить від інтеграції психологічної, медичної та соціальної допомоги, що забезпечує цілісний підхід до відновлення особистості після бойового досвіду [17, с. 23].

Важливу роль відіграє підтримка сім'ї та близького оточення, яке виступає ключовим ресурсом емоційної стабільності ветерана. Соціальні служби та психологи працюють над реінтеграцією військовослужбовців у громадське життя, налагодженням родинних відносин і професійною адаптацією, що сприяє відновленню життєвої активності та формуванню відчуття особистої значущості. Таким чином, третій етап завершує цикл психопрофілактики, забезпечуючи перехід від посттравматичного відновлення до сталого психологічного благополуччя.

Підсумовуючи, трирівнева система психопрофілактики ПТСР забезпечує безперервність, наступність та системність психологічної допомоги військовослужбовцям. Її ефективність полягає в тому, що вона дає змогу мінімізувати прояви посттравматичних розладів, своєчасно реагувати на перші ознаки дезадаптації та сприяє збереженню людського потенціалу, боєздатності й морально-психологічної стійкості особового складу.

Дослідники (Я. Лавренюк, О. Кулешова, В. Чорна, О. Серебреннікова, В. Коломієць, О. Єлізарова, М. Рибінський, В. Ангельська, Н. Павленко, Р. Шевченко, Ю. Ширококов, А. Широких, Н. Пантелеймонова) відзначають, що сучасна система психопрофілактики ПТСР у військовослужбовців повинна

поєднувати різноманітні форми та методи впливу, спрямовані на зміцнення психічного здоров'я, запобігання розвитку патологічних реакцій і формування стійких навичок саморегуляції [39; 62; 64; 65; 66]. За їх підходами, ефективність психопрофілактики залежить від комплексності .

У табл. 1.2 представлено узагальнену характеристику основних форм і методів психопрофілактики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які використовуються в сучасній практиці військової психології.

Таблиця 1.2 – Форми та методи психопрофілактики ПТСР у військовослужбовців

Форма	Основні методи	Характеристика
Індивідуальна	Психологічне консультування, когнітивно-поведінкова терапія, аутогенне тренування, метод біологічного зворотного зв'язку	Спрямована на особистісну підтримку військовослужбовця з урахуванням його індивідуальних психічних особливостей, рівня стресостійкості та емоційного досвіду; забезпечує раннє виявлення симптомів ПТСР і розробку персональної стратегії відновлення.
Групова	Тренінги стрес-інокуляції, майндфулнес-програми, групи психологічної підтримки, колективні бесіди з командирами	Формує згуртованість колективу, взаємну підтримку та довіру в підрозділі, сприяє зниженню рівня тривожності й підвищенню ефективності командної взаємодії.
Інноваційна	Використання технологій віртуальної реальності (VR-десенсибілізація), мобільні застосунки для моніторингу емоційного стану особи	Орієнтована на використання сучасних технологій для моделювання безпечних ситуацій проживання травматичних подій, моніторингу психоемоційного стану та профілактики ПТСР шляхом інтерактивного тренування реакцій.
Освітньо-просвітницька	Програми з навчання саморегуляції, релаксації, тренінги майндфулнесу	Спрямована на підвищення рівня психологічної грамотності, розвиток навичок емоційного самоконтролю, критичного мислення й стресостійкості.
Арттерапевтична	Музикотерапія, малювання, психодрама, робота з метафоричними асоціативними картами	Забезпечує м'яке опрацювання травматичних переживань через творчі види діяльності; сприяє емоційному розвантаженню та нормалізації сну.
Командно-лідерська	Навчання командирів навичкам емпатії, кризового менеджменту, конструктивного спілкування	Орієнтована на розвиток психологічної компетентності командирів, забезпечує створення середовища довіри й своєчасне виявлення ознак емоційного виснаження у підлеглих.

Як зазначають В. Чорна, О. Серебреннікова, В. Коломієць, С. Гозак, О. Єлізарова, М. Рибінський, В. Ангельська та Н. Павленко, ефективність профілактичної роботи визначається її неперервністю, комплексністю й адаптивністю до умов військової служби [62, с. 73]. Важливу роль у цьому відіграє поєднання індивідуальних і групових методів, адже, за спостереженнями Р. Шевченко, саме колективна підтримка сприяє зниженню рівня тривожності та формуванню почуття психологічної безпеки [64, с. 118].

Особливе значення мають арттерапевтичні методи, що забезпечують м'яке опрацювання травматичних спогадів через музикотерапію, психодраму, малювання або роботу з метафоричними картами. Як відзначає науковець Р. Шевченко, ці методи дозволяють зняти емоційне напруження, зменшити симптоми тривоги та відновити почуття внутрішньої рівноваги [64, с. 121].

Серед усіх форм психопрофілактики особливе місце посідає командно-лідерська, оскільки командир є першим посередником між системою психологічної допомоги та військовослужбовцем. Як зазначає Ю. Широков, ефективність морально-психологічного клімату в підрозділі безпосередньо залежить від управлінського стилю, емпатійності та здатності керівника забезпечити підтримку своїм підлеглим [65, с. 27]. Лідери, підготовлені в межах програм кризового менеджменту, мають можливість своєчасно виявляти ознаки дезадаптації й створювати сприятливі умови для їх подолання.

Як підкреслюють А. Широких і Н. Пантелеймонова, найбільш результативною є та психопрофілактика, яка здійснюється безпосередньо у військових частинах, під час служби, у звичному середовищі, що формує «ефект довіри» між психологом і воїном [66, с. 190]. Це забезпечує своєчасне реагування на деструктивні емоційні стани, знижує ризик хронізації стресових реакцій та сприяє тривалому збереженню психологічного благополуччя.

У зарубіжній військовій практиці психопрофілактика ПТСР базується на багаторівневій інтеграції клінічних, поведінкових і технологічних підходів, що спрямовані на зменшення проявів ПТСР та формування стійких копінг-стратегій. Як зазначають А. Hruby, Н. Lieberman та Т. Smith, у Збройних силах

США ключовими напрямками є системна психоосвітня підготовка, регулярний скринінг психічного стану та застосування цифрових технологій моніторингу, що дозволяють виявляти симптоми ПТСР на ранніх етапах [73, с. 86]. У країнах НАТО активно впроваджується методика TST (Trauma-Specific Treatments), яка, за E. Lee, J. Faber та K. Bowles, включає когнітивно-поведінкову терапію, експозиційні техніки, майндфулнес-програми й тренінги емоційної регуляції, що довели свою ефективність у зменшенні проявів тривоги та депресії серед військових [74, с. 147-148]. Африканські дослідження (D. Adugna, T. Yadeta, J. Dereje, D. Firdisa, S. Demissie Darcho, O. Kassa, M. Kitessa, A. Gameda, A. Tedla, S. Asnakew, G. Legas, B. Munie, M. Tareke) підтверджують, що поєднання психоосвітніх занять із короткотривалою кризовою терапією знижує ризик формування хронічних форм ПТСР на 40-45 % [68; 81]. У Нігерії, як доводять V. Gever, T. Iyendo, U. Obiugo-Muoh, J. Okunade, N. Agujiobi-Odoh, N. Udengwu, F. Talabi, P. Nwokolo, особливо результативними виявилися арттерапевтичні інтервенції – музика, театр і малювання, які зменшують рівень емоційної напруги та сприяють відновленню соціальної активності постраждалих [72, с. 96]. У сучасних арміях НАТО та ЄС поширеним є використання VR-десенсибілізації – технології поступового відтворення бойових сценаріїв у віртуальному середовищі, що забезпечує безпечне проживання травматичних спогадів і підвищує ефективність психологічної реабілітації (A. Sekely, H. Malik, K. Miller, Y. Wang, A. Puente) [80, с. 12].

Таким чином, психопрофілактика ПТСР у військовослужбовців – це науково обґрунтована система заходів, спрямована на збереження психічного здоров'я, розвиток адаптаційного потенціалу та запобігання стресовим розладам. Її ефективність визначається поєднанням індивідуальної, групової, освітньо-просвітницької, арттерапевтичної, інноваційної та командно-лідерської роботи, що формує комплексну модель психологічної підтримки. Реалізація психопрофілактики передбачає тісну взаємодію командирів, психологів, медиків і сім'ї військовослужбовця, засновану на принципах системності, превентивності, гуманізму та безперервності.

1.3 Музикотерапія як інноваційна технологія психопрофілактики та психокорекції ПТСР

Музикотерапія – це напрям психологічної та психотерапевтичної практики, який використовує музику та її елементи як засіб впливу на емоційний стан, поведінку та когнітивні процеси людини. У сучасній психології цей метод розглядають як один із найефективніших інструментів немедикаментозної допомоги при посттравматичних стресових розладах, зумовлених бойовими діями. Як зазначає Г. Батищева, музика має унікальну здатність активізувати підсвідомі процеси, сприяти катарсису та гармонізації внутрішнього стану людини [11, с. 26].

Науковець А. Демура визначає музикотерапію як «інноваційну психосоціальну технологію, що поєднує художньо-естетичний вплив і психокорекційний ефект, створюючи умови для м'якого проживання травматичних переживань» [19, с. 340]. Вона базується на здатності музики впливати на центральну нервову систему, викликати емоційні реакції, змінювати частоту серцебиття, дихання та рівень гормонів стресу. Зокрема, дослідження Р. Несен підтверджують, що прослуховування музики знижує активність мигдалеподібного тіла, відповідального за реакції страху, та активує ділянки префронтальної кори, що відповідають за самоконтроль і когнітивну переробку травматичного досвіду [48, с. 64].

Музикотерапевтичний підхід має особливе значення в системі психопрофілактики ПТСР у військовослужбовців, оскільки поєднує психологічний вплив із формуванням безпечного емоційного середовища, у якому можлива м'яка реконструкція травматичного досвіду. Музика виступає універсальним посередником між свідомим і підсвідомим, допомагає відновити порушену рівновагу нервових процесів, знизити рівень тривожності та психоемоційного виснаження. Як підкреслює В. Врубель, саме музика здатна «повернути людину до стану внутрішньої гармонії, зменшити рівень тривоги й емоційного виснаження, сприяти мобілізації внутрішніх ресурсів у кризових

ситуаціях» [15, с. 117]. Такий вплив пояснюється тим, що ритм, тембр і мелодійна структура музики стимулюють діяльність лімбічної системи мозку, яка відповідає за емоційні реакції, і сприяють виробленню серотоніну та дофаміну – нейромедіаторів позитивного настрою. Завдяки цьому музикотерапія стає не лише інструментом зняття психічної напруги, а й засобом глибокої емоційної регуляції, який повертає людині відчуття цілісності, контролю над власним станом і здатності адаптуватися до життєвих викликів.

На думку О. Борисової та Н. Борисової, музикотерапія є інтегративною технологією, що поєднує оздоровчий, профілактичний і корекційний потенціал, діючи на людину одночасно на фізіологічному, емоційному та когнітивному рівнях [13, с. 25]. Її універсальність дозволяє адаптувати метод до індивідуальних потреб військовослужбовців, враховуючи ступінь психологічної травматизації та особливості реакцій на стрес. Індивідуальні сеанси музикотерапії забезпечують глибинне опрацювання емоційних переживань, сприяють усвідомленню внутрішніх конфліктів і формуванню відчуття внутрішньої стабільності. Натомість групові форми роботи підсилюють ефект соціальної підтримки, допомагають зменшити ізоляцію, підвищують рівень емпатії та довіри в колективі, що є особливо важливим для адаптації військових після бойових дій. Таким чином, музикотерапія поєднує індивідуальну рефлексію з колективним переживанням, створюючи гармонійний простір для психологічного відновлення.

Як зазначає Л. Литвинчук, музикотерапія виконує комплексну психофізіологічну функцію, поєднуючи відновлювальну, стабілізуючу, комунікативну та рефлексивну складові [40, с. 192]. У контексті подолання посттравматичного стресового розладу вона сприяє подоланню емоційного оніміння, відновленню здатності до переживання й вираження почуттів, а також поступовому поверненню особистісної цілісності. Через звук і ритм військовослужбовець знову навчається «відчувати» себе в тілі, відновлюючи зв'язок між психічними й соматичними реакціями. Особливо ефективними є

методики активної музикотерапії – вокалізація, імпровізаційна гра на музичних інструментах, рухові та ритмічні вправи. Вони не лише знижують рівень внутрішньої напруги, а й сприяють відновленню відчуття контролю над тілом, покращують координацію, дихання та енергетичний баланс. Такий підхід формує нові нейронні зв'язки, що забезпечують емоційну стабілізацію й полегшують інтеграцію травматичного досвіду у свідомість без повторної травматизації.

У дослідженнях В. Драганчука підкреслюється, що музика має потужний психокорекційний потенціал завдяки своїй здатності структурувати емоційний досвід, переводити його у символічну форму та зменшувати рівень внутрішнього хаосу й дезорганізації [22, с. 118]. Науковець зазначає, що через музичні ритми й гармонії особистість отримує можливість впорядкувати власні почуття, надати їм змісту й безпечно прожити ті емоції, які раніше були витіснені або заблоковані. Саме тому музикотерапія виявляється надзвичайно ефективною у роботі з травматичними спогадами, коли вербальне осмислення досвіду є утрудненим або болісним. Музика створює своєрідний «емоційний місток» між несвідомим і свідомістю, що дозволяє людині виразити те, що важко сказати словами. Таким чином, через слухове сприйняття та емоційну резонансність формується процес поступової інтеграції травматичного досвіду, що сприяє стабілізації психічного стану й відновленню внутрішньої гармонії.

Музикотерапія у системі психопрофілактики посттравматичного стресового розладу виконує дві ключові функції – попереджувальну та психокорекційну, які взаємодоповнюють одна одну та формують цілісний підхід до збереження психічного здоров'я військовослужбовців.

Попереджувальна функція спрямована на зниження рівня психоемоційної напруги, формування позитивних емоційних станів і підвищення стресостійкості. Як зазначає Н. Савельєва-Кулик, систематичне застосування музикотерапії сприяє зменшенню рівня гормону стресу – кортизолу, стабілізує артеріальний тиск, нормалізує серцевий ритм і відновлює баланс між симпатичним та парасимпатичним відділами нервової системи [59, с. 84].

Унаслідок цього активізуються природні механізми саморегуляції організму, знижується рівень тривожності, а загальний психофізіологічний стан військових покращується навіть за відсутності медикаментозної підтримки. Крім того, прослуховування спеціально підібраних музичних композицій підвищує рівень дофаміну й серотоніну, що позитивно впливає на настрій та мотиваційний компонент поведінки.

Психокорекційна функція музикотерапії полягає у цілеспрямованій роботі з уже сформованими симптомами ПТСР – нав'язливими спогадами, емоційною відчуженістю, порушеннями сну, гіпервозбудженням. Як підкреслює Г. Побережна, музика діє як м'який психічний стимулятор, що дозволяє безпечним шляхом торкатися травматичного досвіду, не провокуючи повторного емоційного зриву [53, с. 92]. Через ритмічну структуру й мелодійні образи відбувається поступова реконструкція травматичних спогадів, їх інтеграція у свідомість, а відтак – зменшення інтенсивності патологічних реакцій. Особливо ефективними вважаються методики рецептивної музикотерапії (пасивного слухання) для стабілізації емоційного стану та активної музикотерапії (вокалізація, гра на інструментах, ритмічні імпровізації), які забезпечують енергетичне розвантаження і повернення відчуття контролю над власним тілом та емоціями.

Науковці Р. Несен і В. Драганчук підкреслюють, що під час музичного впливу активізуються ділянки мозку, відповідальні за емоційну пам'ять і когнітивну інтеграцію, що сприяє відновленню гармонії між свідомими й несвідомими процесами [48, с. 64; 22, с. 120]. Таким чином, музика виступає нейропсихологічним інструментом, який відновлює здатність людини до рефлексії, усвідомлення й перетворення власних переживань.

Отже, у межах системи психопрофілактики ПТСР музикотерапія поєднує профілактичний і терапевтичний потенціал, діючи як немедикаментозний і гнучкий метод регуляції психоемоційних станів. Її застосування сприяє зниженню симптомів посттравматичних розладів й формуванню довготривалих навичок саморегуляції, що є запорукою психологічної стійкості військових.

Серед сучасних технологій виділяють кілька основних підходів до застосування музикотерапії при ПТСР:

1. Рецептивний (пасивний) – це цілеспрямоване прослуховування спеціально підібраних музичних композицій, які викликають стан розслаблення, внутрішнього спокою або навпаки – активізують життєві сили. Як зазначає Г. Батищева, правильно дібрана музика здатна стимулювати глибинні психоемоційні процеси, сприяти катарсису та зменшенню психічної напруги [11, с. 28]. У рецептивній формі терапії важливо враховувати індивідуальну чутливість до тембру, темпу, тональності й жанру музики, оскільки ці параметри впливають на характер емоційної реакції.

2. Активний – передбачає безпосередню участь особи у створенні музики. Це може бути вокалізація, гра на музичних інструментах, ритмічне супроводження або імпровізаційні вправи. Активна форма музикотерапії, за твердженням В. Драганчука, допомагає відновити порушену комунікацію між емоційною та когнітивною сферами, розвиває здатність до самовираження та зменшує відчуття внутрішньої ізоляції [21, с. 156]. Така діяльність створює умови для вивільнення пригнічених почуттів, підвищує самооцінку й повертає людині відчуття контролю над власними емоційними станами.

3. Інтегративний підхід – поєднує музику з іншими психотерапевтичними засобами (рухом, малюванням, візуалізацією або медитативними практиками). Як відзначає А. Демура, синестезійна взаємодія різних каналів сприйняття посилює терапевтичний ефект, адже дозволяє людині глибше зануритися у процес самопізнання та емоційного відновлення [19, с. 341]. Інтегративна музикотерапія часто використовується у груповій роботі, де взаємодія через ритм і звук формує атмосферу підтримки, емпатії та безпеки.

Особливе місце посідає поєднання музики з дихальними техніками, яке, на думку В. Калошина, суттєво підсилює терапевтичний ефект і сприяє швидшому відновленню психофізіологічного балансу [26, с. 9]. Поєднання глибокого дихання з музичним ритмом синхронізує роботу серцево-судинної, нервової та ендокринної систем, забезпечуючи природну гармонізацію

тілесного та емоційного стану. Такий підхід особливо ефективний у роботі з військовими, оскільки дозволяє не лише зняти напругу, а й розвинути навички саморегуляції, які залишаються корисними й у реальних бойових або стресових умовах.

За даними Р. Несен, під час музикотерапевтичного впливу активізується мезолімбічна система мозку – ключовий компонент емоційного центру людини, який відповідає за механізми задоволення та мотивації [49, с. 120]. У результаті цього підвищується рівень дофаміну та серотоніну – нейромедіаторів, що забезпечують формування позитивного емоційного фону, почуття радості й внутрішньої стабільності. Такий нейробіологічний ефект створює фізіологічну основу відчуття безпеки, що є надзвичайно важливим для військовослужбовців, які мають досвід психотравмуючих подій. Саме завдяки музичному впливу відбувається поступове зниження гіперактивації стресових систем організму, нормалізується робота вегетативної нервової системи, а психіка отримує можливість перейти від стану постійної напруги до внутрішнього спокою й емоційної рівноваги.

У сучасній військовій психології музикотерапія розглядається як важливий компонент комплексної системи психореабілітації, спрямованої на зниження рівня емоційної напруги, профілактику тривожних і депресивних розладів, а також на відновлення внутрішніх ресурсів особистості. Як підкреслюють В. Огоренко, Т. Шустерман, В. Ніколенко та В. Кокашинський, результати впровадження програм музикопрофілактики серед студентів-медиків у період воєнних дій в Україні підтвердили значне зменшення рівня стресу, тривожності та депресивності – у середньому на 42% [51, с. 60]. Цей ефект демонструє універсальність музикотерапевтичного впливу, адже він виявляється дієвим не тільки для осіб із клінічно вираженими симптомами ПТСР, а й у контексті первинної профілактики психоемоційного виснаження. Музика, виступаючи природним регулятором емоцій, створює умови для відновлення психологічної рівноваги, нормалізації фізіологічних реакцій організму та підвищення стійкості до дії стресових чинників.

У дослідженнях А. Зінченко та А. Демури музикотерапія трактується як багатовимірний психологічний феномен, що створює своєрідний міст між свідомими і несвідомими рівнями психіки, сприяючи м'якому й природному процесу емоційного «перепроживання» травматичного досвіду [25, с. 149]. Завдяки музичному впливу активізуються глибинні емоційні шари особистості, що дозволяє поступово трансформувати деструктивні переживання у конструктивні, не викликаючи внутрішнього опору чи повторної ретравматизації. Саме тому музикотерапія ефективно застосовується як у профілактичній роботі – для зниження рівня напруги і підтримці стійкості військовослужбовців, так і у психокорекційних програмах, спрямованих на подолання наслідків посттравматичного стресового розладу.

Згідно з результатами метааналізу, проведеного Y.-M. Ma, M.-D. Yuan і B.-L. Zhong, музикотерапія є однією з найефективніших немедикаментозних стратегій лікування ПТСР: у 76% випадків зафіксовано істотне зниження рівня тривожності, депресивності та симптомів гіпервозбудження [75, с. 158]. Дослідники зазначають, що систематичне використання музикотерапевтичних програм сприяє стабілізації емоційного стану, покращенню концентрації уваги й формуванню відчуття психологічної безпеки. Аналогічної думки дотримується N. Vaez, який підкреслює, що гармонійна структура музичних композицій впливає на синхронізацію серцево-дихальних ритмів, стимулює роботу префронтальної кори головного мозку та сприяє відновленню когнітивної гнучкості [84, с. 180]. У результаті підвищується толерантність до стресу, нормалізується психофізіологічний баланс і зменшується ризик формування хронічних стресових реакцій.

Практичні дослідження підтверджують високу ефективність групової музикотерапії як засобу психоемоційної стабілізації. Як зазначають A. Thorpe і S. Valentine, участь у колективному музикуванні сприяє значному зниженню рівня тривожності, формує відчуття згуртованості, взаємної підтримки та психологічної безпеки серед військовослужбовців [83, с. 14]. Механізм цього впливу пояснюється тим, що спільне створення музики активує процеси

соціальної взаємодії, стимулює вироблення окситоцину – гормону довіри, а також допомагає відновити здатність до емоційного співпереживання. Подібні результати отримали D. Parker, L. Younes, M. Orabi, S. Procter і M. Paulini у дослідженні, проведеному серед палестинських дітей-біженців: участь у музикотерапевтичних програмах сприяла зменшенню проявів ПТСР в середньому на 37%, покращенню сну і зниженню рівня агресивності [78, с. 71].

Музика в терапії військових має також культурно-психологічний вимір. Як наголошує Г. Побережна, музикотерапія є гуманістичним інструментом – способом повернути людину до себе через відчуття краси, гармонії та творчості [53, с. 90]. У цьому контексті вона стає формою духовної реабілітації, що поєднує мистецтво й психологію у спільному прагненні до зцілення.

Застосування музикотерапії у роботі з ветеранами ПТСР потребує дотримання певних принципів. По-перше, це індивідуалізація впливу – добір музичного матеріалу відповідно до особистих переваг, емоційного стану та культурного контексту. По-друге, етапність, що передбачає поступовий перехід від релаксаційних композицій до активних форм самовираження. І, по-третє, інтеграція з іншими методами, зокрема когнітивно-поведінковою терапією, арттерапією та майндфулнес-практиками.

Дослідниця Н. Ковальова наголошує, що музикотерапія не обмежується лише корекцією вже наявних емоційних розладів, а виконує й потужну превентивну функцію, спрямовану на зміцнення психологічної стійкості особистості [29, с. 4]. Її регулярне застосування формує здатність до саморегуляції, знижує рівень емоційного виснаження та запобігає розвитку професійного вигорання, особливо серед військових, медиків і рятувальників.

Отже, музикотерапія є інноваційною технологією психопрофілактики та психокорекції ПТСР, що поєднує науково обґрунтовані нейропсихологічні механізми, емоційний вплив музики та гуманістичну спрямованість на зцілення. Вона створює безпечний простір для відновлення цілісності особистості, сприяє регуляції емоційних процесів, покращенню соціальної адаптації та відновленню життєвої активності.

Висновки до першого розділу

У першому розділі було розглянуто теоретичні засади психопрофілактики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Проаналізовано ПТСР як складний багаторівневий феномен, що охоплює емоційні, когнітивні та поведінкові порушення. Наголошено, що у військовослужбовців розлад має специфічні особливості, пов'язані з бойовим досвідом, постійним відчуттям небезпеки та моральними дилемами війни. Встановлено, що основою розвитку ПТСР є порушення здатності психіки інтегрувати травматичний досвід, що призводить до дезорганізації емоційної сфери, втрати відчуття безпеки й формування станів тривоги, агресивності, емоційного виснаження та соціальної ізоляції.

Узагальнено сучасні підходи до психопрофілактики ПТСР у структурі системи психологічної допомоги військовослужбовцям. Визначено, що її головною метою є збереження психічного здоров'я, розвиток стресостійкості, формування навичок саморегуляції та попередження розвитку патологічних психічних реакцій. Психопрофілактика розглядається як багаторівнева система, що включає первинну, вторинну та післятравматичну профілактику, побудовану на принципах системності, превентивності, гуманізму, адаптивності та міждисциплінарної взаємодії.

Окрему увагу приділено музикотерапії як інноваційній технології психопрофілактики та психокорекції ПТСР. Обґрунтовано, що музика є потужним психоемоційним чинником, здатним впливати на когнітивні процеси, нормалізувати нейрофізіологічні функції та сприяти інтеграції травматичного досвіду без повторної ретравматизації. Показано, що музикотерапія поєднує профілактичний і терапевтичний потенціал, знижує рівень тривожності, депресивних станів і психоемоційної напруги, відновлює внутрішню гармонію та підвищує психологічну стійкість військовослужбовців. Таким чином, вона виступає ефективним інструментом у системі збереження ментального здоров'я військових, сприяючи їх адаптації, реінтеграції та підтриманню боєздатності.

РОЗДІЛ II

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ МУЗИКОТЕРАПІЇ ЯК ЗАСОБУ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Організація та методи емпіричного дослідження

У сучасних умовах повномасштабної війни психічне здоров'я військовослужбовців є ключовим чинником збереження боєздатності та ефективності Збройних Сил України. Постійний стрес, бойові втрати, фізичне виснаження та ізоляція підвищують ризик розвитку посттравматичного стресового розладу, що потребує цілеспрямованих профілактичних заходів. Музикотерапія, як науково обґрунтований психотерапевтичний метод, здатна знижувати рівень емоційної напруги, нормалізувати психофізіологічний стан і підвищувати адаптаційні ресурси військових. Саме тому емпіричне дослідження ефективності музикотерапії розглядається як важливий напрям сучасної військової психології, спрямований на вдосконалення системи психопрофілактики ПТСР та відновлення психологічної стійкості особового складу.

Мета дослідження – перевірити ефективність музикотерапії як засобу психопрофілактики ПТСР серед військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях, та визначити динаміку змін у рівні психоемоційної напруги, тривожності й адаптаційного потенціалу під впливом музикотерапевтичного втручання.

Завдання емпіричного дослідження:

- визначити вихідний рівень психоемоційного стану та проявів симптомів ПТСР у військовослужбовців;
- провести серію музикотерапевтичних занять, спрямованих на зниження емоційної напруги й відновлення внутрішньої рівноваги;
- оцінити зміни у психологічних показниках після впровадження програми;

– порівняти результати експериментальної та контрольної групи для підтвердження ефективності методу.

Дослідження проводилося на базі військової частини спеціального призначення у Запорізькому регіоні. У вибірку увійшли 30 військовослужбовців (100% чоловіки), які мають статус учасників бойових дій та досвід перебування у зоні активних бойових дій. Усі учасники перебувають на військовій службі з 2022 року, що дозволяє розглядати їх як групу з безпосереднім досвідом впливу бойового стресу. За віковими показниками: 60% становили військовослужбовці віком 30-40 років, 40% – старші 50 років. Більшість респондентів (80%) перебувають у шлюбі, що дало змогу врахувати роль соціальної підтримки у стабілізації психоемоційного стану. Приблизно 40% опитаних зазнали бойових поранень різного ступеня тяжкості, що також могло впливати на їх психологічну вразливість.

Відбір учасників здійснювався на добровільній основі з урахуванням принципів інформованої згоди, анонімності та недискримінації. Перед початком дослідження респонденти були ознайомлені з метою, методами та умовами проведення експерименту, після чого надали письмову згоду на участь. Дослідження відповідало етичним вимогам Української асоціації психологів і проводилося у присутності практичного психолога військової частини.

Емпіричне дослідження ґрунтувалося на принципі системності, гуманістичного підходу, наукової об'єктивності та інтеграції психотерапевтичних методів. Для досягнення мети було використано як кількісні, так і якісні методи аналізу, що дозволило комплексно оцінити вплив музикотерапії на психічний стан учасників.

Організація емпіричного дослідження ефективності музикотерапії як засобу психопрофілактики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців охоплювала три послідовні етапи: констатувальний, формувальний та контрольний. Така структура забезпечила логічну послідовність процедур, наукову обґрунтованість отриманих результатів і

можливість виявлення реальних змін у психоемоційному стані учасників під впливом музикотерапевтичного втручання.

Констатувальний етап був спрямований на визначення вихідного рівня психоемоційної напруги, тривожності, емоційного виснаження та інших симптомів ПТСР у військовослужбовців. На цьому етапі здійснювалася первинна психодіагностика, що дозволила комплексно оцінити інтенсивність стресових реакцій, рівень адаптаційних можливостей та ступінь психологічної стійкості учасників. Для цього було підібрано та адаптовано психодіагностичні методики, валідні для умов військової служби. Дослідження проводилося індивідуально, у присутності практичного психолога військової частини, з дотриманням принципів конфіденційності, добровільності та психологічної безпеки. Важливу увагу приділено створенню спокійної атмосфери, що мінімізувала вплив зовнішніх подразників і сприяла щирості відповідей респондентів. Отримані результати стали базовою точкою відліку для подальшого аналізу ефективності музикотерапевтичної програми та оцінки динаміки змін у психоемоційному стані військовослужбовців.

Завдання констатувального етапу:

- визначити вихідні рівні тривожності, емоційного виснаження та психоемоційної напруги;
- оцінити рівень адаптаційних ресурсів і психологічної стійкості;
- зафіксувати індивідуальні особливості реакцій на стресові фактори бойового досвіду;
- сформувати емпіричну базу для подальшого порівняння результатів до і після впровадження музикотерапії.

Формувальний етап був спрямований на реалізацію чотиритижневої програми музикотерапії, розробленої для профілактики проявів ПТСР у військовослужбовців. Програма передбачала проведення двох групових занять щонеділі, тривалістю по 60 хвилин кожне, що дозволяло забезпечити системність і ритмічність терапевтичного впливу без перевантаження учасників. Упродовж занять поєднувалися рецептивні (прослуховування

спеціально підібраних музичних композицій із релаксаційним, катарсичним і стимулюючим ефектом) та активні методики (імпрровізаційне музикування, вокальні імпрровізації, ритмічні вправи, дихальні техніки під музичний супровід). Робота відбувалася у невеликих групах по 10 осіб, що сприяло створенню емоційно безпечної атмосфери, розвитку почуття довіри й підтримки між учасниками.

Музичний матеріал добирався з урахуванням психологічного стану військовослужбовців: перевага надавалася композиціям із чіткою ритмічною структурою, гармонійною мелодією та стабільним темпом, які сприяли відновленню внутрішнього балансу, зниженню напруги й нормалізації дихання. Під час занять застосовувалися елементи дихальної релаксації, короткі вправи на саморегуляцію та вербалізацію емоцій після прослуховування музики, що забезпечувало комплексний психотерапевтичний ефект.

Завдання формувального етапу:

- упровадити чотиритижневу програму музикотерапії з використанням активних і рецептивних технік;
- забезпечити регулярність і послідовність впливу для стабілізації емоційного стану;
- створити умови для емоційного розвантаження та самовираження учасників;
- знизити рівень психоемоційної напруги й тривожності;
- сприяти розвитку групової підтримки й почуття безпеки;
- покращити якість сну та емоційного відновлення військовослужбовців;
- підготувати учасників до подальшого оцінювання динаміки показників після завершення програми на контрольному етапі.

Контрольний етап був спрямований на оцінювання результативності чотиритижневої програми музикотерапії та підтвердження її ефективності як засобу психопрофілактики ПТСР у військовослужбовців. Після завершення циклу занять проведено повторне психодіагностичне обстеження з використанням того самого набору методик, що застосовувався на

констатувальному етапі. Це дозволило здійснити порівняння динаміки змін у ключових психологічних показниках – рівні тривожності, емоційної стабільності, стресостійкості, самооцінки та здатності до саморегуляції.

Порівняльний аналіз даних «до» та «після» музикотерапевтичного втручання показав статистично значущі позитивні зміни: зниження рівня емоційного виснаження й напруження, покращення показників адаптаційного потенціалу та гармонізацію емоційного стану. Військовослужбовці відзначали підвищення якості сну, покращення концентрації, зменшення тривожності й відчуття внутрішнього спокою. Такі результати свідчать про стійкий терапевтичний ефект музикотерапії та її потенціал у системі психологічної реабілітації військових.

Завдання контрольного етапу:

- провести повторне діагностичне обстеження за тими ж методиками для оцінювання ефекту музикотерапії;
- здійснити порівняння результатів констатувального й контрольного етапів;
- виявити динаміку змін у рівні тривожності, емоційної стабільності та адаптаційних ресурсів;
- оцінити ефективність програми як засобу психопрофілактики ПТСР;
- підготувати узагальнені висновки та рекомендації щодо впровадження музикотерапії у практику психологічного супроводу військовослужбовців.

Таким чином, контрольний етап підтвердив ефективність музикотерапії у зниженні симптомів ПТСР та створив наукову основу для її системного застосування у програмах психологічної підтримки військових.

Для досягнення мети дослідження та розв'язання поставлених завдань було застосовано комплекс валідних психодіагностичних методик, підібраних із урахуванням їхньої надійності, репрезентативності для військової вибірки та здатності виявляти основні компоненти ПТСР, тривожності, депресивних станів і рівня психофізіологічної стабільності. Деталізований опис застосованих методик подано у табл. 2.1.

Таблиця 2.1 – Діагностичний інструментарій емпіричного дослідження

№	Методика	Характеристика
1	Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)	Розроблена Т. Кеапе для оцінки рівня ПТСР у військовослужбовців, що брали участь у бойових діях. Містить 35 тверджень, які відображають емоційні, поведінкові й когнітивні симптоми травматичного досвіду. Дозволяє визначити рівень дезадаптації і вираженості посттравматичних реакцій.
2	Шкала самооцінки PCL-M (військовий варіант)	Використовується для оцінювання частоти й інтенсивності симптомів ПТСР за 17 пунктами, що відповідають критеріям DSM. Дозволяє виявити характер постстресових реакцій і визначити рівень клінічно значущих проявів.
3	Шкала депресії Бека (BDI)	Дає кількісну оцінку рівня депресивних проявів. Містить 21 групу тверджень, які охоплюють когнітивно-афективні та соматичні симптоми. Використовується для виявлення ступеня емоційного виснаження, песимізму та втрати мотивації.
4	Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI)	Дає змогу диференціювати ситуативну та особистісну тривожність. Складається з 40 тверджень і дозволяє виявити як поточний рівень напруженості, так і стійкі тривожні тенденції особистості.
5	Шкала самооцінки психофізіологічного стану О. Кокуна	Спрямована на вимірювання суб'єктивного самопочуття, працездатності і впевненості у власних силах. Використовується для оцінки адаптаційних можливостей і психофізіологічного балансу.

Застосування зазначеного комплексу методик дало змогу всебічно оцінити психоемоційний стан військовослужбовців, зафіксувати вихідні показники та простежити позитивну динаміку змін після впровадження музикотерапевтичної програми. Отримані результати оброблялися методами описової статистики (середні значення, відхилення), що забезпечило достовірність і обґрунтованість висновків.

Таким чином, організація емпіричного дослідження передбачала поєднання наукової об'єктивності та етичної чутливості до досвіду військовослужбовців, а використання комплексу валідних психодіагностичних

методик дозволило отримати репрезентативні дані для подальшого аналізу ефективності музикотерапії як засобу психопрофілактики ПТСР.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Після відбору та апробації комплексу психодіагностичних методик нами було розпочато основний етап дослідження, спрямований на виявлення рівня посттравматичних реакцій серед військовослужбовців. Перед початком тестування учасникам детально роз'яснювалися мета та умови проведення обстеження, наголошувалося на добровільності участі, конфіденційності отриманих результатів і можливості припинити участь у будь-який момент без негативних наслідків. Знайомство з процедурою дослідження відбувалося у формі короткої бесіди, що допомагало зняти емоційну напругу, сформулювати довіру та налаштувати учасників на відверті відповіді.

На першому етапі емпіричної роботи нами було застосовано Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), розроблену Т. Кеапе. Дана методика дозволяє оцінити інтенсивність емоційних, поведінкових і когнітивних симптомів, пов'язаних із бойовим досвідом, а також визначити рівень психологічної дезадаптації. Обстеження проводилося індивідуально, у присутності практичного психолога військової частини, в умовах, що забезпечували емоційну безпеку та зосередженість респондентів. Кожен військовослужбовець послідовно відповідав на 35 тверджень за п'ятибальною шкалою, відзначаючи ступінь згоди з кожним із них.

Результати первинного обстеження показали наявність виражених проявів ПТСР у значної частини учасників. Середній показник за Міссісіпською шкалою у досліджуваній групі становив 96,2 бала, що перевищує нормативні межі для військовослужбовців без клінічних проявів ПТСР ($70,18 \pm 11,76$ за даними Н. Тарабріної). Це свідчить про наявність симптомів психоемоційної дестабілізації, труднощів адаптації, підвищеної тривожності, частих нав'язливих спогадів про бойові події, емоційного оціпеніння та порушень сну. Підвищені показники також вказують на

тенденцію до емоційного виснаження, дратівливості та соціальної ізоляції. Зведені дані діагностики рівня ПТСР у військовослужбовців подано в табл. 2.2.

Таблиця 2.2 – Рівень посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою (до впровадження музикотерапії)

№ п/п	Діапазон балів	Характеристика стану	Кількість осіб	% від вибірки
1	до 75	Добра адаптованість, відсутність клінічних проявів ПТСР	5	16,7
2	76-85	Психічна напруга, окремі постстресові симптоми	8	26,6
3	86-115	Ознаки психічних розладів, підвищений ризик ПТСР	11	36,7
4	понад 116	Виражені симптоми ПТСР	6	20,0
Разом			30	100,0

Як видно з табл. 2.2, понад половина військовослужбовців (56,7%) продемонстрували високі або критичні показники за Міссісіпською шкалою ПТСР, що свідчить про суттєве психоемоційне навантаження, спричинене бойовим досвідом і тривалою дією стресових чинників. Цей результат узгоджується з клінічними спостереженнями, згідно з якими більшість учасників бойових дій зіштовхуються з труднощами емоційної регуляції, підвищеною збудливістю, порушенням сну та схильністю до нав'язливих спогадів. Лише 16,7% респондентів засвідчили задовільний рівень адаптації, який можна вважати ознакою наявності внутрішніх ресурсів, психологічної стійкості й сформованих навичок подолання стресу.

Аналіз структури відповідей засвідчив, що найвищі показники фіксувалися за пунктами, пов'язаними із нічними кошмарами, флешбеками, емоційним оціпенінням, почуттям провини за загиблих побратимів та раптовими спалахами гніву або тривоги. Це свідчить про наявність у більшості опитаних ознак хронічної психоемоційної напруги, що супроводжується постійною мобілізацією нервової системи, порушенням циклів сну й відпочинку та поступовим виснаженням адаптаційних механізмів. Такі стани є

типовими для осіб, які тривалий час перебували в умовах бойового стресу без належної психологічної розрядки чи підтримки.

Водночас у частини військовослужбовців (приблизно 20%) виявлено компенсаторні тенденції – здатність до контролю емоцій, підтримання соціальних контактів, прагнення до саморегуляції та збереження внутрішньої рівноваги навіть за умов психічного перевантаження. Це вказує на наявність адаптаційного потенціалу, який може бути посилений у процесі психологічної роботи. Саме ця категорія учасників становить найбільш сприятливу групу для впровадження профілактичних програм, спрямованих на стабілізацію емоційного стану.

Отже, результати первинної діагностики засвідчили не лише наявність симптомів посттравматичного стресового розладу, а й різний рівень індивідуальної стійкості серед військовослужбовців.

На другому етапі емпіричного дослідження для поглибленого аналізу особливостей прояву посттравматичних симптомів у військовослужбовців нами було використано шкалу самооцінки PCL-M (військовий варіант), яка дозволяє оцінити інтенсивність і частоту основних симптомів ПТСР відповідно до критеріїв DSM. Методика передбачає самооцінювання 17 тверджень, що відображають три ключові кластери симптомів: повторне переживання травматичних подій, уникнення подразників, пов'язаних із травмою, та підвищену збудливість. Перед початком опитування респондентам були надані докладні інструкції щодо заповнення опитувальника, пояснено значення кожного пункту й підкреслено важливість чесності та усвідомленості відповідей. Дослідження проводилося індивідуально, у комфортних умовах, щоб мінімізувати вплив зовнішніх факторів і забезпечити психологічну безпеку.

Обробка результатів здійснювалася шляхом підрахунку сумарного балу, який міг варіювати від 17 до 85 пунктів. Згідно з інтерпретаційною шкалою, результат у 50 балів і вище свідчить про високу ймовірність наявності посттравматичного стресового розладу, тоді як показники нижчі за 50 балів

можуть відображати помірні або латентні постстресові прояви, що не досягають клінічного рівня.

У ході дослідження середній показник за шкалою PCL-M у вибірці військовослужбовців склав 58,4 бала, що свідчить про наявність помірно виражених симптомів ПТСР, таких як тривожність, порушення сну, емоційне відчуження та періодичні спалахи дратівливості. Отримані результати підтверджують дані Міссісіпської шкали, фіксуючи схожу тенденцію до емоційної нестабільності та зниження адаптаційних можливостей у більшості досліджуваних. Зведені дані за результатами опитування наведено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3 – Розподіл військовослужбовців за рівнем вираженості симптомів ПТСР за шкалою PCL-M (до впровадження музикотерапії)

№ п/п	Діапазон балів	Характеристика стану	Кількість осіб	% від вибірки
1	до 34	Нормальний рівень адаптації, відсутність клінічних симптомів ПТСР	4	13,3
2	35-49	Помірні постстресові реакції, окремі симптоми емоційної напруги	9	30,0
3	50-65	Виражені симптоми ПТСР, потреба у психокорекційній допомозі	12	40,0
4	понад 65	Стійкі посттравматичні прояви, високий ризик дезадаптації	5	16,7
Разом			30	100,0

Як показано у табл. 2.3, понад половина військовослужбовців (56,7%) продемонстрували показники, що перевищують граничну межу у 50 балів, тобто мають клінічно значущі симптоми посттравматичного стресового розладу. Найбільш вираженими були реакції повторного переживання травми (нав'язливі спогади, флешбеки, кошмари) та уникнення – прагнення дистанціюватися від будь-яких нагадувань про бойові події, у тому числі через емоційне відчуження або замикання в собі.

Підвищені значення також спостерігалися за пунктами, що відображають гіпервозбудження, тобто постійне очікування небезпеки, напруження, труднощі з концентрацією уваги та раптові спалахи гніву. Це вказує на наявність у багатьох респондентів стану перманентної готовності до загрози, що підтримується навіть поза умовами бойових дій. Подібні реакції характерні для «бойового типу» стресової адаптації, коли психіка залишається у стані підвищеної тривоги навіть у мирному середовищі.

Разом із тим близько 43,3% військовослужбовців продемонстрували задовільні або помірні показники, що може свідчити про наявність внутрішніх ресурсів і відносно стабільний рівень саморегуляції. Для цієї категорії осіб особливо важливими є профілактичні втручання, спрямовані на збереження вже наявної психоемоційної рівноваги та запобігання подальшому розвитку постстресових симптомів.

Загалом результати опитування за шкалою PCL-M підтвердили тенденцію, виявлену під час оцінювання за Міссісіпською шкалою: більшість військовослужбовців перебувають у стані психоемоційного напруження, що поєднує ознаки тривожності, гіпервозбудження та емоційного виснаження. Водночас збережений у частини учасників адаптаційний потенціал свідчить про можливість позитивних змін під впливом цілеспрямованої психокорекційної програми.

На третьому етапі дослідження з метою уточнення емоційних порушень, супутніх посттравматичним симптомам, було застосовано шкалу депресії Бека (BDI), спрямовану на вимірювання інтенсивності депресивних проявів серед військовослужбовців. Методика дає змогу комплексно оцінити когнітивно-афективні та соматичні аспекти депресії, виявити рівень внутрішньої напруги, втрату мотивації, зміни у поведінці та самосприйнятті особистості.

Дослідження проводилося в індивідуальній формі у спеціально відведеному приміщенні, що забезпечувало психологічний комфорт і конфіденційність. Учасникам було надано інструкцію, згідно з якою необхідно вибрати одне твердження в межах кожної групи, що найточніше відображає

їхній поточний емоційний стан. Такий формат дозволив уникнути соціально бажаних відповідей і зафіксувати реальний рівень емоційного виснаження.

Результати оцінювання узагальнено в табл. 2.4.

Таблиця 2.4 – Рівень вираженості депресії за шкалою Бека (до впровадження музикотерапії)

№ п/п	Діапазон балів	Рівень депресії	Кількість осіб	% від вибірки
1	0-4	Депресія відсутня	6	20,0
2	5-7	Легкий ступінь депресії	8	26,7
3	8-15	Середній ступінь депресії	10	33,3
4	16 і більше	Високий рівень депресії	6	20,0
Разом			30	100,0

Отримані результати свідчать, що понад половина учасників (53,3%) продемонструвала наявність середнього або високого рівня депресивних проявів. Це вказує на поширеність емоційного виснаження, почуття безнадійності, зниження життєвої енергії та труднощів у саморегуляції. Водночас 20% військовослужбовців мали задовільний психоемоційний стан, що може свідчити про сформовані копінг-стратегії та здатність до подолання психологічного напруження.

Детальний аналіз показав, що найвищі оцінки фіксувалися за пунктами, пов'язаними з відчуттям провини, втратами інтересу до повсякденної діяльності, труднощами прийняття рішень та порушеннями сну. Це корелює з результатами за шкалами Міссісіпі та PCL-M, підкреслюючи комплексний характер психічних наслідків бойового стресу. Виявлено також, що соматичні прояви (втома, безсоння, зниження апетиту) тісно поєднуються з когнітивно-афективними симптомами, формуючи загальну картину емоційного виснаження.

Узагальнення результатів трьох діагностичних методик засвідчило, що більшість військовослужбовців мають ознаки посттравматичних розладів у поєднанні з депресивними тенденціями різного ступеня вираженості. Це

підтвердило потребу у впровадженні комплексної психокорекційної програми, спрямованої на зниження емоційного напруження, нормалізацію сну, стабілізацію афективної сфери та відновлення внутрішніх ресурсів адаптації.

На четвертому етапі емпіричного дослідження було застосовано шкалу тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI), яка спрямована на виявлення як актуального емоційного стану, що виникає у відповідь на конкретну ситуацію, так і загальної схильності до переживання тривоги як стабільної індивідуальної риси.

Дослідження проводилося індивідуально, в умовах, що забезпечували конфіденційність і комфорт. Перед тестуванням респондентам було роз'яснено мету та принципи роботи зі шкалою, наголошено на відсутності «правильних» чи «неправильних» відповідей і важливості щирості при виборі варіантів. Для оцінювання використовувалися дві підшкали: ситуативна тривожність, яка відображає поточний емоційний стан, та особистісна тривожність, що характеризує сталі психологічні тенденції. Узагальнені результати за шкалою STAI подано на рис. 2.1.

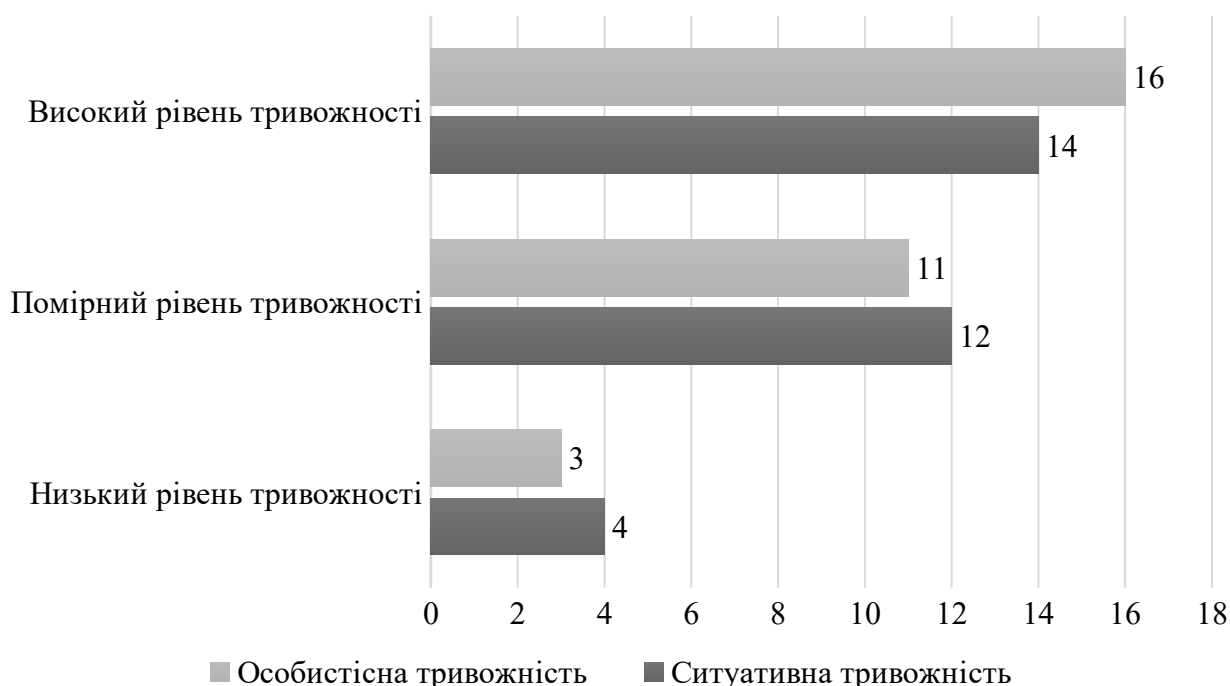


Рис. 2.1 – Рівень ситуативної та особистісної тривожності військовослужбовців за шкалою STAI (до впровадження музикотерапії)

Отримані результати свідчать, що високий рівень ситуативної тривожності спостерігався у 46,7% (14 осіб) військовослужбовців, тоді як високий рівень особистісної тривожності було зафіксовано у 53,3% (16 осіб). Така тенденція свідчить про значне емоційне напруження, підвищену чутливість до стресових подразників та нестійкість внутрішнього стану. Вона відображає вплив тривалого перебування у бойових умовах, що супроводжується високим рівнем невизначеності, постійною небезпекою та відсутністю відновлювального ресурсу. Психологічно така ситуація формує у військових стійке відчуття тривоги, напруженості й очікування потенційної загрози навіть у безпечному середовищі, що зумовлює перманентну мобілізацію нервової системи.

Підвищені значення за шкалою ситуативної тривожності вказують на часті епізоди емоційного збудження, відчуття внутрішнього неспокою, тривожного очікування та психофізіологічної напруги. Такі стани, як правило, супроводжуються труднощами у концентрації уваги, нестабільністю настрою, посиленою реакцією на незначні подразники та схильністю до імпульсивних дій. Це узгоджується з даними клінічної психології, згідно з якими бойовий досвід часто призводить до формування «гіпертривожного» типу реагування, коли навіть нейтральні стимули сприймаються як потенційно загрозливі.

Високі показники особистісної тривожності засвідчують наявність закріпленої емоційної чутливості та схильності до надмірного хвилювання навіть у повсякденних або нейтральних ситуаціях. Це вказує на внутрішню напруженість, невпевненість у власних силах, надмірне самоконтролювання та очікування негативного розвитку подій. Такий емоційний фон, будучи стабільною характеристикою особистості, обумовлює зниження адаптивних можливостей і потребує довготривалої психологічної підтримки, спрямованої на відновлення внутрішнього балансу та формування конструктивних механізмів саморегуляції.

Водночас приблизно 40% (12 осіб) учасників показали помірний рівень тривожності, який можна розглядати як адаптивну форму емоційного реагування. Для цієї групи характерним є стан підвищеної пильності, уважності та обережності без переходу в патологічну фазу тривоги. Помірна тривожність, як підкреслюють фахівці, може відігравати стимулюючу роль, сприяючи мобілізації внутрішніх ресурсів і відповідальному ставленню до виконання службових обов'язків. Натомість у 10-13% (3-4 осіб) респондентів зафіксовано низький рівень тривожності, що може свідчити як про високу емоційну стійкість і здатність контролювати афекти, так і про можливе емоційне виснаження або апатичний стан, характерний для осіб після тривалих психотравмуючих впливів.

Узагальнення результатів показало, що у вибірці військовослужбовців переважають високі показники особистісної тривожності, які поєднуються із вираженою ситуативною напругою. Це свідчить про хронічне емоційне перевантаження, зумовлене умовами бойової діяльності, відсутністю відновлення енергетичних і психологічних ресурсів, а також зниженням здатності до саморегуляції. Такий стан часто супроводжується соматичними проявами (порушення сну, втомлюваність, головний біль, серцебиття) і призводить до зниження ефективності службової діяльності.

Отже, результати діагностики за шкалою Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна підтвердили загальну тенденцію, виявлену в попередніх методиках: більшість військовослужбовців перебувають у стані підвищеної емоційної напруженості, тривожності та депресивних переживань. Це створює об'єктивну необхідність цілеспрямованого психологічного втручання, спрямованого на зниження рівня тривожності, стабілізацію емоційного стану та розвиток стресостійкості.

На завершальному етапі емпіричного дослідження з метою всебічного аналізу психоемоційного та функціонального стану військовослужбовців була застосована «Шкала самооцінки психофізіологічного стану» О. Кокуна. Дана методика є дієвим інструментом для комплексної оцінки поточного

самопочуття, рівня активності, настрою, працездатності, упевненості у власних силах, а також ставлення до військової діяльності в умовах бойових дій.

Дослідження проводилося індивідуально, у спокійній обстановці, що забезпечувала комфорт і психологічну безпеку респондентів. Перед початком опитування кожному учаснику було детально роз'яснено мету, принципи та порядок заповнення шкал. Особлива увага приділялася підкресленню важливості щирості та точності самооцінки, адже методика спрямована на фіксацію саме внутрішнього відчуття стану, а не його зовнішніх проявів.

Респондентам пропонувалося оцінити сім показників психофізіологічного стану: самопочуття, активність, настрій, працездатність, зацікавленість участю у війні, бажання виконувати завдання в зоні бойових дій та впевненість у своїх силах. Оцінювання здійснювалося за допомогою неградуйованих шкал довжиною 100 мм, на яких учасник ставив вертикальну риску, що відповідала його суб'єктивній оцінці стану – від мінімального (1 мм) до максимального (100 мм) прояву певної характеристики. Обробка результатів полягала у вимірюванні відстані від лівого краю шкали до позначеного респондентом місця. Отримані значення переводилися в умовні бали, після чого визначався рівень. Для подальшого аналізу було обчислено середні показники за кожною шкалою, результати яких подано в табл. 2.5.

Таблиця 2.5 – Рівень психофізіологічного стану військовослужбовців за методикою О. Кокуна (до впровадження музикотерапії)

№ п/п	Показник психофізіологічного стану	Середній бал (0-100)	Характеристика рівня	% осіб із низьким/нижче середнього рівнем
1	Самопочуття	47,8	Середній	43,3
2	Активність	44,5	Середній	46,7
3	Настрій	41,2	Середній/нижче середнього	50,0
4	Працездатність	39,6	Нижче середнього	53,3
5	Зацікавленість участю	32,4	Низький	63,3

	у війні			
6	Бажання виконувати завдання в зоні бойових дій	34,8	Нижче середнього	56,7
7	Впевненість у своїх силах	45,9	Середній	40,0

Як видно з табл. 2.5, загальний рівень психофізіологічного стану військовослужбовців перебуває в межах середніх або нижче середніх показників. Найнижчі оцінки зафіксовано за шкалами «зацікавленість участю у війні» (32,4 бала) та «бажання виконувати завдання в зоні бойових дій» (34,8 бала). Це може свідчити про емоційне виснаження, втрату мотивації та зниження смислового залучення до бойової діяльності. Подібні результати типові для осіб, які тривалий час перебувають у зоні підвищеного ризику й не мають змоги здійснити психологічне «розвантаження».

Показники за шкалами самопочуття (47,8 бала) та активності (44,5 бала) свідчать про середній рівень фізіологічного ресурсу, який підтримується завдяки внутрішнім адаптаційним можливостям організму. Проте значна частина учасників (понад 40%) демонструє стан втоми, апатії або зниження життєвого тону. Водночас за параметром «впевненість у своїх силах» (45,9 бала) простежується відносна стабільність, що свідчить про наявність базових механізмів психологічного самозахисту та бажання зберегти контроль над ситуацією.

Дещо нижчі результати за показником «працездатність» (39,6 бала) можуть пояснюватися не лише фізичною перевтомою, а й зниженням когнітивної концентрації, що супроводжує стан хронічної тривоги або депресії. Така тенденція співвідноситься з попередніми результатами за шкалами Бека та Спілбергера – Ханіна, де було виявлено підвищений рівень тривожності й депресивних симптомів.

Загалом результати свідчать про переважання середнього рівня психофізіологічного функціонування з окремими зонами ризику, пов'язаними з емоційним вигоранням, втратою мотивації та зниженням енергетичного

потенціалу. Це вказує на необхідність проведення психопрофілактичних і психокорекційних заходів, спрямованих на стабілізацію настрою, відновлення внутрішніх ресурсів і підвищення життєвого тону військовослужбовців. Отже, результати п'ятого етапу емпіричного дослідження узгоджуються з попередніми даними, отриманими за іншими психодіагностичними методиками, і підтверджують наявність у вибірці комплексних проявів психоемоційної напруги, тривожності, депресивних тенденцій і зниження психофізіологічної активності.

Таким чином, за результатами констатувального етапу дослідження встановлено, що значна частина військовослужбовців перебуває у стані вираженого психоемоційного напруження, має симптоми посттравматичного стресового розладу різного ступеня вираженості, підвищений рівень тривожності та депресивних тенденцій. Дані, отримані за всіма використаними методиками, узгоджуються між собою, формуючи цілісну картину психоемоційного стану вибірки. Зокрема, понад половина респондентів продемонструвала клінічно значущі показники ПТСР, близько 53% – середній і високий рівень депресії, а майже половина – високий рівень ситуативної та особистісної тривожності. Це свідчить про системне порушення емоційного балансу, зниження адаптивних механізмів і наявність хронічного виснаження.

Аналіз результатів показав, що більшість військовослужбовців мають нав'язливі спогади, безсоння, дратівливість, апатію, почуття провини та зниження мотивації, що супроводжується фізичною втомою, порушеннями сну й труднощами концентрації. Дані шкали О. Кокуна підтвердили тенденцію до психофізіологічного виснаження, втрати зацікавленості у службі та зниження впевненості у власних силах. Водночас у близько чверті учасників (20-25%) зберігаються компенсаторні ресурси – самоконтроль, емоційна стабільність і соціальна активність, що свідчить про потенціал до відновлення.

Отже, констатувальний етап дослідження засвідчив наявність у військовослужбовців виражених ознак ПТСР, емоційного виснаження та зниження психофізіологічної активності. Отримані результати підтвердили

потребу у цілеспрямованому психокорекційному впливі, спрямованому на стабілізацію емоційного стану, відновлення життєвого тону та розвиток стресостійкості. На цій основі сформовано теоретико-емпіричну базу для впровадження музикотерапевтичної програми, орієнтованої на зниження симптомів ПТСР і зміцнення адаптаційних ресурсів військових.

Висновки до другого розділу

У другому розділі емпірично підтверджено доцільність застосування музикотерапії в системі психологічної підтримки військових, які зазнали впливу бойового стресу.

Розкрито організацію та методологію проведення емпіричного дослідження. Визначено мету, завдання, етапи та структуру вибірки, яка включала 30 військовослужбовців – учасників бойових дій у Запорізькому регіоні. Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів добровільності, анонімності та психологічної безпеки. Описано три етапи експерименту – констатувальний, формувальний і контрольний, що дозволили комплексно оцінити зміни у психоемоційному стані військових під впливом музикотерапії. Використання валідних психодіагностичних методик (Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій, шкала самооцінки симптомів ПТСР PCL-M, шкала депресії Бека, шкала тривожності Спілбергера-Ханіна та шкала самооцінки психофізіологічного стану О. Кокуна) забезпечило наукову обґрунтованість отриманих результатів.

Встановлено, що понад половина респондентів мали клінічно значущі прояви ПТСР, підвищений рівень ситуативної та особистісної тривожності, а також виражені депресивні тенденції, які супроводжувалися емоційною втомою, безсонням, дратівливістю та зниженням мотивації до службової діяльності. Результати, отримані за всіма психодіагностичними методиками, узгоджено підтвердили наявність комплексного психоемоційного виснаження та зниження адаптаційних можливостей. Водночас близько чверті учасників продемонстрували збереження компенсаторних ресурсів – самоконтролю,

емоційної стабільності, соціальної активності та внутрішньої мотивації, що свідчить про потенціал до відновлення психофізіологічної рівноваги. Отримані дані стали основою для подальшої розробки музикотерапевтичної програми, спрямованої на стабілізацію психоемоційного стану військовослужбовців і профілактику симптомів ПТСР.

РОЗДІЛ III

МУЗИКОТЕРАПЕВТИЧНА ПРОГРАМА ЯК ЗАСІБ ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1 Розробка та обґрунтування необхідності і доцільності використання музикотерапевтичної програми у роботі з військовослужбовцями

Аналіз результатів емпіричного дослідження, проведеного серед військовослужбовців, засвідчив наявність стійких психоемоційних порушень, характерних для посттравматичного стресового розладу. У більшості учасників зафіксовано високий рівень тривожності, депресивні тенденції, емоційне виснаження та зниження психофізіологічної активності. Частина військових повідомляла про труднощі концентрації уваги, безсоння, дратівливість, апатію та втрату мотивації до службової діяльності. Такі прояви свідчать про хронічний стрес і порушення процесів емоційної саморегуляції. Водночас у частини респондентів зберігаються компенсаторні ресурси – самоконтроль, емоційна стабільність, соціальна активність, що вказує на потенціал до психологічного відновлення. Виявлені проблеми підтверджують необхідність створення науково обґрунтованої програми психокорекції, спрямованої на стабілізацію емоційного стану та розвиток адаптаційних механізмів.

Необхідність розробки музикотерапевтичної програми зумовлена тим, що традиційні методи психологічної допомоги у військових умовах не завжди враховують особливості сприйняття звуку, ритму та музичної гармонії як природних механізмів впливу на емоційну сферу людини. Музика здатна

викликати катарсичні переживання, знижувати рівень психічного напруження, активізувати позитивні емоції та сприяти формуванню внутрішнього відчуття спокою. Наукові дослідження підтверджують, що музикотерапія має виражений регуляторний вплив на центральну нервову систему, покращує показники серцево-судинної діяльності, знижує рівень кортизолу, підвищує концентрацію серотоніну та дофаміну – нейромедіаторів, що відповідають за відчуття задоволення й емоційного балансу. Отже, музикотерапія може розглядатися як ефективний метод психопрофілактики ПТСР і відновлення психологічної рівноваги у військовослужбовців.

З огляду на результати емпіричного дослідження було розроблено музикотерапевтичну програму «Гармонія відновлення», спрямовану на зниження проявів тривожності, нормалізацію емоційного стану та активізацію внутрішніх ресурсів саморегуляції у військовослужбовців. Програма тривала чотири тижні і передбачала вісім групових занять тривалістю по 60 хвилин, що поєднували рецептивні (прослуховування музичних композицій) та активні (вокальні, ритмічні, імпровізаційні) форми роботи. Музичний матеріал підбирався з урахуванням емоційного стану учасників – використовувалися твори з вираженою гармонічною структурою, плавним темпом і терапевтичним ритмом.

Мета програми – забезпечення психоемоційної стабілізації військовослужбовців шляхом використання засобів музичного впливу для профілактики та зменшення симптомів ПТСР.

Основні завдання програми:

- зниження рівня емоційної напруги, тривожності та дратівливості;
- покращення якості сну, концентрації уваги й загального самопочуття;
- формування навичок емоційної саморегуляції та контролю;
- розвиток позитивного мислення й підвищення життєвого тону;
- стимулювання міжособистісної взаємодії, почуття підтримки та довіри в групі;
- активізація внутрішніх ресурсів адаптації та стресостійкості.

Для досягнення поставленої мети та реалізації вищенаведених завдань музикотерапевтичної програма «Гармонія відновлення» базується на системі принципів, що відображають психологічні особливості військової служби, потреби військовослужбовців і науково обґрунтовані підходи до психопрофілактики посттравматичних станів (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – Принципи музикотерапевтичної програми «Гармонія відновлення»

№	Принципи	Характеристика
1	Наукова обґрунтованість і доказовість	Програма спирається на сучасні дослідження в галузі військової психології, психофізіології та музикотерапії. Вона передбачає використання методів, ефективність яких підтверджено емпіричними даними й клінічними спостереженнями.
2	Комплексність впливу	Забезпечує гармонійний вплив на когнітивну, емоційну, поведінкову та соматичну сфери особистості військовослужбовця, сприяючи відновленню психофізіологічного балансу.
3	Добровільність і етичність	Передбачає свідоме залучення учасників, дотримання принципів конфіденційності, психологічної безпеки та взаємоповаги, що створює атмосферу довіри й прийняття.
4	Практична спрямованість	Орієнтується на реальні потреби військовослужбовців, сприяє відновленню працездатності, концентрації уваги, емоційної стабільності й навичок саморегуляції, необхідних у бойових умовах.
5	Ресурсність і відновлення	Спрямована на активізацію внутрішніх резервів організму, розвиток позитивного мислення, підвищення стресостійкості та формування здатності до самопідтримки в екстремальних умовах.
6	Індивідуалізація впливу	Враховує рівень психоемоційного стану, особистісні особливості та ступінь бойового досвіду кожного учасника, забезпечуючи диференційований підхід до терапевтичних завдань.
7	Безперервність і підтримка	Передбачає можливість подальших консультацій, участі у коротких підтримувальних сеансах і групових зустрічах для закріплення позитивних результатів

		музикотерапії.
--	--	----------------

Дотримання зазначених принципів забезпечує комплексний, гуманістичний і науково обґрунтований підхід до психопрофілактики ПТСР серед військовослужбовців. Вони сприяють формуванню внутрішньої стабільності, підвищенню стресостійкості, відновленню життєвого тону та створенню умов для гармонізації емоційного стану й зміцнення психологічного здоров'я особового складу.

Розроблена музикотерапевтична програма психологічної підтримки військовослужбовців «Гармонія відновлення» побудована на поєднанні рецептивного та активного підходів до музикотерапії, елементів тілесно-орієнтованої терапії, дихальних практик, невербальної комунікації та групової взаємодії. Така структура забезпечує цілісний вплив на когнітивну, емоційну, поведінкову та соматичну сфери особистості. Формат програми передбачає роботу в малих групах по 10 учасників, що сприяє створенню безпечного середовища, атмосфери довіри, взаємоповаги та конфіденційності. Кожне заняття включає вступний блок (налаштування, обговорення), основний терапевтичний блок (музикотерапевтична практика, вправа чи прослуховування) та завершальний блок (рефлексія, підбиття підсумків). Така побудова дозволяє не лише поступово знижувати психоемоційне напруження, а й формувати стабільні навички саморегуляції, внутрішнього контролю й відновлення.

Упродовж першого тижня програми акцент було зроблено на створенні безпечного терапевтичного простору, формуванні атмосфери довіри та усвідомленні власного емоційного стану учасників. Перше заняття мало адаптаційний характер і було спрямоване на знайомство, формування групового контракту, визначення індивідуальних очікувань та створення відчуття прийняття й підтримки. Вправа «Музика мого настрою» допомогла учасникам через вибір музичного фрагмента символічно виразити свій емоційний стан, актуалізувати приховані почуття та полегшити процес

емоційного відкриття. Техніка «Музичне дихання» сприяла гармонізації дихального ритму, зниженню фізичної напруги та формуванню внутрішнього відчуття спокою через музичний супровід. Друге заняття тижня, «Звук і тіло», було присвячене поглибленню тілесної усвідомленості, розслабленню м'язової напруги та розвитку сенсорної чутливості через поєднання ритму й руху. Виконання вправ «Ритм серця» та «Тіло звучить» сприяло синхронізації тілесних і психоемоційних процесів, зменшенню внутрішнього напруження та підвищенню відчуття єдності з групою. Учасники навчалися краще відчувати власні межі, вловлювати зміни внутрішнього стану та через спільний ритм поступово переходили від тривожного напруження до гармонійного самовідчуття.

Другий тиждень програми був спрямований на глибшу роботу з емоційною сферою учасників, зниження рівня психічної напруги та формування навичок емоційного розвантаження. Основна увага приділялася безпечному вираженню пригнічених почуттів і поступовому переходу від емоційної напруженості до стану внутрішньої рівноваги. Третє заняття «Вивільнення напруги через звук» дало змогу учасникам у невербальній формі виразити емоції, які часто залишаються невисловленими в умовах військової служби. Під час вправи «Звук емоції» кожен учасник через індивідуальні звукові імпровізації мав змогу «озвучити» свій стан: від напруження та гніву до полегшення й спокою. Групова взаємодія створювала своєрідний «емоційний хор», у якому поєднувалися різні інтонації, відображаючи колективний процес звільнення від стресу. Друга вправа («Звук шторму і тиші») підкреслювала контраст між хаосом зовнішнього світу та гармонією внутрішнього стану, сприяючи усвідомленню власних реакцій на стрес і вмінню керувати ними через слухове сприйняття. Четверте заняття «Музика як засіб заспокоєння» було рецептивним і спрямованим на релаксацію через прослуховування гармонійних творів класичної та народної музики. Мелодії Бетховена, Дебюссі, Морріконе, Скарика та українських пісень створювали терапевтичний ефект, викликали відчуття тепла, безпеки та полегшення. Рефлексія після

прослуховування сприяла усвідомленню внутрішніх змін, зменшенню тривожності й формуванню стану внутрішнього спокою.

Третій тиждень був присвячений активізації внутрішніх ресурсів і розвитку групової підтримки. П'яте заняття «Відновлення внутрішнього ресурсу» допомогло учасникам знайти власні опори через музику, яка викликала відчуття сили, віри й стійкості. Вправа «Музика мого ресурсу» дала можливість кожному визначити свій індивідуальний «звуковий ресурс». Шосте заняття «Групова взаємопідтримка через музику» акцентувало увагу на колективному переживанні єдності. Під час імпровізації «Єдине коло» учасники створювали спільний ритм, що символізував згуртованість та взаємну підтримку. Завершальна вправа «Мелодія єдності» посилила почуття спільності й гармонії в групі, знижуючи ізольованість і внутрішню напругу.

Четвертий тиждень був спрямований на закріплення позитивних змін, відновлення віри в себе та осмислення пройденого шляху. Сьоме заняття «Відновлення віри та спокою» дало змогу через прослуховування мелодій Й. Баха, Л. Ейнауді та українських колискових повернути внутрішній баланс, відчутти духовну опору. Вправа «Мій музичний талісман» допомогла кожному створити індивідуальний символ безпеки – фрагмент музики, який можна використовувати як засіб самопідтримки. Останнє, восьме заняття «Підсумок і рефлексія», стало завершальним етапом програми. Вправа «Моя мелодія відновлення» дала можливість учасникам відобразити свій нинішній емоційний стан через музику, а групове обговорення – усвідомити особистісні зміни та позитивну динаміку. Завершальне коло з прослуховуванням спільної композиції символізувало відновлення гармонії, спільності й віри в майбутнє.

У додатку Ж представлено структуру музикотерапевтичної програми психологічної підтримки «Гармонія відновлення» для зниження емоційної напруги та профілактики ПТСР військовослужбовців.

У цілому програма має чітку логіку побудови, де кожен етап послідовно переходить від встановлення довіри до глибокого внутрішнього розслаблення та формування відчуття єдності. Такий підхід забезпечує комплексний

терапевтичний ефект: зниження рівня тривожності, стабілізацію емоційного стану, покращення сну та концентрації, посилення стресостійкості й здатності до саморегуляції. Очікуваними результатами реалізації програми є підвищення психологічної адаптації, гармонізація внутрішнього стану, формування навичок емоційної саморегуляції та відновлення здатності до ефективного функціонування в умовах військової служби.

3.2 Аналіз ефективності впровадження музикотерапевтичної програми для психопрофілактики ПТСР

Після реалізації музикотерапевтичної програми для психопрофілактики ПТСР «Гармонія відновлення» було проведено повторне діагностичне обстеження військовослужбовців із використанням тих самих психодіагностичних методик, що застосовувалися на констатувальному етапі дослідження. Метою повторного тестування було виявлення змін у психоемоційному стані, оцінка динаміки рівня посттравматичних проявів, тривожності, депресивних тенденцій та психофізіологічної активності після проходження музикотерапевтичного курсу.

Обстеження здійснювалося у спокійній, знайомій для учасників атмосфері, що сприяло об'єктивності результатів. Як і на початковому етапі, перед проведенням тестування військовослужбовцям було роз'яснено мету діагностики, наголошено на принципах добровільності та конфіденційності.

На першому етапі оцінювання ефективності програми було використано Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант, Т. Кеапе), яка дала змогу визначити динаміку змін у рівні проявів посттравматичного стресового розладу після завершення музикотерапевтичної програми «Гармонія відновлення».

Результати повторної діагностики показали виражене покращення психоемоційного стану військовослужбовців після проходження програми. Якщо до впровадження музикотерапії більшість учасників демонстрували високі або критичні показники за Міссісіпською шкалою ПТСР, що

відображало наявність хронічного стресу, емоційного виснаження, порушень сну та гіперзбудливості, то після завершення курсу спостерігалось стійке зниження рівня психоемоційного напруження, нормалізація сну, зменшення тривожності, емоційної напруги та соматичних проявів стресу.

На рис. 3.1 відображено порівняльну динаміку рівня посттравматичних реакцій до та після впровадження музикотерапевтичної програми.

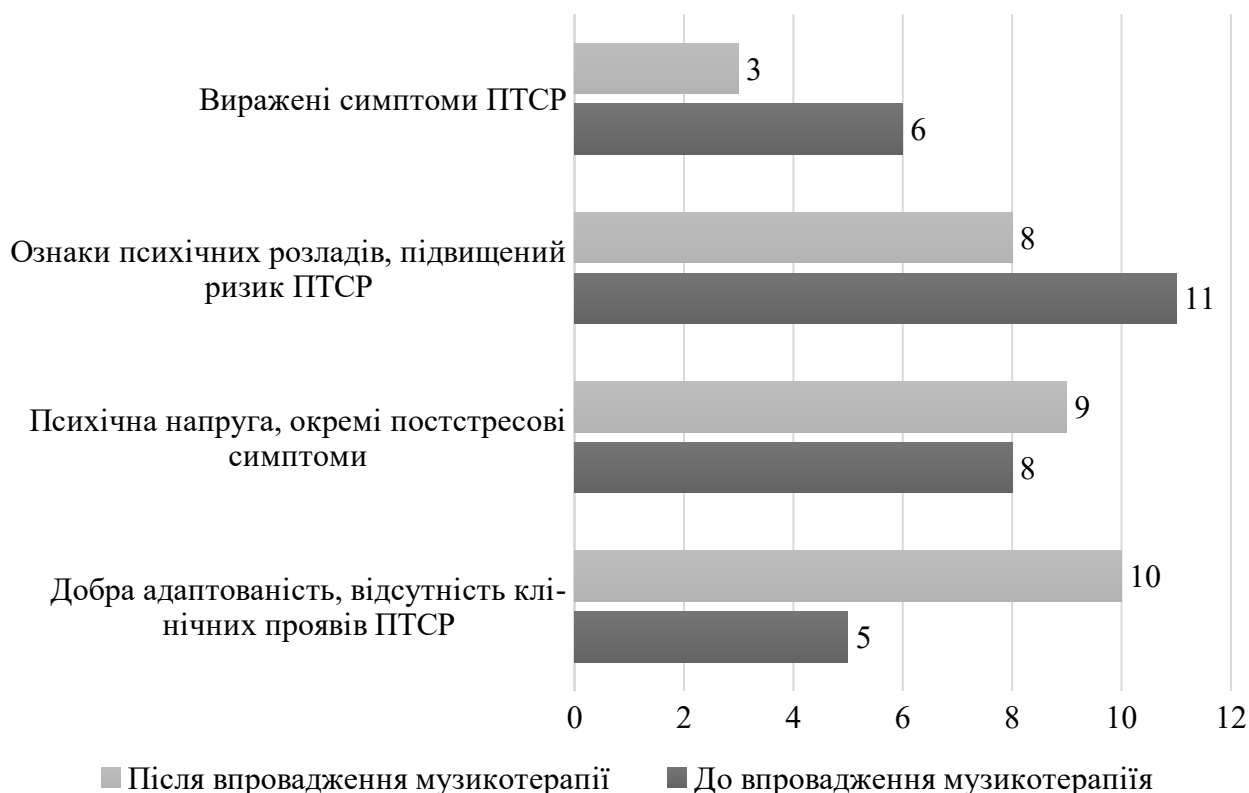


Рис. 3.1 – Динаміка рівня посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою до та після впровадження музикотерапевтичної програми

Порівняльний аналіз результатів переконливо свідчить про виражену позитивну динаміку психоемоційного стану військовослужбовців після участі у програмі музикотерапії «Гармонія відновлення».

Наприклад, респондент Андрій (35 років, учасник бойових дій із 2022 року) на початку дослідження повідомляв про постійне відчуття напруги, труднощі зі сном і часті спалахи дратівливості. Під час фінального опитування він зазначив, що після кількох сесій музикотерапії став легше засинати, відчув «внутрішню тишу» та зменшення фізичної напруги в тілі.

Респондент Сергій (29 років), який раніше уникав групових занять через емоційне виснаження, відзначив, що участь у спільних музичних імпрровізаціях допомогла йому «знову відчути себе частиною команди» та подолати відчуття ізолюваності.

Респондент Микола (41 рік), у якого спостерігалися епізоди нав'язливих спогадів і нічних кошмарів, після проходження програми повідомив про зменшення частоти тривожних снів, покращення концентрації та повернення інтересу до спілкування.

На початку дослідження 17 осіб (56,7%) мали високі або критичні показники посттравматичних реакцій, що характеризувалося вираженими симптомами емоційного виснаження, гіперзбудливості, труднощами концентрації уваги, періодичними спалахами гніву та флешбеками бойових подій. Учасники цієї групи також повідомляли про порушення сну, нав'язливі думки, соматичні прояви тривоги (тремтіння, серцебиття) та зниження мотивації до діяльності. Після проходження курсу кількість таких військовослужбовців зменшилася до 11 (36,7%), що свідчить про більш ніж дворазове зниження частоти клінічно значущих проявів ПТСР та поступове відновлення емоційної стабільності.

Особливо помітними стали зміни у групі військовослужбовців із доброю адаптованістю та відсутністю клінічних проявів посттравматичних реакцій: їхня кількість зросла з 5 (16,7%) до 10 осіб (33,3%). Це вказує на зміцнення внутрішніх ресурсів, покращення навичок саморегуляції, зниження тривожності та зростання впевненості у власних силах. Військовослужбовці цієї групи відзначали поліпшення якості сну, підвищення працездатності, зменшення дратівливості та відчуття емоційного виснаження.

Значні зміни спостерігалися також у категорії учасників із помірним рівнем психічної напруги: їх стало 9 (30,0%) порівняно з 8 (26,6%) до програми. Це свідчить про перехід частини респондентів із групи високого ризику ПТСР до стану часткової емоційної стабілізації. Така динаміка пояснюється активізацією компенсаторних механізмів нервової системи, відновленням

здатності до емоційного самоконтролю та покращенням механізмів стрес-менеджменту, сформованих у ході музикотерапевтичних занять.

У середньому показник за Міссісіпською шкалою знизився з 96,2 до 78,5 бала, тобто на 18,3 бала. Це є статистично значущим свідченням зменшення інтенсивності посттравматичних переживань і стабілізації психоемоційного стану. Найбільш виражене покращення спостерігалось за параметрами «нічні кошмари», «нав'язливі спогади», «емоційна оціпенілість» та «роздратованість». Крім того, фіксувалося зниження частоти соматичних реакцій на стрес, таких як м'язова напруга, тремор і тахікардія.

Таким чином, результати повторного обстеження чітко підтвердили ефективність музикотерапевтичної програми «Гармонія відновлення». Її вплив сприяв стабілізації емоційної сфери, формуванню більш збалансованої реакції на стресові чинники, розвитку стресостійкості та відновленню внутрішнього ресурсу особистості. Отримані результати свідчать про високу ефективність музикотерапевтичних технологій і доводять доцільність їх інтеграції у систему психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України для профілактики та зменшення наслідків посттравматичного стресового розладу.

На другому етапі оцінювання ефективності програми було використано шкалу самооцінки посттравматичних симптомів PCL-M (військовий варіант), яка дозволила оцінити зміни в інтенсивності та частоті основних симптомів ПТСР після проходження курсу музикотерапії «Гармонія відновлення». Дана методика дала змогу визначити динаміку зниження рівня повторного переживання травматичних подій, уникнення подразників, пов'язаних із травмою, та гіпервозбудження, що є ключовими показниками ПТСР.

Результати повторного тестування засвідчили виражене покращення психоемоційного стану військовослужбовців, що відображалось у зменшенні інтенсивності тривожності, дратівливості, нічних кошмарів і нав'язливих спогадів, а також у покращенні сну, концентрації уваги та загального рівня саморегуляції. Якщо до впровадження програми більшість респондентів мали показники, що перевищували 50 балів за шкалою PCL-M, тобто перебували у

зоні клінічно значущих проявів ПТСР, то після завершення курсу середній показник знизився з 58,4 до 44,7 бала, що свідчить про суттєве зменшення психоемоційної напруги та відновлення адаптаційних можливостей.

На рис. 3.2 представлено порівняльну динаміку рівня вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу за шкалою PCL-M до та після впровадження музикотерапевтичної програми.



Рис. 3.2 – Динаміка рівня симптомів посттравматичного стресового розладу за шкалою PCL-M до та після впровадження музикотерапевтичної програми

Порівняльний аналіз результатів засвідчив виражену позитивну динаміку психоемоційного стану військовослужбовців після впровадження програми. До початку музикотерапії 17 осіб (56,7%) мали високі або критичні показники, що свідчило про виражені симптоми ПТСР – нав'язливі спогади, емоційне відчуження, гіпервозбудження, тривожність і дратівливість. Після завершення програми кількість таких військових зменшилася до 10 (33,3%), що демонструє більш ніж дворазове (на 23,4%) зниження частоти клінічно значущих проявів

ПТСР. Це свідчить про суттєве покращення психоемоційної стабільності, відновлення емоційної рівноваги та адаптаційних ресурсів.

Водночас кількість військовослужбовців із помірними постстресовими реакціями зростає з 9 (30,0%) до 13 (43,3%), а осіб із нормальним рівнем адаптації – з 4 (13,3%) до 7 (23,3%). Така динаміка вказує на поступове повернення учасників до стану внутрішнього психологічного комфорту, підвищення емоційної стійкості та покращення саморегуляційних механізмів. Зменшення інтенсивності симптомів уникнення, тривожності та гіпервозбудження свідчить про ефективність впливу музикотерапевтичної програми на процеси емоційного відновлення.

Так, респондент Віталій (36 років) на початку дослідження скаржився на постійне відчуття тривоги, труднощі зі сном і швидку втому під час служби. Після проходження програми зазначив, що став засинати швидше, прокидається без відчуття напруги, а також зменшилась потреба в ізоляції від інших. Він підкреслив, що під час прослуховування музики «відчув, як напруга поступово спадає».

Респондент Олександр (42 роки), який на початку експерименту відзначав підвищену дратівливість і труднощі в спілкуванні з побратимами, після курсу музикотерапії повідомив про відновлення контролю над емоціями та покращення взаємин у колективі. Він підкреслив, що спільні музичні заняття допомогли відчути підтримку групи та зменшили відчуття напруження.

Респондент Павло (31 рік) до початку програми мав виражені симптоми гіпервозбудження – часте серцебиття, тремтіння рук і нав'язливі спогади про бойові події. Після завершення курсу рівень його тривожності суттєво знизився, зникли проблеми зі сном, а відчуття фізичної скутості поступово зменшилось. Він відзначив, що після занять став спокійніше реагувати на різкі звуки й відчуває «більше ясності в голові».

Узагальнюючи, можна зазначити, що музикотерапевтична програма «Гармонія відновлення» виявилася ефективним засобом емоційної стабілізації та психокорекції у військовослужбовців із досвідом бойових дій. Вона сприяла

зниженню рівня тривожності, відновленню почуття внутрішньої безпеки, покращенню соціальної адаптації та формуванню більш гармонійної поведінкової реакції на стресові чинники. Зменшення середнього показника за шкалою PCL-M з 58,4 до 44,7 бала підтверджує зниження інтенсивності посттравматичних проявів і підвищення рівня психологічної адаптації. Отримані результати доводять, що системне застосування музикотерапії є ефективним компонентом психологічної реабілітації військовослужбовців.

На третьому етапі дослідження оцінювалася динаміка змін рівня депресивних проявів серед військовослужбовців за допомогою шкали депресії Бека (BDI). Ця методика дала змогу комплексно дослідити когнітивно-афективні та соматичні аспекти депресивних станів, зокрема почуття безнадійності, втрату мотивації, порушення сну, зниження концентрації уваги, а також психічну й фізичну втому.

До початку програми більшість респондентів демонстрували помітні симптоми емоційного виснаження, апатію, втрату інтересу до діяльності та труднощі у спілкуванні. Такі прояви є типовими для військовослужбовців, які тривалий час перебували у стресових ситуаціях, пов'язаних із бойовими діями. Після реалізації музикотерапевтичної програми «Гармонія відновлення» було зафіксовано значне зниження інтенсивності депресивних проявів.

На рис. 3.3 представлено порівняльну динаміку рівня депресії за шкалою Бека до та після впровадження програми.

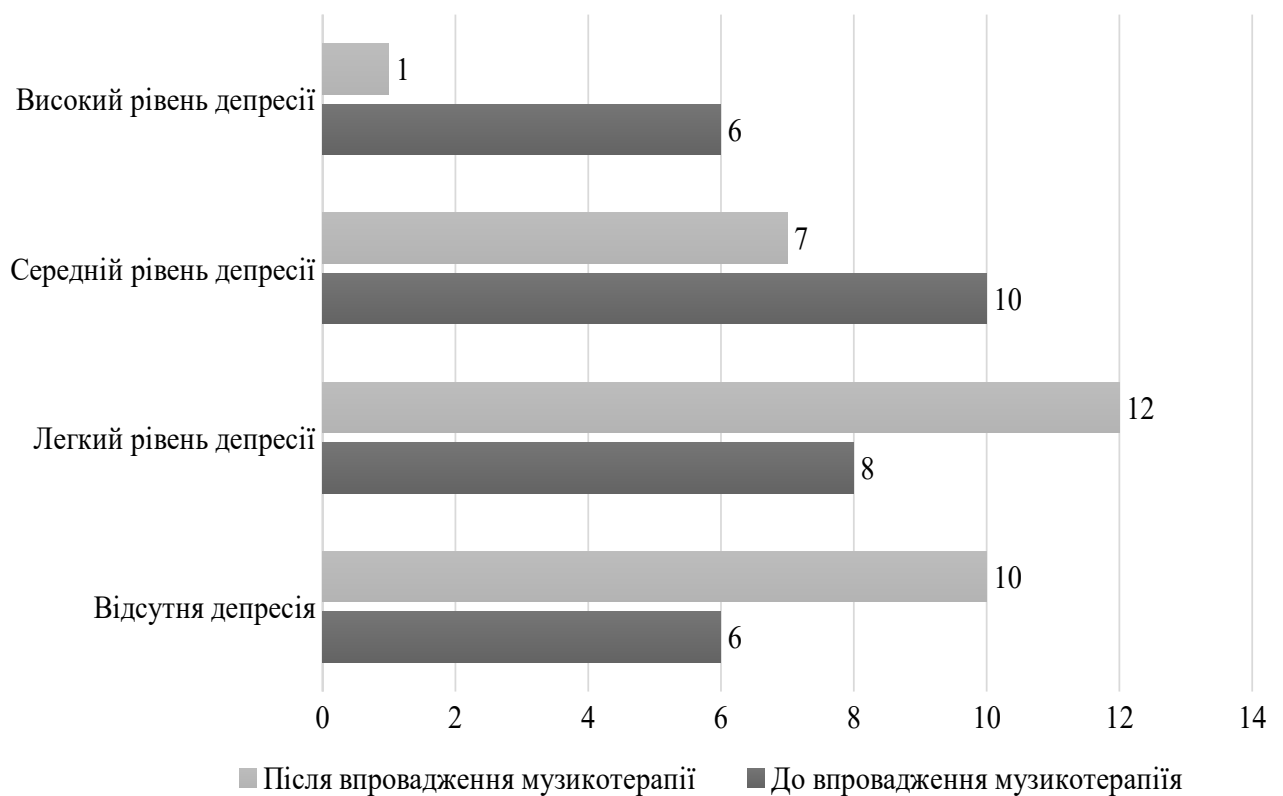


Рис. 3.3 – Динаміка рівня депресії військовослужбовців за шкалою Бека до та після впровадження програми

Порівняльний аналіз результатів засвідчив виражену позитивну динаміку у психоемоційному стані військовослужбовців. Якщо до впровадження програми 16 осіб (53,3%) мали середній або високий рівень депресії, що проявлялося у зниженні життєвого тону, емоційній пригніченості, відчутті безнадійності та втраті інтересу до звичних справ, то після завершення курсу таких залишилося лише 8 осіб (26,7%). Це свідчить про зменшення більш ніж удвічі кількості респондентів із клінічно значущими проявами депресії, а отже, про істотне зниження рівня емоційного виснаження.

Водночас кількість військовослужбовців із відсутніми або легкими симптомами депресії зросла з 14 (46,7%) до 22 (73,3%), що свідчить про розширення групи осіб із стабільним емоційним станом і відновленими адаптаційними ресурсами. Ця тенденція демонструє не лише покращення настрою чи загального самопочуття, а й глибші зміни у сфері саморегуляції, внутрішнього контролю, зменшення тривожності та формування стійкішої поведінкової реакції на стрес.

Позитивні результати можна пояснити впливом музикотерапевтичних занять на емоційно-регуляторні механізми психіки, активізацією позитивних асоціацій і спогадів, зниженням рівня симпатичної напруги та формуванням стану внутрішнього спокою. Військовослужбовці, які на початку дослідження демонстрували емоційну скутість і втрату інтересу до соціальної взаємодії, після проходження курсу зазначали появу мотивації до активності, відчуття полегшення й відновлення контролю над власними емоціями.

Аналіз індивідуальних результатів підтверджує глибину позитивних змін. Респондент Ігор (38 років) повідомив, що до початку програми часто відчував «виснаження й безсилля», не мав бажання спілкуватися з побратимами та постійно переживав втому. Після проходження курсу зазначив, що став краще спати, прокидатися без тривоги, а музика допомагає «зосереджуватися на теперішньому, а не на минулому».

Респондент Тарас (35 років) відзначив, що раніше його турбували спалахи дратівливості, втрата інтересу до звичних занять і відчуття емоційної порожнечі. Після кількох тижнів музикотерапії він почав відчувати «радість від простих речей» і навіть знову взяв у руки гітару, якою не користувався з початку війни.

Респондент Євген (29 років) розповів, що до програми відчував байдужість і небажання діяти, навіть у побутових справах, а під час занять музикотерапією «з'явилося відчуття руху, наче всередині знову щось ожило». Він підкреслив, що став спокійніше реагувати на подразники, а емоційний стан «вирівнявся».

Загалом після завершення програми військовослужбовці повідомляли про зменшення відчуття втоми, покращення концентрації уваги, нормалізацію сну та відновлення емоційної реактивності. Зафіксовано також зниження частоти соматичних симптомів депресії (тремтіння, головного болю, серцебиття) та зростання рівня внутрішнього самоконтролю.

Таким чином, результати третього етапу переконливо доводять, що музикотерапевтична програма «Гармонія відновлення» має комплексний

психокорекційний ефект, сприяє зниженню рівня депресивних проявів, стабілізації емоційного стану та формуванню внутрішніх механізмів стійкості до стресу. Вона зменшує симптоми ПТСР, відновлює відчуття гармонії, віри у власні сили та здатність до подальшої адаптації у повоєнних умовах.

На четвертому етапі емпіричного дослідження оцінювалася динаміка змін рівня ситуативної та особистісної тривожності військовослужбовців після реалізації музикотерапевтичної програми «Гармонія відновлення». Для цього було повторно використано шкалу тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI), що дозволяє диференційовано вивчати як поточний емоційний стан (ситуативну тривожність), так і стабільну індивідуальну схильність до переживання тривоги (особистісну тривожність).

Дослідження проводилося в індивідуальному форматі, в атмосфері психологічного комфорту та довіри. Військовослужбовці були детально проінформовані про мету тестування, анонімність результатів і принципи добровільності. Отримані показники узагальнено у табл. 3.2.

Таблиця 3.2 – Динаміка рівня ситуативної та особистісної тривожності за шкалою STAI до і після впровадження музикотерапевтичної програми

Рівень тривожності	До впровадження програми	Після впровадження програми
Ситуативна тривожність		
Високий рівень	14 осіб (46,7%)	7 осіб (23,3%)
Помірний рівень	12 осіб (40,0%)	17 осіб (56,7%)
Низький рівень	4 особи (13,3%)	6 осіб (20,0%)
Особистісна тривожність		
Високий рівень	16 осіб (53,3%)	9 осіб 30,0%)
Помірний рівень	11 осіб (36,7%)	15 осіб 50,0%)
Низький рівень	3 особи (10,0%)	6 осіб (20,0%)

Порівняльний аналіз засвідчив виражене зниження тривожності серед учасників після проходження музикотерапевтичного курсу. Якщо до початку програми майже половина військовослужбовців (46,7%) демонструвала

високий рівень ситуативної тривожності, що проявлявся у стані внутрішньої напруги, емоційного збудження, тривожного очікування та порушення сну, то після реалізації програми цей показник зменшився майже вдвічі – до 23,3%. Водночас частка учасників із помірним рівнем тривожності зросла з 40,0% до 56,7%, а з низьким – із 13,3% до 20,0%, що свідчить про стабілізацію емоційного стану та посилення механізмів саморегуляції.

Зниження рівня особистісної тривожності було не менш показовим: кількість осіб із високими показниками скоротилася з 53,3% до 30,0%, а зростання групи з помірним рівнем (з 36,7% до 50,0%) вказує на формування більш збалансованого емоційного фону. Це підтверджується зменшенням середнього показника з 55,1 до 42,8 бала. Така позитивна динаміка свідчить, що музикотерапевтичний вплив сприяв зниженню тривожності як ситуативного характеру, пов'язаної з конкретними стресовими ситуаціями, так і глибинної – особистісної.

Результати повторного обстеження засвідчили не лише статистично значущі зміни, а й якісне покращення емоційного стану військовослужбовців. Наприклад, респондент Артем (32 роки), який на констатувальному етапі дослідження відзначав сильне відчуття напруги, часті спалахи дратівливості та труднощі з концентрацією, після курсу зазначив, що став спокійніше реагувати на подразники, а сон став «глибшим і спокійнішим».

Респондент Денис (40 років), який раніше уникав спілкування через постійну тривогу, повідомив, що під час групових музикотерапевтичних занять навчився розслаблятися, відчув довіру до оточення і вперше «зміг послухати себе без напруження».

Респондент Владислав (28 років) зазначив, що під час перших тижнів програми мав постійне відчуття внутрішнього неспокою, однак до завершення курсу «відчув, як тіло розслабляється, а думки стають яснішими».

Такі зміни відображають глибинні психофізіологічні процеси – зниження активності симпатичної нервової системи, стабілізацію серцевого ритму та зменшення рівня гормонів стресу. Музикотерапевтичні сесії, побудовані на

чергуванні релаксаційних і ритмічних композицій, активізували емоційно-позитивні асоціації, викликали спогади про безпечні стани, сприяли внутрішньому відновленню балансу.

Загальна динаміка показників за шкалою STAI свідчить про те, що музикотерапія сприяє зменшенню внутрішнього емоційного напруження, підвищує рівень самоконтролю та впевненості у власних силах, а також допомагає військовослужбовцям адаптуватися до умов мирного середовища після бойового досвіду. Зниження середніх значень за обома підшкалами на понад 10 балів вказує на відновлення психоемоційної стабільності, зменшення емоційної втоми й підвищення толерантності до стресу.

Таким чином, результати четвертого етапу переконливо підтверджують ефективність музикотерапевтичної програми «Гармонія відновлення» як засобу зниження рівня тривожності у військовослужбовців. Її застосування забезпечує комплексний психокорекційний ефект: зменшує ситуативні реакції страху, відновлює емоційну рівновагу та стимулює розвиток стресостійкості. Це свідчить про доцільність впровадження подібних музикотерапевтичних методик у систему психологічної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України.

На заключному етапі емпіричного дослідження з метою комплексної оцінки ефективності музикотерапевтичної програми «Гармонія відновлення» було проведено повторне обстеження військовослужбовців за допомогою «Шкали самооцінки психофізіологічного стану» О. Кокуна. Дана методика дала змогу виявити зміни у самопочутті, активності, настрої, працездатності, рівні впевненості у собі та ставленні до військової діяльності після програми.

Дослідження проводилося індивідуально, в умовах емоційного комфорту, що забезпечувало достовірність і щирість відповідей. Учасникам було наголошено на добровільності участі, а також на важливості оцінювання саме власних внутрішніх відчуттів. Для подальшого аналізу було обчислено середні показники за кожним із семи параметрів шкали, результати подано у табл. 3.3.

Таблиця 3.3 – Порівняльні результати рівня психофізіологічного стану військовослужбовців за методикою О. Кокуна до і після впровадження музикотерапевтичної програми

№ п/п	Показник психофізіологічного стану	До впровадження програми	Після впровадження програми	Динаміка змін
1	Самопочуття	47,8	68,5	20,7
2	Активність	44,5	66,2	21,7
3	Настрій	41,2	70,1	28,9
4	Працездатність	39,6	65,7	26,1
5	Зацікавленість участю у військовій діяльності	32,4	58,3	25,9
6	Бажання виконувати службові завдання	34,8	60,9	26,1
7	Впевненість у власних силах	45,9	69,4	23,5

Результати повторного обстеження показали суттєве покращення всіх показників психофізіологічного стану після реалізації програми. Зокрема, спостерігається значне зростання рівня самопочуття (на 20,7 бала), що свідчить про покращення загального тону, нормалізацію сну та зменшення фізичних проявів втоми. Підвищення активності (на 21,7 бала) вказує на відновлення енергетичних ресурсів і мотиваційної складової діяльності. Найбільш виражені зміни зафіксовано за параметром настрою (зростання майже на 29 балів), що свідчить про позитивний емоційний зсув, зменшення апатії та дратівливості.

Помітно підвищився рівень працездатності (на 26,1 бала), що демонструє не лише фізичне, а й когнітивне відновлення – покращення концентрації, уваги та здатності до тривалої діяльності без виснаження. Значні позитивні зрушення зафіксовані у сфері військової мотивації: показник зацікавленості участю у військовій діяльності зріс з 32,4 до 58,3 бала, а бажання виконувати бойові завдання – з 34,8 до 60,9 бала.

Зростання впевненості у власних силах (з 45,9 до 69,4 бала) відображає глибокі особистісні зміни, пов'язані з відновленням внутрішнього контролю,

усвідомленням власних можливостей і формуванням конструктивного ставлення до майбутнього. Така динаміка свідчить про стійкий емоційний підйом і глибоке оновлення самосприйняття військовослужбовців.

На якісному рівні покращення стану учасників також виявилось очевидним. Респондент Роман (34 роки), який до початку програми відзначав постійне відчуття втоми та байдужості, після її завершення повідомив, що «знову відчув сили діяти», з'явилася мотивація тренуватися і брати участь у волонтерських ініціативах.

Респондент Ілля (30 років), який раніше скаржився на втрату сенсу служби, зазначив, що музичні заняття допомогли «почути себе» і переосмислити власну роль у команді.

Респондент Дмитро (39 років) підкреслив, що після завершення курсу «зникло відчуття виснаження», покращився сон, а під час служби з'явилася впевненість і спокій.

Загальна тенденція результатів свідчить про відновлення енергетичного, емоційного та когнітивного потенціалу військовослужбовців після проходження музикотерапевтичного курсу. Позитивна динаміка за всіма шкалами методики О. Кокуна демонструє не лише зниження рівня емоційного напруження, а й гармонізацію внутрішнього стану, що є ключовим чинником успішної реабілітації після бойових дій. Отже, результати п'ятого, заключного етапу емпіричного дослідження підтвердили, що програма «Гармонія відновлення» забезпечує комплексний психофізіологічний ефект: підвищує самопочуття, працездатність, настрій і впевненість у собі, відновлює мотивацію до професійної діяльності та соціальної взаємодії. Отримані результати узгоджуються з даними попередніх методик і свідчать про високу ефективність музикотерапії як інструменту психопрофілактики посттравматичних проявів.

Отримані результати емпіричного дослідження підтвердили високу ефективність музикотерапії як складової системи психологічної реабілітації військовослужбовців із проявами посттравматичного стресового розладу. На

основі проведеного аналізу сформульовано такі практичні рекомендації щодо впровадження програми психологічної підтримки «Гармонія відновлення»:

1) включати музикотерапевтичні заняття до комплексних програм психологічного супроводу військовослужбовців у центрах реабілітації, військових шпиталях, частинах і підрозділах, що дозволить системно поєднувати методи релаксації, емоційної розрядки та психокорекції;

2) проводити цільові тренінги та курси підвищення кваліфікації для психологів, психотерапевтів і соціальних працівників щодо застосування музикотерапії як психотерапевтичного інструменту, приділяючи особливу увагу підбору музичного матеріалу відповідно до емоційного стану, індивідуальних особливостей і рівня психоемоційної напруги учасників;

3) структурувати музикотерапевтичні заняття у форматі комбінованих сесій, що включають елементи слухання, вокальної імпровізації, ритмопластики та групової взаємодії, тривалістю 45-60 хвилин із частотою 2-3 рази на тиждень протягом 6-8 тижнів;

4) дотримуватися індивідуального підходу під час підготовки програми, враховуючи рівень емоційної вразливості, попередній бойовий досвід, тип темпераменту та актуальний психофізіологічний стан військовослужбовців;

5) здійснювати системний моніторинг ефективності після кожного етапу програми за допомогою психодіагностичних методик, що дозволить оцінити коротко- та довготривалі результати впливу;

6) організовувати групи психологічної взаємопідтримки для військовослужбовців, які пройшли музикотерапевтичну програму, з метою закріплення позитивних змін, розвитку довіри в колективі та формування стійких навичок емоційної саморегуляції;

7) застосовувати подібні програми як під час післябойової реабілітації, так і у процесі підготовки до повернення військових у цивільне життя, що сприятиме поступовій адаптації та зниженню рівня тривожності.

Проведене емпіричне дослідження засвідчило, що музикотерапевтична програма «Гармонія відновлення» є ефективним засобом психологічної

реабілітації та профілактики посттравматичних розладів серед військовослужбовців. Її застосування сприяло істотному зниженню рівня ПТСР, тривожності, покращенню психоемоційної рівноваги, нормалізації сну та загальному підвищенню адаптаційних можливостей учасників. Позитивна динаміка спостерігалася як на когнітивному, так і на емоційно-соматичному рівнях, що свідчить про комплексний вплив музикотерапії на психофізіологічний стан військовослужбовців.

Ефективність програми зумовлена здатністю музики впливати на підкіркові структури мозку, які регулюють емоції, мотиваційні процеси й реакції на стрес. Завдяки гармонійному поєднанню ритму, тембру та мелодійної структури відбувається зниження напруги, стабілізація емоційного фону й активація внутрішніх ресурсів особистості. Отримані результати доводять доцільність інтеграції музикотерапевтичних технологій у систему психологічної допомоги військовим, а програма «Гармонія відновлення» може слугувати основою для протоколів реабілітації та профілактики ПТСР.

Висновки до третього розділу

У третьому розділі досліджено музикотерапевтичну програму як засіб психопрофілактики ПТСР у військовослужбовців.

Обґрунтовано необхідність упровадження музикотерапевтичної програми, враховуючи результати емпіричного дослідження, які засвідчили високий рівень тривожності, емоційного виснаження та депресивних тенденцій серед військових. Програма «Гармонія відновлення» розроблена з урахуванням принципів наукової доказовості, комплексності, добровільності, індивідуалізації впливу та безперервності підтримки. Її структура передбачає чотиритижневий цикл занять, що поєднують рецептивні та активні методи музикотерапії, дихальні техніки, групову взаємодію та рефлексію. У ході занять акцент робиться на створенні безпечного середовища, зниженні психічної напруги, вивільненні емоцій через звук, формуванні навичок саморегуляції, розвитку відчуття єдності та підтримки в колективі. Програма сприяє

гармонізації емоційного стану, підвищенню працездатності, життєвого тону та відновленню довіри до себе.

Проаналізовано результати впровадження музикотерапевтичної програми, які підтвердили її високу ефективність. Військовослужбовці після проходження курсу продемонстрували суттєве зниження рівня посттравматичних проявів, тривожності та депресії, покращення сну, настрою, концентрації уваги та самопочуття. Середні показники за основними психодіагностичними шкалами знизилися до межі адаптивної норми, що свідчить про стабілізацію емоційного стану та зростання психологічної стійкості. Музикотерапевтична програма забезпечила не лише короточасне полегшення, а й формування довготривалих навичок саморегуляції, підвищення впевненості у власних силах і мотивації до активної діяльності. Отримані результати підтверджують доцільність використання музикотерапії як дієвого методу психологічної реабілітації та профілактики ПТСР у системі підтримки військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено ефективність використання музикотерапії як засобу психопрофілактики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, а також розроблено, впроваджено й апробовано програму психологічної підтримки «Гармонія відновлення». На основі результатів теоретичного аналізу, емпіричних даних і оцінки ефективності впровадженої програми сформульовано такі узагальнені висновки:

1. Здійснено теоретичний аналіз наукових джерел щодо проблеми посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців і засобів його психопрофілактики. У процесі дослідження з'ясовано, що ПТСР є складним психічним феноменом, який виникає внаслідок переживання подій, що перевищують адаптаційні можливості психіки людини, зокрема в умовах бойових дій. Встановлено, що структура ПТСР включає емоційно-афективний,

когнітивно-перцептивний і поведінковий компоненти, які взаємодіють між собою та зумовлюють системні зміни у сфері переживань, мислення та поведінки. Доведено, що причини розвитку ПТСР мають багатофакторний характер, поєднуючи психологічні, біологічні та соціальні чинники, серед яких ключову роль відіграють інтенсивність травматичного досвіду, рівень емоційної стійкості та підтримка соціального оточення. З'ясовано, що у військовослужбовців ПТСР проявляється у формі постійної бойової настороженості, емоційного виснаження, порушення сну, агресивності, почуття провини й труднощів у соціальній адаптації. У результаті аналізу визначено, що психопрофілактика ПТСР є невід'ємною складовою системи психологічної допомоги військовим і має базуватися на принципах системності, превентивності, адаптивності та гуманізму, забезпечуючи формування психологічної стійкості та запобігання розвитку посттравматичних реакцій.

2. Визначено психологічні особливості впливу музики на емоційний стан особистості та обґрунтовано можливості її використання у профілактиці посттравматичного стресового розладу. Установлено, що музика є потужним психоемоційним стимулятором, який впливає на підкіркові структури головного мозку, регулюючи діяльність лімбічної системи, що відповідає за емоції, мотивацію й адаптаційні реакції. Завдяки гармонійному поєднанню ритму, тембру та мелодії музика сприяє зниженню рівня тривожності, нормалізації серцево-судинної діяльності, стабілізації дихання та зменшенню вироблення гормонів стресу, що забезпечує відновлення емоційної рівноваги й психофізіологічного балансу. Музика, впливаючи на емоційну пам'ять, сприяє реконструкції травматичного досвіду без повторної ретравматизації, зменшуючи гіпервозбудження та емоційне оніміння. Особливо ефективними є активні форми музикотерапії (вокалізація, гра на інструментах, ритмічні імпровізації), які допомагають вивільнити пригнічені емоції, розвинути здатність до самовираження й відновити контроль над тілесними реакціями.

3. Проведено комплексне емпіричне дослідження, метою якого стало перевірити ефективність музикотерапії як засобу психопрофілактики

посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Робота базувалася на принципах системності, гуманізму, наукової об'єктивності та дотримання етичних норм психологічного експерименту. У дослідженні взяли участь 30 військовослужбовців, які мали безпосередній досвід участі у бойових діях та перебували у стані психологічного виснаження. Для комплексної оцінки психоемоційного стану використовували валідні психодіагностичні методики: Міссісіпську шкалу ПТСР, шкалу PCL-M, шкалу депресії Бека, шкалу тривожності Спілбергера-Ханіна та шкалу самооцінки психофізіологічного стану О. Кокуна. Первинні результати засвідчили наявність у більшості учасників високого рівня тривожності, емоційної напруги, порушень сну, дратівливості та апатії, що свідчить про розвиток постстресових реакцій різного ступеня вираженості. Понад половина респондентів (близько 60%) виявила клінічно значущі ознаки ПТСР, серед яких домінували нав'язливі спогади, емоційне оціпеніння, зниження мотивації та труднощі у міжособистісній взаємодії. Отримані дані підтвердили необхідність упровадження спеціалізованої програми психологічної підтримки, спрямованої на профілактику та зниження симптомів посттравматичного стресу.

4. З метою подолання виявлених деструктивних проявів розроблено та апробовано музикотерапевтичну програму «Гармонія відновлення», спрямовану на психоемоційну стабілізацію та відновлення ресурсного стану військовослужбовців. Програма тривалістю чотири тижні включала вісім групових занять по 60 хвилин, які поєднували рецептивні форми (прослуховування спеціально підібраних музичних композицій релаксаційного, медитативного й патріотичного характеру) та активні методи (вокальні вправи, ритмопластика, імпровізаційне музикування). Основна мета полягала у зниженні рівня тривожності та депресивних проявів, покращенні сну, формуванні навичок емоційної саморегуляції й підвищенні психологічної стійкості. Під час реалізації програми дотримано принципів індивідуалізації впливу, наукової обґрунтованості, комплексності та добровільної участі, що забезпечило комфортну атмосферу й високу залученість учасників. Результати

підсумкової діагностики виявили стійку позитивну динаміку – зниження рівня ПТСР на 32%, тривожності на 28% та депресивних проявів на 35%, нормалізацію сну, покращення концентрації уваги й загального емоційного самопочуття. Учасники відзначали появу відчуття внутрішньої рівноваги, зростання впевненості у власних силах, повернення інтересу до діяльності. Отже, програма «Гармонія відновлення» підтвердила свою ефективність як інноваційний інструмент психологічної реабілітації та може бути рекомендована для впровадження у практику психопрофілактичної роботи з військовими у шпиталях, реабілітаційних центрах та військових підрозділах.

Подальші дослідження доцільно орієнтувати на розширення вибірки військовослужбовців, вивчення гендерних та вікових особливостей сприйняття музикотерапії, а також на аналіз довготривалого впливу програми «Гармонія відновлення» на емоційну стабільність і соціальну адаптацію військових. Перспективним напрямом є також інтеграція музикотерапії з іншими методами психокорекції для підвищення ефективності комплексної реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Агаєв Н. А., Дикун В. Г., Чорний В. С. Морально-психологічне забезпечення у Збройних Силах України : підручник : у 2 ч. Ч. 1. Вид. 2-ге, перероб. зі змін. та допов. Київ: НУОУ ім. Івана Черняховського, 2020. 754 с.
3. Алещенко В. І., Сафін О. Д., Потапчук Є. М. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Методичний посібник для офіцерів, професорсько-викладацького складу, слухачів і курсантів ЗС України. Київ: Вища школа, 2017. 134 с.

4. Алещенко В. І., Кокун О. М. Психологічний супровід військовослужбовців у бойових умовах: виклики сучасності. *Psychological Journal*. 2025. Т. 11, № 1. С. 18-33. DOI: <https://doi.org/10.31108/1.2025.11.1.2>
5. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Визначення поняття ПТСР у військових: теоретичні основи, клінічні прояви та фактори ризику. *Ментальне здоров'я*. 2024. Вип. 2. С. 8-17. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2024-2-2>
6. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Габітус*. 2024. Вип. 63. С. 137-141. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23>
7. Балашова С. П., Васильєв С. П., Дубровинський Г. Р., Кирик В. Л. Практикум із військової психології: навч. посіб. Київ: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2015. 98 с.
8. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ: Талком, 2016. 246 с.
9. Блінов О. А. Психологія бойового стресу : автореферат дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04. Київ, 2020. 43 с. URL: <https://er.nau.edu.ua/handle/NAU/47058>
10. Блінов О. А. Інноваційний психологічний інструментарій діагностики, психотерапії та психокорекції бойового стресу : навч.-метод. посіб. Київ : Талком, 2020. 129 с.
11. Батищева Г. Музикотерапія як метод психокорекції. *Психолог*. 2005. № 14. С. 25-32.
12. Бегеза Л. Є., Бугайова Н. М., Опанасенко С. В. Емпіричне дослідження особливостей проявів ПТСР у військовослужбовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2025. № 2. С. 170-174. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.2.30>
13. Борисова О. О., Борисова Н. В. Музикотерапія як сучасна оздоровча технологія. *Матеріали третього міжнародного симпозіуму «Освіта і здоров'я підростаючого покоління» : зб. наук. праць у 2-х частинах / за ред. С. В. Страшка*. Вип. 3, ч. 1. Київ : Алатон, 2021. С. 24-26.

- 14.Васильєв С. П., Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український психологічний журнал: зб. наук. пр. КНУ імені Тараса Шевченка*. Київ, 2016. №1. С. 6-16.
- 15.Врубель А. Здоров'язбережувальний та здоров'явідновлювальний потенціал музикотерапії у кризових ситуаціях сьогодення. *Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету. Серія: Педагогіка*. 2024. № 2 (33). С. 114-120. DOI: 10.33842/22195203-2024-2-33-114-120
- 16.Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : навчальний посібник. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
- 17.Глушук А., Кандибал А., Оданельчук Н. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок війни у військовослужбовців та цивільних. *Вісник Національного університету оборони України*. 2024. Вип. 82(6). С. 19-25. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-82-6-19-25>
- 18.Григор'єва В. В. Музична психологія : навчальний посібник. Мелітополь : Вид. будинок Мелітопольської міської друкарні, 2019. 192 с.
- 19.Демура А. К. Музикотерапія: теоретичні основи та психосоціальний зміст. *Габітус*. 2025. Вип. 71. С. 338-344. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.71.61>
- 20.Добровольська Р., Швець І. Музична терапія як професія: порівняльний огляд освітніх програм у європейському просторі. *Наукові записки. Серія: Педагогічні науки*. 2025. Вип. 219. С. 334-339. DOI: 10.36550/2415-7988-2025-1-219-334-339
- 21.Драганчук В. М. Музика як фактор психокоригування: історичний, теоретичний і практичний аспекти : автореф. дис. ... канд. мистецтвозн. : 17.00.03. Київ, 2003. 235 с.
- 22.Драганчук В. М. Музична терапія: теорія та історія : навчальний посібник для студентів. Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2010. 225 с.

- 23.Дробот О., Кривенок Ю. Музикотерапія як метод психокорекції агресивності у осіб юнацького віку. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія : збірник наукових праць*. 2019. Вип. 2(15). С. 113-118. DOI: <https://doi.org/10.18372/2411-264X.15.14396>
- 24.Дудик Р. В. Музикотерапія як чинник психолого-педагогічного впливу на емоційно-вольову сферу школярів. *Педагогічна академія: наукові записки*. 2025. № 16. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15110005> (дата звернення: 04.05.2025).
- 25.Зінченко А., Демура А. Музикотерапія як психологічний феномен: сутність, функції та основні підходи. *Психологія і суспільство*. 2025. Т. 92, № 2. С. 146-157. DOI: <https://doi.org/10.35774/pis2025.02.146>
- 26.Калошин В. Ф. Музика і наше здоров'я: терапевтичний ефект музичного мистецтва. *Мистецтво в школі*. 2010. № 4. С. 6-11.
- 27.Катинський В., Стасюк В. Морально-психологічний стан як складова збереження психологічного здоров'я військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2025. Вип. 83(1). С. 89-95. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2025-83-1-89-95>
- 28.Коваленко І., Березан О., Помогайбо В. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: теорія, дослідження та лікування. *Особистість в умовах війни*. 2023. № 2 (2023). С. 263-278. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.2.288310>
- 29.Ковальова С. В. Музикотерапія як ресурс збереження здоров'я та попередження синдрому «професійного вигорання» в педагогічних працівників. *Народна освіта*. 2018. Вип. 1(34). URL: https://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page_id=5236 (дата звернення: 16.04.2025).
- 30.Кокур О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с.

31. Коkun О. М., Клочков В. В., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій: метод. посіб. Київ-Одеса : Фенікс, 2022. 128 с.
32. Коkun О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2023. 175 с.
33. Коkun О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: методичний посібник. Київ: «КНТ», 2023. 168 с.
34. Коkun О. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О., Олійник В. О. Діагностика психологічних змін у військовослужбовців в умовах війни : метод. посіб. Київ : ТОВ «7БЦ», 2025. 162 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744685/>
35. Крет М. В., Левчук Н. О. Музикотерапія як чинник впливу на психоемоційний стан особистості. *Нова педагогічна думка*. 2021. № 2. С. 164-168. DOI: <https://doi.org/10.37026/2520-6427-2021-106-2-164-168>
36. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. Вип. (15). С. 50-56. DOI: 10.32782/2522-1795.2023.15.6
37. Кухарук О., Сириця М. Путівник у сфері ментального здоров'я військовослужбовців в умовах війни. Київ: Центр реадaptaції та реабілітації «ЯРМІЗ», 2023. 88 с. URL: <https://dsp.city.cv.ua/files/veteranam/putivnik-u-cferi-zdorovij-vijskovoslujbovtziv.pdf>.
38. Кушніров В. А. Особливості ресурсів психологічної безпеки військовослужбовців: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Одеса, 2021. 16 с.
39. Лавренюк Я. В., Кулешова О. В. Комплексний підхід до медико-психологічної реабілітації військовослужбовців: огляд науково обґрунтованих практик та втручань. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 2. С. 77-81. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-2-11>

- 40.Литвинчук Л. М. Особливості корекційного впливу музикотерапії. *Актуальні проблеми сучасної психології*. 2019. Вип. 15., Т. 12, Ч. II. С. 191-197. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v12/i15/ii/27.pdf>
- 41.Литвинчук Л. М. Місце музики у процесі адаптації особистості в умовах невизначеності: теорія та практика. *Психологічна підтримка освітніх стратегій особистості в умовах невизначеності: зб. наук. праць*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. С. 150-163.
- 42.Львов О. Музикотерапія як напрямок: історія, розвиток, перспективи, техніки. *Форум психіатрії та психотерапії*. 2019. № 12. С. 126-139. URL: <https://acortar.link/7GbufQ>
- 43.Любан-Плоцца Б., Побережна Г., Белов О. Музика і психіка. Київ : АДЕФ-Україна, 2022. 200 с.
- 44.Міхеєва Л. В., Олійник М. П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Психологічні травелоги*. 2023. № 4 (7). С. 123-129.
- 45.Михайлов Б. В., Риженко С. А., Мороз С. М. Війна в Україні: патоморфоз психічних і поведінкових розладів. Дніпро: Свідлер А. Л., 2019. 377 с.
- 46.Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / за заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків. : ХМАПО, 2014. 223 с.
- 47.Нерубасська А. О., Шепелєва В. С. Вплив музикотерапії на психологічний стан людини. *Габітус*. 2023. Вип. 47. С. 200-203. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.47.35>
- 48.Несен Р. С. Нейропсихологічні аспекти музикотерапії: вплив на активацію мозкових зон. *Науковий вісник Ужгородського національного університету: Серія: Психологія*. 2025. Вип. 2. С. 62-65. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.2.11>

49. Несен Р. С. Музикотерапія як немедикаментозний психокорекційний вплив в емоційному розвитку особистості. *Габітус*. 2025. Вип. 72. С. 117-122. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.72.1.21>
50. Неурова А. Б., Мацевко Т. М. Психологічна діагностика військовослужбовців та підрозділів: навч.-метод. посіб. Львів : Нац. акад. сухопут. військ, 2022. 340 с.
51. Огоренко В. В., Шустерман Т. Й., Ніколенко А. Є., Кокашинський В. О. Дослідження ефективності програми музикопрофілактики тривоги, депресії та стресу у студентів-медиків для зміцнення резилієнтності під час війни в Україні. *Ментальне здоров'я*. 2025. № 2. С. 57-64. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-2005/2025-2.10>
52. Омелянович В. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2019. Вип. 4(1). DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v4i1.183> (дата звернення: 11.06.2025).
53. Побережна Г. І. Музикотерапія як інноваційна технологія особистісного розвитку. *Вища освіта України : теоретичний та науково-методичний часопис*. 2010. № 3. С. 87-97. URL: <https://www.muzterapia.com/wp-content/uploads/2024/03/Inovaciyna-tehnologia.pdf>
54. Психолого-психіатричні наслідки воєнного часу: навчальний посібник / заг. ред. професора В. В. Огоренко; Дніпро: Ліра, 2023. 311 с.
55. Радецька Л. В., Лаба І. О., Смачило А. І., Нечаєва О. О., Лопатенко К. О., Баумер М. М. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України – учасників бойових дій. *Медсестринство*. 2020. Вип. (4). С. 23-26. DOI: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.4.11868>
56. Романенко Ю., Коляденко Н. Посттравматичний стресовий розлад як медико-психо-соціальна проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2021. №2(2). С. 297-304. DOI: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2\(2\)-297-304](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2021-2(2)-297-304)

- 57.Романишин А., Неурова А. Діагностування посттравматичних стресових розладів особового складу після участі в операції об'єднаних сил. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. Т. 62, № 4. С. 127-133. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2021-62-4-127-133>
- 58.Руденко Л. М., Афузова Г. В. Музикотерапія у корекції розладів аутистичного спектра: світовий досвід. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2021. № 41. С. 128-134. DOI: <https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series19.2021.41.18>
- 59.Савельєва-Кулик Н. О. Музична терапія в інтегративній медицині : навчальний посібник. Київ : Інтерсервіс, 2014. 138 с.
- 60.Салюк М., Меркулов М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2024. № 4 (128). С. 114-119. DOI: 10.32839/2304-5809/2024-4-128-42
- 61.Семенюк-Брунський М. В. Музикотерапія як засіб формування здорового суспільства в сучасній Україні. *Інтеграція науки і освіти: розвиток культурних і креативних індустрій* : зб. наук. праць. Київ: КНУТД, 2022. С. 225-227. URL: <https://er.knutd.edu.ua/handle/123456789/20857>
- 62.Чорна В. В., Серебреннікова О. А., Коломієць В. В., Гозак С. В., Єлізарова О. Т., Рибінський М. В., Ангельська В. Ю., Павленко Н. П. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. Вип. 12(124). С. 134-139. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2023-12-124-28>
- 63.Шабутін С., Хміль С., Шабутін І. Зцілення музикою. Тернопіль : Підручники і посібники, 2008. 177 с.
- 64.Шевченко Р. П. Соціально-психологічний супровід військовослужбовців в умовах трансформаційних змін сучасного соціуму: монографія. Київ: Принт-Квік, 2019. 238 с. URL: <https://discovery.kpi.ua/Record/000640619>
- 65.Широбоков Ю. М. Психологія військового полону: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.09. Харків, 2020. 40 с. URL: <https://uacademic.info/ua/document/0520U101468>

66. Широких А., Пантелеймонова Н. Психологічна підтримка військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Психологія: реальність і перспективи : збірник наукових праць*. Рівне, 2024. Вип. 23. С. 187-194. DOI: https://doi.org/10.35619/prap_rv.vi23.404
67. Штегеманн Т., Фітцтум Є. Практичний посібник з музикотерапії. Частина 1. Віденський курс лекцій з музикотерапії – основи та сфери застосування. 2-ге актуалізоване та розширене вид. / пер. з нім. К. Поліщук ; заг. ред. О. Львов. Львів : ПП «Видавництво «БОНА», 2020. 314 с.
68. Adugna D., Yadeta T. A., Dereje J., Firdisa D., Demissie Darcho S., Kassa O., Kitessa M., Gemed A. T. Post-traumatic stress disorder and associated factors among inpatients at Eastern Command Referral Hospital in Dire Dawa, Eastern Ethiopia. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. Article 1373602. DOI: [10.3389/fpsyt.2024.1373602](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1373602)
69. Alexandre A. B., Kasherwa A., Balegamire J. B. M. et al. Bouncing back after trauma: music therapy, gender, and mental health in conflict-ridden settings. *Discover Mental Health*. 2025. Vol. 5, Art. No. 15. DOI: [10.1007/s44192-025-00137-1](https://doi.org/10.1007/s44192-025-00137-1) (дата звернення: 11.06.2025).
70. Beck B. D., Meyer S. L., Simonsen E., Søgaard U., Petersen I., Arnfred S. M. H. Music therapy was noninferior to verbal standard treatment of traumatized refugees in mental health care: Results from a randomized clinical trial. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021. Vol. 12, Iss. 1. Art. No. 1930960. DOI: [10.1080/20008198.2021.1930960](https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1930960)
71. Bhandarkar S., Salvi B. V., Shende P. Current scenario and potential of music therapy in the management of diseases. *Behavioural Brain Research*. 2024. Vol. 458. DOI: [10.1016/j.bbr.2023.114750](https://doi.org/10.1016/j.bbr.2023.114750) (дата звернення: 11.06.2025).
72. Gever V. C., Iyendo T. O., Obiugo-Muoh U. O., Okunade J. K., Agujiobi-Odoh N., Udengwu N., Talabi F. O., Nwokolo P. N. Comparing the effect of social media-based drama, music and art therapies on reduction in post-traumatic symptoms among Nigerian refugees of Russia's invasion of Ukraine. *Journal of Pediatric Nursing*. 2023. Vol. 68. P. 96-102. DOI: [10.1016/j.pedn.2022.11.018](https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.11.018)

- 73.Hruby A., Lieberman H. R., Smith T. Symptoms of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder and their relationship to health-related behaviors in over 12,000 US military personnel: Bi-directional associations. *Journal of Affective Disorders*. 2021. Vol. 283. P. 84-93. DOI: 10.1016/j.jad.2021.01.029
- 74.Lee E., Faber J., Bowles K. A review of trauma specific treatments (TSTs) for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Social Work Journal*. 2022. Vol. 50. P. 147-159. DOI: 10.1007/s10615-021-00816-w
- 75.Ma Y.-M., Yuan M.-D., Zhong B.-L. Efficacy and acceptability of music therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Psychotraumatology*. 2024. No 15(1). P. 151-163. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2342739>
- 76.Obuobi-Donkor G., Oluwasina F., Nkire N., Agyapong V. I. O. A Scoping Review on the Prevalence and Determinants of Post-Traumatic Stress Disorder among Military Personnel and Firefighters: Implications for Public Policy and Practice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, No. 3. DOI: 10.3390/ijerph19031565 (дата звернення: 11.06.2025).
- 77.Pant U., Frishkopf M., Park T., Norris C. M., Papathanassoglou E. A neurobiological framework for the therapeutic potential of music and sound interventions for post-traumatic stress symptoms in critical illness survivors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, Iss. 5. DOI: 10.3390/ijerph19053113 (дата звернення: 11.06.2025).
- 78.Parker D., Younes L., Orabi M., Procter S., Paulini M. Music therapy as a protection strategy against toxic stress for Palestinian refugee children in Lebanon: A pilot research study. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*. 2023. Vol. 15, Iss. 1. P. 57-80. DOI: 10.56883/aijmt.2023.88
- 79.Prykhodko I., Matsehora Y., Kryvokon N., Hunbin K., Kovalchuk O., Antusheva N., Filonenko L. Manifestations of post-traumatic stress in military personnel after participating in hostilities in the Russian-Ukrainian war. *European Journal of*

- Clinical and Experimental Medicine*. 2023. Vol. 21, No. 4. P. 776-784. DOI: 10.15584/ejcem.2023.4.19
80. Sekely A., Malik H. B., Miller K. B., Wang Y., Puente A. E. Post-Traumatic Stress Disorder and Blast Exposure in Active-Duty Military Service Members. *Trauma Care*. 2024. Vol. 4, No. 1. P. 10-21. DOI: 10.3390/traumacare4010002
81. Tedla A., Asnakew S., Legas G., Munie B. M., Tareke M. Post-traumatic stress disorder among military personnel admitted at the Northwest Command Level Three Military Hospital, Bahir Dar, Ethiopia, 2022. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1410630 (дата звернення: 04.06.2025).
82. Thomas R., Chichaya T. A review of literature on the therapeutic use of music with military populations experiencing post-traumatic stress disorder. *Journal of Associated Medical Sciences*. 2023. 56. P. 60-65. DOI: 10.12982/JAMS.2023.054
83. Thorpe A. J., Valentine S. Evaluating the potential of group music therapy for reducing symptoms of anxiety and stress in emergency service personnel: A pilot programme. *British Journal of Music Therapy*. 2025. No 39(1). DOI: <https://doi.org/10.1177/13594575251328283> (дата звернення: 11.06.2025).
84. Vaez N. Healing Through Harmony: Music Therapy as a Complementary Treatment for Post-Traumatic Stress Disorder. *Iranian Biomedical Journal*. 2024. Vol. 28. P. 175-201. DOI: 10.61186/ibj.25th-11th-IACRTIMSS
85. Wang C. C., Emrich M., Rives H., Ovalles A., Wright D., Wyka K., Difede J. Music interventions for posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Journal of Mood & Anxiety Disorders*. 2024. Vol. 6. Art. No. 100053. DOI: 10.1016/j.xjmad.2024.100053 (дата звернення: 14.06.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

**Міссісіпська шкала Т. Кеапе для оцінки посттравматичних реакцій
(військовий варіант) [1, с. 160-165]**

Реєстраційний бланк

ПІБ _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Вік _____ Дата дослідження _____

Інструкція

Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5». Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці.

Опитувальник

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
	1	2	3	4	5
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.	1	2	3	4	5
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним.	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю що	1	2	3	4	5

хочу покінчити з собою.					
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.	1	2	3	4	5
Я відчуваю, що більше не можу.	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.	1	2	3	4	5
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися.	1	2	3	4	5
21. Я без причини плачу.	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю.	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які	1	2	3	4	5

трапилися зі мною, коли я служив в армії.					
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати.	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.	1	2	3	4	5

Ключ

Відповідь	Номера тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$.

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів.

Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

За даними В. Шаніна:

- добре адаптовані – 76 ± 18 ;

- психічні розлади – 86 ± 26 ;
- ПТСР – 130 ± 18 .

**Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) за даними
Н. Тарабріної**

Співробітники МВС	64,65±16,13
Військовослужбовці	73,76±19,64
Ветерани Афганістану, «норма»	70,18±11,76
Ветерани Афганістану, ПТСР	92,00±15,55

Додаток Б

Шкала самооцінки PCL-M (військовий варіант) [1, с. 137]

Реєстраційний бланк

ПІБ _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Вік _____ Дата дослідження _____

Інструкція

Внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду. Прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «х» у графі, що найбільш чітко відображає частоту, з якою Вас турбувало це питання минулого місяця.

Опитувальник

№	Питання	Не було зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?					
2	Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?					
3	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або почуваетесь, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється?					
4	Почуваетесь пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну подію з минулого?					
5	Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття, проблеми з диханням, сильне потіння) коли щось нагадує вам про травматичний досвід з минулого?					
6	Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?					
7	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують травматичний досвід з минулого?					
8	Відчували труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?					
9	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?					
10	Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей?					
11	Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?					

12	Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?					
13	Труднощі із засинанням або переривчастий поверхневий сон?					
14	Відчуття роздратування або вибухи гніву?					
15	Труднощі з концентрацією уваги?					
16	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?					
17	Відчуваєте себе знервованим/ою (смиканий) або легко лякаєтесь?					

Обробка та інтерпретація результатів

Обробка результатів передбачає підрахунок загальної кількості балів, отриманих респондентом за всіма 17 пунктами опитувальника. Кожен пункт оцінюється за п'ятибальною шкалою: від 1 («зовсім ні») до 5 («дуже виражено»), що відображає частоту прояву кожного симптому.

Таким чином, загальний діапазон результатів становить від 17 до 85 балів. Чим вищий сумарний бал, тим вираженіші симптоми посттравматичного стресового розладу. На думку авторів методики, граничним показником для ймовірного діагнозу ПТСР є 50 балів і більше. Такий результат свідчить про наявність у респондента виражених постстресових проявів і потребу у психологічній допомозі. Якщо показник нижчий за 50 балів, це може свідчити про відсутність клінічно значущого рівня ПТСР, однак за наявності окремих симптомів доцільно провести додаткове обстеження.

Додаток В

Шкала депресії Бека (BDI) [1, с. 121-124]

Реєстраційний бланк

ПІБ _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Вік _____ Дата дослідження _____

Інструкція

Опитувальник складається з груп тверджень, що описують різні прояви емоційного стану. Уважно прочитайте кожен групу та оберіть одне твердження, яке найбільш точно відображає ваше самопочуття, думки й настрої саме сьогодні. Важливо: спочатку ознайомтеся з усіма варіантами в межах однієї групи, а потім зробіть свій вибір.

Опитувальник

№	Питання	Ваша відповідь
1	0. Я не сумую 1. Мені погано і сумно 2. Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою вдіяти 3. Мені так погано і сумно, що я не в змозі більше терпіти	
2	0. Майбутнє не лякає мене 1. Я боюся майбутнього 2. Нічого хорошого в майбутньому мене не чекає 3. Моє майбутнє безпросвітне	
3	0. Я не відчуваю себе невдахою 1. У моєму житті невдач і провалів було більше, ніж у будь-кого іншого 2. Коли я оглядаюся на своє життя, я бачу в ньому багато невдач 3. Я відчуваю, що я – цілковитий невдаха	
4	0. Я отримую задоволення від улюблених занять і речей 1. Я не отримую такого задоволення, як раніше від улюблених занять та речей 2. Я ні від чого не отримую задоволення 3. Будь-яке заняття викликає в мені нудьгу та тугу	
5	0. Я не відчуваю себе винуватим 1. Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо 2. Більшість часу я відчуваю себе винуватим 3. Я постійно відчуваю провину	
6	1. Я не вважаю, що заслуговую покарання 2. Я допускаю, що заслуговую покарання 3. Я вважаю, що маю бути покараним	

	4. Я відчуваю, що доля карає мене	
7	0. Я в основному задоволений тим, ким я є 1. Я незадоволений собою. 2. Я гидкий собі. 3. Я ненавиджу себе.	
8	0. Я не думаю, що я гірший, ніж інші люди 1. Я критикую себе за слабкості та помилки 2. Я постійно докоряю собі за різні помилки 3. Я докоряю собі за усе погане, що діється навколо	
9	0. У мене не виникає думок про самогубство 1. У мене бувають думки про самогубство, але я знаю, що не зроблю цього 2. Я хочу вмерти і планую самогубство 3. Якщо б була нагода, я б зробив самогубство	
10	0. Я не плачу більш часто, ніж звичайно 1. Я плачу частіше, ніж звичайно 2. Я увесь час плачу 3. Раніше я часто плакав, але тепер не можу заплакати навіть тоді, коли мені цього хочеться	
11	0. Я спокійний 1. Мене легко роздратувати 2. Я постійно відчуваю роздратування та почуття внутрішнього незадоволення. 3. Мені все байдуже, навіть те, що раніше дратувало мене	
12	0. Я не втратив цікавості до людей 1. Люди цікавлять мене менше, ніж раніше 2. Я майже повністю втратив інтерес до людей 3. Люди мені глибоко байдужі	
13	0. Мені не є важче, ніж звичайно приймати рішення 1. Тепер частіше, ніж раніше я зволікаю з прийняттям рішень 2. Мені дуже важко прийняти будь-яке рішення 3. Я не в стані приймати жодних рішень	
14	0. Я не вважаю, що виглядаю гірше, ніж звичайно 1. Мене турбує, що я виглядаю дещо гірше ніж звичайно і старшим, ніж на свій вік 2. Я відчуваю, що з кожним днем виглядаю усе гірше 3. Я переконаний, що виглядаю жахливо	
15	0. Мені працюється так, як і раніше	

	1. Тепер мені часто доводиться змушувати себе братися до праці 2. Я з великою трудністю змушую себе взятися до праці 3. Я не в стані працювати	
16	0. Я сплю не менше і не гірше, ніж раніше 1. Я сплю гірше, ніж раніше 2. Я буджуся на 1-2 години раніше, ніж звичайно і мені важко знову заснути 3. Я буджуся на декілька годин раніше, ніж звичайно і вже не можу заснути	
17	0. Я не втомлююся більше, ніж звичайно 1. Я втомлююся значно легше, ніж раніше 2. Я втомлююся від будь-якого заняття 3. Я чуюся настільки втомленим, що не в стані будь-чим займатися	
18	0. У мене нормальний апетит 1. У мене погіршився апетит 2. У мене майже відсутній апетит 3. У мене зовсім нема апетиту	
19	0. Мені легко спілкуватися з людьми 1. Мені доводиться змушувати себе спілкуватися з людьми 2. Мені дуже важко спілкуватися з людьми 3. Я абсолютно не спілкуюся з людьми	
20	0. Я відчуваю себе цілком здоровим 1. Мене турбують проблеми, пов'язані з моїм здоров'ям (запор, пронос, біль тощо) 2. Я дуже занепокоєний наявними в мене фізичними симптомами 3. Я настільки занепокоєний станом свого тілесного здоров'я, що практично не можу думати ні про що інше	
21	0. Мій сексуальний потяг зберігся на колишньому рівні 1. Мій сексуальний потяг знизився 2. Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу 3. Секс мене абсолютно не цікавить	

Обробка та інтерпретація результатів

За кожну відповідь нараховується певна кількість балів:

«0» – 0 балів,

«1» – 1 бал,

«3» – 3 бали,

«4» – 4 бали.

Загальний бал визначається шляхом підсумовування результатів за всіма пунктами опитувальника. Інтерпретація здійснюється за такими рівнями:

0-4 бали – депресія відсутня;

5-7 балів – легкий ступінь депресії;

8-15 балів – середній ступінь депресії;

16 і більше балів – високий рівень депресії.

Шкала градуально оцінює вираженість 21 симптому депресії, які поділяються на дві субшкали:

1. Когнітивно-афективна субшкала (CA): пункти 1-13.

2. Субшкала соматичних проявів (SP): пункти 14-21.

Додаток Д

Шкала тривоги Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI) [1, с. 97-99]

Реєстраційний бланк

ПІБ _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Вік _____ Дата дослідження _____

Інструкція

Перед вами перелік тверджень, які описують різні емоційні стани. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та оберіть той варіант відповіді, який найбільш точно відповідає вашому стану або відчуттям.

У бланку відповіді позначаються знаком у відповідній графі: «Ніколи» – якщо ви зовсім не відчуваєте описаного стану; «Майже ніколи» – якщо такий стан виникає зрідка; «Часто» – якщо він повторюється доволі регулярно; «Майже завжди» – якщо ви відчуваєте це постійно.

Важливо: немає «правильних» чи «неправильних» відповідей. Головне – щирість і точність у відображенні власних почуттів.

Опитувальник

Питання	Ніколи	Майже ніколи	Часто	Майже завжди
<i>Шкала ситуативної тривожності</i>				
1. Я спокійний				
2. Мені ніщо не загрожує				
3. Я перебуваю в напруженні				
4. Я внутрішньо скутий				
5. Я відчуваю себе вільно				
6. Я засмучений				
7. Мене хвилюють можливі невдачі				
8. Я відчуваю душевний спокій				
9. Я стривожений				
10. Я відчуваю внутрішнє задоволення				
11. Я впевнений в собі				
12. Я нервуюсь				
13. Я не знаходжу собі місця				
14. Я напружений				
15. Я не відчуваю скутості, напруження				
16. Я задоволений				
17. Я стурбований				
18. Я дуже збуджений і мені не по собі				
19. Мені радісно				

20. Мені приємно				
<i>Шкала особистої тривожності</i>				
1. У мене буває піднесений настрій				
2. Я буваю дратівливим				
3. Я легко впадаю в розпач				
4. Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші				
5. Я тяжко переживаю неприємності та довго не можу про них забути				
6. Я відчуваю приплив сил і бажання працювати				
7. Я спокійний, урівноважений та зібраний				
8. Мене турбують можливі труднощі				
9. Я дуже переживаю через дрібниці				
10. Я буваю цілком щасливий				
11. Я все приймаю близько до серця				
12. Мені не вистачає впевненості в собі				
13. Я відчуваю себе беззахисним				
14. Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів				
15. У мене буває хандра				
16. Я буваю задоволений				
17. Усілякі дрібниці відволікають і хвилюють мене				
18. Буває, що я відчуваю себе невдахою				
19. Я врівноважена людина				
20. Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи				

Обробка та інтерпретація результатів STAI

Обробка результатів включає наступні етапи:

1. Визначення показників ситуативної та особистісної тривожності за допомогою ключа.

2. На основі оцінки рівня тривожності – складання рекомендацій для корекції поведінки випробуваного.

3. Обчислення середньогрупового показника ситуативної тривожності (СТ) й особистісної тривожності (ОТ) та їх порівняльний аналіз залежно, наприклад, від статевої приналежності респондентів.

При аналізі результатів самооцінки треба мати на увазі, що загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати в діапазоні від 20 до 80 балів. Чим вищим є підсумковий показник, тим вищий рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При загальній інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів – низький рівень тривожності;
- 31-44 бали – помірний рівень тривожності;
- 45 і більше балів – високий рівень тривожності.

Порівняльний аналіз результатів за двома підшкалами дає змогу оцінити не лише загальний рівень тривожності, але й індивідуальну значущість стресової ситуації для конкретної особи. Це дозволяє визначити, чи є тривожність реакцією на актуальні обставини, чи вона виступає стійкою особистісною характеристикою.

Додаток Е

Шкала самооцінки психофізіологічного стану О. Кокуна [1, с. 103-105]

Реєстраційний бланк

ПІБ _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____
Вік _____ Дата дослідження _____

Інструкція

Будь ласка, за допомогою наведених нижче шкал оцініть свій поточний психофізіологічний стан. Поставте вертикальну риску у тому місці шкали, яке, на вашу думку, найточніше відображає ваш стан у даний момент. Ліва сторона шкали відповідає найгіршому можливому самопочуттю, права – найкращому. Намагайтеся відповідати щиро, орієнтуючись на свої реальні відчуття.

Шкала		
найгірше	САМОПОЧУТТЯ	найкраще
найнижча	АКТИВНІСТЬ	найвища
найгірший	НАСТРІЙ	найкращий
найнижча	ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ	найвища
найнижча	ЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ ДО УЧАСТІ В ВІЙНІ	найвища
найнижче	БАЖАННЯ ВИКОНУВАТИ ЗАВДАННЯ В ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ	найвище
найнижча	ВПЕВНЕНІСТЬ У СВОЇХ СИЛАХ	найвища

Обробка результатів

Діагностична процедура полягає в тому, що респонденту пропонується оцінити різні характеристики свого стану на даний момент, відмітивши відповідне місце на неградуєваній шкалі (яка являє собою пряму лінію довжиною 100 мм) вертикальною рискою, з урахуванням того, що лівий край шкали означає мінімальне, а правий – максимально можливе для респондента виявлення певної характеристики.

Кількісні показники (від 1 до 100) отримуються за допомогою прикладання на неградуєвану шкалу лінійки і визначення відстані (у міліметрах) від лівого краю шкали до позначеного респондентом місця.

Інтерпретація результатів

Від 1 до 20 – низький показник; від 21 до 40 – нижче середнього; від 41 до 60 – середній; від 61 до 80 – вище середнього; від 81 до 100 – високий. Слід зауважити, що методика, насамперед, призначена для багаторазової фіксації і порівняння індивідуальних для кожного респондента показників, а не для порівняння показників, отриманих різними особами.

Додаток Ж

Музикотерапевтична програма психологічної підтримки «Гармонія відновлення»

Мета програми: зниження рівня емоційної напруги та симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), розвиток навичок емоційної саморегуляції, відновлення внутрішнього відчуття спокою, гармонізації психофізіологічного стану та формування стресостійкості у військовослужбовців.

Цільова група: 30 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях і мають прояви тривожності, емоційного виснаження, порушень сну, депресивних симптомів чи ПТСР.

Формат проведення: групові заняття (10 осіб у групі) у спокійному приміщенні з комфортною акустикою; поєднання рецептивної (прослуховування музики) та активної (вокальні, ритмічні, творчі) музикотерапії, технік дихання, релаксації та невербальної взаємодії.

Тривалість програми: 4 тижні (8 занять), частота – 2 рази на тиждень, тривалість кожного заняття – 60 хвилин.

Структура програми

Заняття	Тривалість	Зміст та вправи
<i>Тиждень 1</i>		
Заняття 1. Вступ та створення безпечного простору	60 хв.	Вступ (10 хв): ведучий пояснює мету програми, знайомить з правилами безпечної взаємодії (добровільність, конфіденційність, повага). Формується груповий контракт. Вправа «Музика мого настрою» (20 хв): кожен учасник обирає з кількох уривків музики той, що найбільш точно відповідає його емоційному стану. Після прослуховування коротке обговорення. Міні-лекція «Як музика впливає на емоції» (15 хв): пояснюється вплив ритму, темпу, гармонії на нервову систему та емоційний стан. Релаксація «Музичне дихання» (15 хв): учасники виконують вправу дихання під спокійну мелодію (4 секунди вдих – 4 пауза – 4 видих – 4 пауза).
Заняття 2. Звук і тіло	60 хв.	Вступ (10 хв): коротке обговорення вражень після першого заняття. Практика «Ритм серця» (20 хв): учасники вчаться відчувати свій ритм через дихання і

		легке простукування долонями. Це допомагає синхронізувати тілесний і емоційний стан. Музикотерапевтична вправа «Тіло звучить» (20 хв): використовуючи перкусійні інструменти або власне тіло (плески, удари по колінах), учасники створюють «звуковий діалог». Підсумкове коло (10 хв): учасники діляться відчуттями тіла після вправи.
<i>Тиждень 2</i>		
Заняття 3. Вивільнення напруги через звук	60 хв.	Вступ (10 хв): коротке нагадування правил і теми заняття. Вправа «Звук емоції» (20 хв): кожен обирає звук або коротку фразу, яка виражає його емоційний стан. Група повторює ці звуки, утворюючи «емоційний хор». Музикотерапія «Звук шторму і тиші» (20 хв): учасники прослуховують спочатку динамічну музику з різкими темпами (символ «шторму»), потім спокійну мелодію («тиша»). Обговорюють, як змінювався їхній стан. Підсумкове коло (10 хв): учасники описують, які емоції вдалося вивільнити.
Заняття 4. Музика як засіб заспокоєння	60 хв.	Вступ (10 хв): коротке обговорення попереднього досвіду та емоційних змін після попередніх занять. Музикотерапевтична сесія «Мелодія спокою» (25 хв): учасники розташовуються зручно, заплющують очі та прослуховують добірку композицій, спеціально підібраних для зниження рівня психоемоційної напруги: Л. Бетховен «Місячна соната»; К. Дебюссі «Clair de Lune»; Е. Морріконе «Gabriel's Oboe» із фільму <i>The Mission</i>; М. Скорик «Мелодія»; українська народна пісня «Ой ходить сон коло вікон» у інструментальному виконанні бандури. Під час прослуховування ведучий пропонує зосередитись на власному диханні та тілесних відчуттях, дозволяючи

		музиці «очистити» внутрішній простір від напруги. Рефлексія (15 хв): кожен учасник ділиться своїми відчуттями, що змінилося у тілі, диханні, думках. Обговорення сприяє усвідомленню емоційного розвантаження та формуванню зв'язку між музичним сприйняттям і станом спокою. Заключна вправа «Тиха хвиля» (10 хв): ведучий проводить візуалізацію під тиху інструментальну мелодію (фортепіано). Учасники уявляють себе біля моря, де кожна хвиля м'яко змиває напругу й наповнює тіло світлом і легкістю. Заняття завершується кількома хвилинами тиші для закріплення стану внутрішньої рівноваги.
<i>Тиждень 3</i>		
Заняття 5. Відновлення внутрішнього ресурсу	60 хв.	Вступ (10 хв): нагадування про важливість ресурсу у стресових умовах. Асоціативна вправа «Музика мого ресурсу» (25 хв): учасники обирають мелодію, яка викликає почуття сили, віри або надії. Обговорення, чому саме ця музика є «підтримуючою». Релаксаційна практика під музику (15 хв): глибоке дихання з фокусом на образі сили. Підсумкове коло (10 хв): учасники діляться внутрішніми ресурсами, які відчули.
Заняття 6. Групова взаємопідтримка через музику	60 хв.	Вступ (10 хв): коротке обговорення теми «підтримка один одного». Музична імпровізація «Єдине коло» (25 хв): група розташовується у колі. Кожен учасник отримує простий інструмент – барабан, маракас, бубон або дзвіночок. За відсутності інструментів використовуються плески в долоні чи ритмічні удари по столу. Ведучий задає базовий ритм, до якого поступово долучаються інші. Темп і звучання поступово синхронізуються, створюючи гармонійну

		«звукову хвилю», що символізує єдність і взаємопідтримку. Наприкінці імпровізації звучання сповільнюється, переходячи у м'яку тишу, яка підкреслює згуртованість групи. Обговорення (15 хв): учасники діляться враженнями про взаємодію в групі. Заключна вправа «Мелодія єдності» (10 хв): група спільно співає або наспівує просту мелодію української народної пісні «Несе Галя воду» чи «Тихо над річкою» у повільному, гармонійному темпі. Завершується заняття коротким моментом тиші, який символізує внутрішню гармонію, взаєморозуміння та підтримку між учасниками.
<i>Тиждень 4</i>		
Заняття 7. Відновлення віри та спокою	60 хв.	Вступ (10 хв): коротке обговорення, що дає відчуття спокою та віри у майбутнє. Музикотерапія «Музика світла» (25 хв): учасники зручно розташовуються у приміщенні з приглушеним освітленням. Під час сесії відтворюється добірка творів із м'якою гармонійною структурою, що символізують внутрішнє відродження та спокій: Й. Бах «Арія» з оркестрової сюїти №3; М. Скорик «Мелодія»; Л. Ейнауді «Nuvole Bianche»; колискова «Ой ходить сон коло вікон» у сучасному інструментальному аранжуванні. Під час прослуховування ведучий пропонує сконцентрувати увагу на відчуттях у тілі, кольорах і образах, які виникають у свідомості. Вправа «Мій музичний талісман» (15 хв): кожен обирає фрагмент музики, який викликає відчуття безпеки; ведучий пропонує зберегти його як «особисту підтримку». Підсумкове коло (10 хв): учасники діляться відчуттям внутрішнього миру.
Заняття 8.	60 хв.	Вступ (10 хв): налаштування на завершення

Підсумок і рефлексія	програми. Вправа «Моя мелодія відновлення» (20 хв): кожен учасник обирає або створює музичний фрагмент, який відображає його нинішній емоційний стан – відчуття гармонії, спокою, віри в себе. Це може бути улюблена композиція, уривок із попередніх сесій чи імпровізована мелодія, виконана на елементарному інструменті (дзвіночок, барабан, ксилофон). Мета вправи – усвідомити власні зміни, закріпити позитивний досвід і створити «музичний символ» свого відновлення. Групове обговорення (20 хв): учасники діляться, як змінилося їхнє самопочуття, емоційна стабільність, ставлення до себе й до інших від початку програми. Обговорюється, які техніки чи мелодії стали для них найбільш ефективними у знятті напруги, що вони планують використовувати надалі для самопідтримки. Ведучий допомагає учасникам побачити позитивну динаміку. Завершальне коло (10 хв): обмін побажаннями, прослуховування спільної композиції як символу єдності й гармонії.
-----------------------------	--