

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Острозька академія»
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня бакалавра
на тему:
«ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ
ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ МАТЕРИНСЬКОЇ ДЕПРИВАЦІЇ»

Виконала студентка 4 курсу, групи Пс-4
Напряму підготовки 053 «Психологія»
Баранович Софія Василівна

Керівник – доктор психологічних
наук, професор
Гандзілевська Галина Борисівна
Рецензент – доктор психологічних
наук, доцент
Августюк Марія Миколаївна

Допущено до захисту:
Завідувач кафедри: _____
Оксана МАТЛАСЕВИЧ

Острог, 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ МАТЕРИНСЬКОЇ ДЕПРИВАЦІЇ ТА МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	9
1.1. Психологічна сутність та основні підходи до вивчення материнської депривації.....	9
1.2. Психологічні наслідки материнської депривації для емоційного, особистісного розвитку та міжособистісної взаємодії.....	14
1.3. Музична терапія у психологічній корекції: теоретичні основи та механізми впливу	17
ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1	24
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ОСІБ З ДОСВІДОМ МАТЕРИНСЬКОЇ ДЕПРИВАЦІЇ	26
2.1. Методологічне обґрунтування та організація дослідження	26
2.2. Аналіз результатів констатувального етапу	33
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРОГРАМА З ВИКОРИСТАННЯМ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ	46
3.1. Структура та зміст корекційно-розвивальної програми	46
3.2. Аналіз результатів контрольного етапу та оцінка ефективності програми .	48
3.3. Практичні рекомендації.....	63
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	67
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	72
ДОДАТКИ.....	81

ВСТУП

Материнська депривація пов'язана з труднощами розвитку прив'язаності, емоційної регуляції та соціальної адаптації, наслідки яких супроводжують особистість упродовж усього подальшого життя [2; 53; 62]. За своєю природою депривація не зводиться до фізичної відсутності матері. У значно поширенішій своїй формі вона виявляється як відсутність живої емоційної відповіді на дитяче існування, нездатність значущого іншого підтвердити, що дитина почута, відчута, прийнята [19; 55]. Сучасні дослідження фіксують, що навіть короткочасна сепарація у ранньому онтогенезі залишає стійкий нейробіологічний слід, підвищуючи вразливість до тривожних і депресивних розладів у подальшому житті [27; 29; 43; 57].

Особливе місце у структурі материнської депривації посідає її емоційна форма, концептуально виокремлена ще в роботах Л. Ярроу та М. Раттера, які наголосили на принциповій відмінності між фізичною сепарацією й порушенням якості материнського відгуку [53; 62]. У цьому випадку мати може фізично перебувати поруч із дитиною та виконувати доглядові функції, але залишатися емоційно недоступною, нечутливою до її потреб або непослідовною у вияві теплоти й прийняття [2; 3; 36]. Попри відсутність фізичної сепарації, така взаємодія негативно впливає на психічний розвиток дитини. За даними К. А. Штефан та співавторів, тип прив'язаності є важливим чинником розвитку емоційної регуляції, тоді як ненадійні форми прив'язаності можуть бути пов'язані з меншою гнучкістю у використанні адаптивних стратегій. [55]. На думку В. Л. Ла Роса та Є. Коммодарі, стабільна емоційна доступність матері сприяє психоемоційному розвитку дитини на ранніх етапах онтогенезу. [36].

Наслідки ранньої депривації не обмежуються труднощами раннього розвитку. У юнацькому віці вони виявляються у підвищеній тривожності, депресивній симптоматиці, агресивних реакціях та ригідних стратегіях конфліктної поведінки [3; 4; 51]. І хоча виклики сучасності становлять випробування для всього покоління, особи з досвідом дитячої емоційної

депривації виявляють підвищену вразливість до них, що своєю чергою зумовлює зростання ризику психічних і соматичних розладів. Масштаб явища в українському воєнному контексті робить пошук доказово обґрунтованих методів психологічної допомоги нагальним завданням, що потребує глибокого теоретичного підґрунтя. Без розуміння того, через які саме психологічні механізми відновлюється здатність до емоційного контакту, будь-яка практична інтервенція ризикує залишитися ситуативним симптоматичним заходом, а не засобом реального відновлення.

У пошуках шляхів розв'язання цієї проблеми дедалі більшу увагу дослідників привертає музична терапія як форма терапевтичної комунікації, що забезпечує доступ до досвіду, недостатньо представленого або недоступного для вербалізації. [5; 23; 34]. Музика організована у часі за тими самими законами, за якими організована рання діадна взаємодія, через ритм, динаміку, паузу і відгук. Саме тому ритмічна синхронізація, контейнерування емоційних станів і спільне звукове переживання сприяють відновленню доступу до тих структур довербального досвіду, які виявляються заблокованими внаслідок порушень ранньої прив'язаності та пов'язаного з ними травматичного досвіду [11; 34; 59]. Міжнародні систематичні огляди та метааналізи підтверджують ефективність музикотерапевтичних інтервенцій щодо емоційної регуляції, зокрема, редукції тривожності [44], проявів депресивної симптоматики [38] та у підтримці афективної регуляції через цілеспрямований вплив на нейронні мережі емоційного реагування [60]. Доказова база щодо застосування музичної терапії для пом'якшення наслідків емоційної депривації у студентів юнацького віку в українській психологічній науці залишається недостатньо систематизованою. Зазначене протиріччя між соціальним запитом та рівнем теоретико-методичного забезпечення зумовлює актуальність обраної теми дослідження.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричній перевірці ефективності музичної терапії як засобу пом'якшення психологічних наслідків емоційної депривації у студентів юнацького віку.

Об'єктом дослідження є психологічні наслідки материнської депривації в юнацькому віці.

Предметом дослідження є особливості застосування музичної терапії для пом'якшення психологічних наслідків материнської депривації у студентів юнацького віку.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз ранньої материнської депривації як психологічного феномену та систематизувати основні наукові підходи до її вивчення.
2. Розкрити емоційну депривацію як операціональний прояв ранньої материнської депривації та охарактеризувати її психологічні наслідки в юнацькому віці.
3. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи до застосування музичної терапії як засобу психологічної корекції емоційних і поведінкових порушень.
4. Обґрунтувати та реалізувати психодіагностичний інструментарій для вивчення рівня тривожності, агресивності, депресивних проявів, конфліктної поведінки та суб'єктивного переживання взаємин із матір'ю у юнаків.
5. Розробити й апробувати короткострокову корекційно-розвивальну програму на основі музикотерапевтичного підходу DrumPower.
6. Провести порівняльний аналіз результатів первинного та повторного психодіагностичного обстеження, оцінивши ефективність музикотерапевтичної програми щодо досліджуваних показників.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні, що якщо наслідками емоційної депривації осіб юнацького віку є підвищений рівень тривожності, депресивності та агресивних імпульсів, що перешкоджають конструктивній соціальній взаємодії, то заняття з музичної терапії сприятимуть її підвищенню через зниження цих проявів.

Методологія дослідження. Для реалізації поставлених завдань використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку емоційного стану юнаків і дівчат та особливостей їхнього переживання материнсько-дитячих стосунків. У межах цього дослідження емоційна депривація розглядається як суб'єктивно пережитий дефіцит емоційної доступності, підтримки та афективного відгуку з боку близьких осіб, передусім материнської фігури. Дослідження зосереджується переважно на переживанні емоційної дистанції у взаєминах із матір'ю, а не на клінічних формах деприваційних порушень чи повній фізичній сепарації.

Окремої уваги потребує проблема емоційної депривації в умовах збройного конфлікту. Вимушені розлуки, психологічне виснаження батьків, хронічний стрес та емоційна перевантаженість можуть ускладнювати підтримання стабільного емоційного контакту в сім'ї навіть за умови фізичної присутності близьких. Для емпіричної ідентифікації емоційної депривації та оцінки її психологічних наслідків використано поєднання авторського діагностичного інструменту та стандартизованих психодіагностичних методик.

Психодіагностичний комплекс охопив п'ять методик, дібраних відповідно до предмета дослідження та цільових показників впливу: шкала тривожності С. Спілбергера (в адаптації для україномовної вибірки) для оцінки реактивної та особистісної тривожності [9]; опитувальник агресивності А. Басса - А. Дарки в адаптації О. К. Осницького для вивчення агресивних і ворожих реакцій [7]; опитувальник РНҚ-9 для оцінки депресивної симптоматики [9]; методика К. Томаса в адаптації Н. В. Гришиної для дослідження стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях [6]. Для вивчення суб'єктивних уявлень респондентів про емоційну доступність матері та можливих проявів соціально бажаного реагування використовувався авторський опитувальник «Особливості емоційного зв'язку з материнською фігурою» використовувався.

Застосований комплекс методик дозволив оцінити емоційні, поведінкові та міжособистісні особливості учасників дослідження, необхідні для аналізу ефективності корекційної програми.

Статистична обробка здійснювалася в середовищі MS Excel 2021 та IBM SPSS Statistics 26.0 із застосуванням непараметричних критеріїв Манна–Уїтні та Вілкоксона ($p \leq 0,05$) з розрахунком розміру ефекту r для оцінки практичної значущості отриманих змін.

Експериментальна база дослідження. Дослідження проводилося на базі Рівненського музичного училища РДГУ. У дослідженні брали участь 30 студентів віком 17–19 років, з яких 15 склали експериментальну групу та 15 контрольну.

Наукова новизна дослідження. Розроблено та апробовано програму музикотерапевтичних занять на основі методу DrumPower для студентів юнацького віку з ознаками материнської депривації. Визначено особливості впливу короткострокової музикотерапевтичної програми на окремі показники психічного функціонування, зокрема рівень тривожності, агресивності, ворожості та особливості конфліктної поведінки. Уточнено теоретико-методичні засади застосування ритмічно-музикотерапевтичних засобів у роботі зі студентами-музикантами з урахуванням специфіки їхньої професійної підготовки.

Практичне значення дослідження. Узагальнені й систематизовані у теоретичній частині підходи до розуміння емоційної депривації, виокремлені чинники її формування та особливості проявів у юнацькому віці можуть бути використані у викладанні навчальних дисциплін з вікової, клінічної та консультативної психології. Розроблена корекційно-розвивальна програма може використовуватися у психологічних службах закладів вищої та фахової передвищої освіти, музичних училищах, а також у роботі практичних психологів і музикотерапевтів зі студентами юнацького віку, які мають ознаки емоційної депривації. Сформульовані методичні рекомендації призначені для викладачів закладів музичної освіти та фахівців психологічних служб.

Структура роботи. Робота обсягом 93 сторінки містить вступ, три розділи, висновки до розділів, загальні висновки, список використаних джерел і додатки; обсяг основного тексту становить 69 сторінок. Список використаних

джерел налічує 64 найменувань. У першому розділі розкрито психологічну сутність материнської депривації, її наслідки для емоційного та особистісного розвитку, а також теоретичні основи механізму впливу музичної терапії у психологічній корекції. Другий розділ присвячено емпіричному дослідженню: обґрунтовано методологію, охарактеризовано організацію дослідження та проаналізовано результати констатувального етапу. У третьому розділі представлено корекційно-розвивальну програму з використанням методу DrumPower, оцінено її ефективність за даними контрольного етапу та сформульовано практичні рекомендації для фахівців.

Публікації. За матеріалами дослідження опубліковано наукову статтю у фаховому виданні [10] та дві тези доповідей на науково-практичних конференціях [1; 12]; у зазначених працях розглядаються окремі аспекти депривуючого досвіду в дитячому віці та його впливу на психологічну адаптацію, що є суміжною проблематикою щодо теми кваліфікаційної роботи.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ МАТЕРИНСЬКОЇ ДЕПРИВАЦІЇ ТА МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

1.1. Психологічна сутність та основні підходи до вивчення материнської депривації

Проблема наслідків материнської депривації залишається в центрі уваги психологічної науки протягом кількох десятиліть. Попри значний обсяг досліджень, зміст цього поняття та механізми його впливу на розвиток особистості й досі є предметом наукових дискусій, що відображає складність і багатовимірність феномену.

У широкому розумінні материнська депривація розглядається як стан, за якого дитина впродовж раннього розвитку позбавлена достатнього, стабільного і теплого контакту з матір'ю або постійною особою, що її замінює. Р. Б. Бернс визначав явище через відсутність або переривання материнського догляду, що тягне за собою серйозні порушення психічного розвитку дитини [18]. Л. Каслер у 1960-х роках піддав критичному аналізу широко вживане поняття, вказавши, що воно охоплює надто різноманітні явища: позбавлення матері як фізичної особи, сенсорної стимуляції, соціальної взаємодії та специфічної прив'язаності утворюють різні феномени зі своїми механізмами впливу [19]. Л. Й. Ярроу наголосив на необхідності відмови від розпливчастого терміну на користь операціоналізованих змінних, зокрема тривалості розлучення, якості замісного догляду та індивідуальних характеристик дитини [64]. Я. Гошовський розглянув депривацію як системний феномен, підкреслюючи, що йдеться про порушення цілісної системи взаємодії між дитиною та її соціальним оточенням [3], а Н. С. Дмитріюк наполягає на теоретико-методологічній диференціації різних форм депривації, сенсорної, емоційної, соціальної та материнської, як відносно самостійних феноменів із власними детермінантами [4].

М. Раттер суттєво розширив розуміння материнської депривації, показавши, що це поняття охоплює різні форми дефіциту материнської турботи, які мають неоднакові психологічні наслідки. Водночас вирішальним чинником

розвитку дитини є не сам факт розлучення з матір'ю, а якість замісного догляду та можливість формування надійної прив'язаності до значущого дорослого. [55]. Ідея знайшла підтвердження у спостереженнях Дж. і Дж. Робертсон: діти, котрі переживали розлучення в умовах теплого, чуйного замісного догляду, демонстрували значно менш виражені порушення, ніж ті, хто потрапляв у стерильне інституційне середовище [54].

Розмежування між формальною відсутністю матері та якістю емоційної взаємодії є концептуально важливим для розуміння сутності депривації. Л. І. Відніченко та О. В. Літвінова підкреслюють, що материнська депривація може мати місце навіть за фізичної присутності матері, якщо остання емоційно недоступна або нечутлива до потреб дитини [2]. Якщо фізична сепарація передбачає буквальну відсутність матері, то емоційна депривація локалізується всередині збереженої взаємодії, де мати залишається доступною як фігура догляду, проте не виконує функції емоційного дзеркала, контейнера переживань і джерела безпеки [19; 64]. Дослідження Л. А. Гранде та ін. засвідчило, що якісна материнська турбота амортизує негативні наслідки пренатального материнського дистресу, тоді як відсутність чуйної взаємодії посилює шкідливий вплив ранніх несприятливих умов [43].

Клінічна картина емоційної депривації охоплює недостатнє материнське дзеркалення емоційних станів дитини, нерегулярність та непередбачуваність відгуків матері, нестачу контейнерування афективних переживань і брак спільної регуляції афекту. Дослідження К. А. Штефан, Й. Аврам та М. Міклеа показує, що тип сформованої прив'язаності суттєво впливає на здатність дитини усвідомлювати й застосовувати стратегії емоційної регуляції, причому ненадійні форми прив'язаності пов'язані зі звуженням репертуару адаптивних стратегій [57]. В. Л. Ла Роса та Є. Коммодарі акцентують на ролі стабільної емоційної доступності матері від пренатального періоду до раннього дитинства [37], а Д. Туркова розглядає тілесний компонент порушеної ранньої взаємодії як індикатор емоційної депривації, що позначається на розвитку тілесного «Я» в немовлячому віці [61]. Психологічні наслідки емоційної форми у віддалених вікових періодах

виявляють відносну стійкість та охоплюють тривожність, депресивну симптоматику, агресивні прояви й порушення стратегій конфліктної поведінки [57]. Власне така форма депривації становить об'єкт проведеного емпіричного дослідження, оскільки серед сучасних студентів-музикантів зустрічається частіше за фізичну сепарацію, має менш очевидну зовнішню маніфестацію та потребує спеціальних діагностичних підходів у освітньо-виховному контексті [2; 3; 4].

Теоретичне осмислення механізмів материнської депривації вибудовується навколо кількох взаємодоповнювальних наукових традицій. Психоаналітична традиція наголошує на формуванні ранніми відносинами з матір'ю базової структури психіки: П. Д. Скотт показав, що депривація впливає передусім на афективний розвиток дитини, утворюючи стійкі патерни емоційної спустошеності та нездатності до глибокого контакту [56]. Теорія прив'язаності розглядає її як біологічно обумовлену систему підтримання близькості до захисної фігури в ситуації загрози; В. Л. Ла Роса та Є. Коммодарі підкреслюють, що якість прив'язаності формується вже в перинатальний період та зумовлює подальший емоційний і соціальний розвиток [37], а А. Магарані та П. Маргаваті показують, що відсутність материнської постаті продукує специфічну вразливість у побудові близьких стосунків упродовж подальшого життя [42]. Когнітивно-поведінкова традиція, представлена Л. Каслером, наголошувала на ролі сенсорної стимуляції [19], проте Ф. Ліонетті, М. Пасторе та Л. Бароне в метааналізі засвідчили, що дезорганізована прив'язаність є нормою для інституціоналізованих дітей незалежно від якості фізичного догляду [40], що спростовує редукціоністську ідею про взаємозамінність стимуляції та емоційного контакту. Нейробіологічна традиція окреслює біологічне підґрунтя явища, проте пряме перенесення висновків з тваринних моделей на людський розвиток потребує обережності [25; 28; 30]. Систематизацію основних форм материнської депривації представлено на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Форми материнської депривації та їхні психологічні прояви (авторська систематизація на основі: [3; 19; 40; 52; 54; 55])

У реальному житті форми депривації часто накладаються одна на одну: дитина в інтернатному закладі переживає одночасно сепарацію, емоційну недоступність персоналу, бідність середовища та відсутність прив'язаності [40; 53]. М. Раттер застерігає від надмірного оптимізму: чим тривалішою та ранішою є депривація, тим важче повна компенсація [55]. Я. Гошовський підкреслює, що вплив депривації залежить від фази розвитку, тривалості позбавлення, наявності замісної фігури прив'язаності та психобіологічної вразливості дитини [3], а Н. С. Дмитріюк зауважує, що далеко не всі діти з досвідом материнської депривації демонструють виражені порушення: резильєнтність становить реальний психологічний феномен, що потребує окремого вивчення [4] (див. табл. 1.2).

Таблиця 1.1.

Причини, прояви та наслідки материнської депривації

Причини	Прояви	Наслідки для розвитку особистості
Фізичне розлучення з матір'ю (хвороба, смерть, інституалізація)	Емоційні прояви: протест, відчай, відчуженість; підвищена тривожність; емоційно «заморожена» реакція	Порушення базової довіри; схильність до депресії та тривожних розладів; труднощі з емоційною близькістю в дорослому житті
Емоційна холодність або депресія матері	Поведінкові прояви: регресивна поведінка; порушення сну та харчування; соціальна пасивність або надмірна прихильність; агресія	Дезорганізована прив'язаність; дефіцит навичок саморегуляції; схильність до залежностей і деструктивних стосунків
Інституційний догляд без індивідуальної прив'язаності	Когнітивні прояви: затримка мовленнєвого розвитку; знижена когнітивна активність; труднощі з концентрацією уваги; бідність уяви	«Госпіталізм»; стереотипні рухи та поведінкові автоматизми; труднощі соціальної адаптації; ризик розладів особистості
Бідність сенсорного та когнітивного середовища	Емоційні прояви: притуплена афективність; труднощі розпізнавання емоцій; знижена емпатія	Когнітивні відставання; труднощі навчання; обмежені можливості творчого розвитку
Хронічний стрес у ранній період розвитку	Поведінкові прояви: гіперреактивність або гіпоактивність; тривожноподібна поведінка; підвищена агресивність або соціальна відстороненість	Підвищений ризик депресії та тривожних розладів упродовж життя; стійкі зміни систем стресової реакції
Пренатальний дистрес матері в поєднанні з браком якісного догляду після народження	Когнітивні та поведінкові прояви: затримка моторного розвитку; проблеми саморегуляції; знижена здатність до соціального пізнання	Ризик порушень прив'язаності; вплив на соціальну компетентність; підвищена вразливість до психопатологій

Таблицю складено самостійно автором на основі джерел: [2; 18; 19; 28; 40; 43; 52; 53; 54; 55]

Материнська депривація становить багатовимірний феномен, який охоплює умови від фізичної відсутності матері до її емоційної недоступності за збереженої сімейної структури та продукує стійкі віддалені наслідки: порушення емоційної регуляції, тривожно-депресивну симптоматику й труднощі побудови близьких стосунків. Емоційна форма депривації як об'єкт дослідження потребує засобів психологічного супроводу, серед яких особливе значення має музична терапія, розглянута у наступному підрозділі.

1.2. Психологічні наслідки материнської депривації для емоційного, особистісного розвитку та міжособистісної взаємодії

Психологічні наслідки материнської депривації розгортаються за спільною логікою: порушення ранньої взаємодії з матір'ю деформує систему емоційної регуляції, викривляє уявлення дитини про себе та інших і відтворюється в дисфункціональних патернах стосунків. Розглянемо послідовно прояви такої деформації в емоційній, особистісній та міжособистісній сферах з огляду на специфіку юнацького віку.

Засадничим наслідком депривації є дефіцит емоційної регуляції. У ранньому дитинстві афективні стани регулюються через матір: її відгук на плач або тривогу виконує функцію зовнішнього стабілізатора, а за умов систематичної недоступності дитина повторно переживає стани активації, що не отримують зовнішнього розв'язання. У старшому віці дефіцит виявляється у вузькому репертуарі стратегій емоційної регуляції [57] та у звуженій здатності до диференціації переживань [4]. Тривожність депривованих осіб пов'язана не стільки з конкретними загрозами, скільки з невизначеністю у стосунках: гіперпильність, очікування відкидання й страх покинутості становлять наслідок повторного досвіду непередбачуваної недоступності матері. А. С. Мірагаїа та ін. фіксують біологічну основу феномену через знижену експресію нейропептиду Y у мигдалині та гіпокампі, що підвищує тривожно-депресивну реактивність [44].

Агресія у депривованих осіб рідко є первинним порушенням, частіше вона виконує захисну функцію як відповідь на фрустрацію базових потреб у близькості та безпеці; переважає реактивна агресія, пов'язана з конкретним фрустратором, що свідчить про збережену мотивацію до контакту, реалізовану через деструктивні засоби. Депресивні прояви відрізняються від класичної депресії: замість вираженого смутку частіше спостерігаються апатія, знижена ініціативність, соціальна відстороненість і притуплена афективність. Така картина нагадує описану ще Р. Шпіцом анаклітичну депресію у дітей з

інституційного догляду, а Г. Санд та ін. підтверджують її системний характер: психосоціальна депривація порушує розвиток одночасно за моторним, мовленнєвим, емоційним і соціальним напрямками [53]. Зведений аналіз наслідків за рівнями розвитку подано в табл. 1.3.

Таблиця 1.2.

Психологічні наслідки материнської депривації на різних рівнях розвитку

Рівень впливу	Психологічні наслідки	Порушені механізми
Емоційний	Знижена здатність до афективної регуляції; підвищена тривожність; реактивна агресія; депресивні стани	Афективний відгук; нейробіологічна реактивність осі ГГН
Особистісний	Нестабільна самооцінка; слабка ідентичність; залежність від зовнішньої оцінки; порушення самоефективності	Внутрішня робоча модель; механізми саморегуляції
Когнітивний	Труднощі концентрації уваги; порушення довготривалої пам'яті; знижена рефлексивна здатність	Кортизолова регуляція; розвиток гіпокампа і префронтальної кори
Міжособистісний	Уникаюча або тривожна прив'язаність у стосунках; труднощі довіри; нездатність до взаємності	Ментальна репрезентація партнера; очікування ненадійності
Поведінковий	Стереотипна або деструктивна поведінка; самоізоляція; підвищений ризик девіантних реакцій у юнацькому віці	Адаптивні стратегії; поведінкове гальмування; дефіцит імпульсного контролю

Таблицю складено самостійно автором на основі джерел: [3; 4; 44; 53; 57]

Особистісний розвиток при депривації деформується передусім через спотворення внутрішніх уявлень дитини про себе. Реакція матері на потреби дитини стає першим дзеркалом, у якому формується власна цінність, а систематична емоційна недоступність руйнує базове відчуття психологічної безпеки [3]. Звідси нестабільність ідентичності, залежність від зовнішньої оцінки й порушення самоефективності, що в юнацькому віці набувають гострої форми: юнак або знецінює себе, або компенсаторно демонструє грандіозність як захисну реакцію на внутрішнє відчуття вразливості. У сфері міжособистісної взаємодії внутрішня робоча модель відтворюється у конкретних стратегіях: униканні близькості, надмірній залежності або хаотичному чергуванні обох позицій. А. Магарані та П. Маргаваті показують, що деприваційний досвід породжує

нездатність витримувати конфлікт або невизначеність без загрози розриву зв'язку [42]; В. Л. Ла Роса та Є. Коммодарі підтверджують, що якість ранньої прив'язаності становить статистично значущий предиктор труднощів у побудові близьких стосунків у пізнішому віці [37].

У юнацькому віці наслідки материнської депривації можуть позначатися як на сфері міжособистісних стосунків, так і на академічному та професійному функціонуванні. Вони можуть проявлятися труднощами формування близьких взаємин, зниженням довіри до інших, невпевненістю у власних можливостях та ускладненням соціальної взаємодії. Для студентів-музикантів ці труднощі можуть набувати особливої значущості в умовах постійної публічної оцінки їхньої виконавської діяльності. Вираженість наслідків материнської депривації визначається віком її виникнення, тривалістю та наявністю альтернативних фігур прив'язаності. Найбільші ризики пов'язують із ранньою сепарацією та інституціоналізацією, тоді як пластичність психіки зберігає можливості для подальшої психологічної корекції та відновлення [30; 53].

Психологічні наслідки депривації становлять системне порушення, центральним механізмом якого є дефіцит афективного відгуку, що деформує системи регуляції стресу, викривляє внутрішню робочу модель і позбавляє дитину адаптивних стратегій. У юнацькому віці порушення виявляються у нестабільності ідентичності, тривожності, реактивній агресії або депресивній апатії, а у сфері стосунків, у неспроможності витримувати близькість без загрози власній безпеці. Для студентів-музикантів описаний профіль ускладнює навчальну діяльність та побудову соціальних зв'язків, що обґрунтовує потребу психологічного втручання, спрямованого на глибинні механізми, а не на корекцію видимих симптомів.

1.3. Музична терапія у психологічній корекції: теоретичні основи та механізми впливу

Музична терапія посідає специфічне місце серед методів психологічної корекції: вона водночас є клінічною дисципліною, мистецькою практикою та нейронауковим феноменом. Р. Добровольська фіксує, що у сучасному науковому дискурсі країн Європи та США поняття музичної терапії набуває дедалі більш операціоналізованого змісту, відходячи від романтичного уявлення про «цілющу силу музики» до конкретних протоколів із вимірюваними результатами [5]. Разом із тим у семантичному полі музичної терапії досі зберігається значна плутанина, яка негативно позначається на клінічній практиці та дослідницькому дизайні.

Розмежування понять «музика», «вплив музики», «творчість», «музична терапія» та «вплив музичної терапії» є принциповим, а не суто академічним питанням. Музика як така є художнім феноменом, тобто організованою звуковою структурою з естетичною або комунікативною функцією. Вплив музики у широкому сенсі охоплює будь-яку реакцію на звуковий подразник, емоційну, фізіологічну, поведінкову, незалежно від умов її виникнення і без структурованого терапевтичного задуму. Підміна музичної терапії стихійним слуханням означає ігнорування центрального компонента, без якого терапевтична зміна не відбувається або залишається поверхневою і нестійкою.

Т. Штегеманн та Є. Фітцтум розрізняють три елементи терапевтичного трикутника, а саме терапевта, клієнта і музику, наголошуючи, що терапевтичний вимір реалізується саме у стосунку між ними, а не в самому звуці [14]. Якщо музика звучить поза терапевтичними стосунками, вона залишається в межах естетичного або рекреаційного досвіду. А. Мартинюк та І. Малашевська фіксують практичний наслідок такого змішування: завищені очікування від простого прослуховування і, як результат, розчарування, що дискредитує метод загалом [8]. Творчість, своєю чергою, є інструментом у межах терапевтичного

процесу, але не тотожна йому: імпровізація чи спів можуть бути терапевтичними засобами або залишатися розвагою залежно від контексту, структури і рефлексії. Порівняльний аналіз п'яти понять подано в табл. 1.4.

Таблиця 1.3.

Порівняльна характеристика суміжних понять у контексті музичної терапії

Поняття	Визначення та сутність	Роль суб'єкта	Терапевтичний потенціал
Музика	Організована звукова структура з художньою або естетичною метою; продукт культури	Пасивний слухач або виконавець	Непрямий: через афективний відгук, асоціації, естетичне задоволення; залежить від контексту
Вплив музики	Будь-яка психологічна або фізіологічна реакція на звуковий подразник незалежно від умов	Стихійний; не передбачає усвідомлення або рефлексії	Ситуативний: може знизити тривогу або підняти настрій, проте без стійкої психологічної зміни
Творчість	Процес породження нового смислу або продукту; може здійснюватись у музичній формі	Активний автор або імпровізатор; фокус на продукті або процесі	Опосередкований: через самовираження, опрацювання досвіду; реалізується за наявності безпечного середовища
Музична терапія	Структурований терапевтичний процес із використанням музики у рамках терапевтичних стосунків під керівництвом фахівця	Активний учасник терапевтичного альянсу; рефлексія є обов'язковим компонентом	Прямий і цілеспрямований: зміна на нейробіологічному, емоційному та реляційному рівнях через структуровані інтервенції
Вплив музичної терапії	Сукупність вимірюваних змін психологічного стану, поведінки та фізіології внаслідок терапевтичних інтервенцій	Результат спільної роботи клієнта і терапевта в межах протоколу	Системний: охоплює емоційну регуляцію, прив'язаність, когнітивні функції та соціальну взаємодію

Таблицю складено самостійно автором на основі джерел: [5; 8; 14; 15; 41]

Порівняння показує, що головним маркером музичної терапії є вбудованість у терапевтичні стосунки та наявність рефлексивного простору. Стихійний вплив музики може давати ситуативне полегшення, проте позбавлений структури, яка уможливорює стійку психологічну зміну. Вплив музичної терапії є системнішим і охоплює одночасно нейробіологічний, емоційний та міжособистісні рівні, що робить її особливо релевантною для

роботи з клієнтами, у яких порушення мають системний характер, зокрема при наслідках материнської депривації.

Розуміння ефективності музичної терапії неможливе без аналізу психологічних і нейробіологічних механізмів, через які звук і ритм впливають на стан людини.

Першим і найбільш вивченим є ритмічна синхронізація, або нейрональний ентрейнмент. Людська нервова система має природну тенденцію підлаштовуватись під зовнішній ритмічний подразник на рівні осциляцій (ритмічних коливань) мозкової активності. Й. Вей та Ж. Цяо демонструють, що ритмічна стимуляція в межах неврологічної музичної терапії здатна відновлювати порушені моторні та когнітивні функції завдяки синхронізації нейронних мереж [62]. У психологічному контексті ритм розглядається як засіб структурування внутрішнього досвіду, передбачуваність якого може сприяти формуванню відчуття стабільності та психологічної безпеки в осіб із досвідом ранньої депривації.

Афективний відгук становить другий механізм. Музика унікальна серед стимулів тим, що активує емоційний стан без обов'язкового когнітивного посередника через прямий вплив на лімбічну систему. Д. Лойбнер та Т. Хінтербергер у систематичному огляді ефективності музичних інтервенцій при депресії підтверджують достовірне зниження симптоматики та пов'язують ефект з активацією дофамінергічної системи й зниженням рівня кортизолу [39]. Клінічно значущим є не просто покращення настрою, а момент зустрічі особистого переживання з музичним виразом, коли внутрішній стан клієнта ідентифікується з відповідним звуком. У теорії музичної терапії описаний принцип позначається як ізопринцип (isoprinciple): підбір музики, що відповідає актуальному емоційному стану клієнта, є передумовою подальшого руху до більш адаптивного стану через поступову зміну музичного матеріалу. М. Де Вітте та ін. у систематичному огляді з мета-аналізом підтверджують ефективність музичних інтервенцій при тривозі та виокремлюють описаний механізм як один із вирішальних [45].

Невербальна комунікація через музику становить третій механізм, особливо значущий у роботі з клієнтами, яким важко виражати переживання вербально. С. Йохімс теоретично обґрунтовує зв'язок між психодинамічною музичною терапією та теорією прив'язаності, показуючи, що музична взаємодія відтворює первинні патерни «оклику і відгуку» між матір'ю та немовлям [35]. Л. Дж. Ньюман та ін. у систематичному огляді музичних інтервенцій для підтримки прив'язаності між батьками і дітьми доводять, що спільна музична діяльність суттєво підсилює якість взаємодії в діаді та сприяє відновленню емоційного зв'язку [16]. Музичний діалог у терапевтичному просторі функціонує як реграційна модель ранньої взаємодії з безпечним партнером, передбачуваною структурою і чуйним відгуком, що для депривованих клієнтів становить шлях до корекції первинного досвіду через нове, безпечне переживання взаємності.

Четвертим механізмом є сенсорна регуляція, яка нерідко залишається в тіні більш очевидних емоційних ефектів. Звукові вібрації безпосередньо впливають на автономну нервову систему: низькочастотні тони знижують симпатичну активацію, а ритмічно організована музика нормалізує серцевий ритм і дихання через серцево-судинний ентрейнмент. К. М. Гетті та ін. у рандомізованому контрольованому дослідженні в умовах відділення інтенсивної терапії новонароджених зафіксували зниження фізіологічних маркерів стресу у немовлят та поліпшення якості батьківської взаємодії [24]; С. Кобус та ін. підтверджують, що музична терапія в подібних умовах достовірно знижує материнський дистрес, і роблять висновок про сенсорний рівень як точку входу, через яку стає можливим подальший емоційний і реляційний процес [46]. На інтегральному рівні Ф. Шолькманн та ін. зафіксували позитивні зміни у церебральній оксигенації та перфузії в результаті творчої музичної терапії з передчасно народженими немовлятами [20], а Т. Ю. Черноус підкреслює інтегральний вплив музики на афективну, когнітивну та моторну сфери [11], що

робить її потужним терапевтичним засобом порівняно з вузькоспрямованими втручаннями.

При наслідках материнської депривації механізм дії музичної терапії розгортається у кілька послідовних кроків. Депривація породжує три взаємопов'язані блоки порушень: емоційний (тривога, страх, афективна нестабільність), міжособистісний (недовіра, труднощі близькості, порушення прив'язаності) і когнітивний (знижена увага, пам'ять, здатність до рефлексії). Кожен із блоків водночас є наслідком дефіциту раннього контакту і перешкодою для відновлення здатності до контакту у звичайному терапевтичному форматі, де вербалізація та рефлексія становлять необхідні умови. Описаний корекційний механізм представлено на рис. 1.2.



Рис. 1.2. Корекційний механізм музичної терапії при наслідках материнської депривації (авторська систематизація на основі: [4; 5; 13; 14])

Музична терапія входить у такий процес через формування безпечного контакту на сенсорно-емоційному рівні, що передуює вербальному осмисленню досвіду. А. Палацці, Р. Мескіні та К. А. Піччіні у дослідженні ефектів музичної

терапії в умовах NICU зафіксували, що музичний контакт між матір'ю та немовлям знижує емоційне збудження дитини і покращує психічне здоров'я матері, тобто впливає одночасно на обидва полюси діади [50]. Т. Хадар у дослідженні музичної терапії з батьківсько-дитячими діадами, постраждалими від війни та вимушеного переміщення, показує, що музика створює спільний простір переживання у парах, де словесний контакт заблокований травматичним досвідом [31]. У попередньому дослідженні автора музичної терапії для підтримки жінок і дітей із наслідками депривації в умовах війни підкреслено, що музичне середовище дозволяє встановити первинний терапевтичний контакт там, де вербальні форми роботи поки що недоступні [1].

Через паралельно задіяні канали емоційної регуляції та сенсорно-когнітивної стимуляції музична терапія поступово відновлює базові психічні функції. Клієнт отримує досвід того, що афективні стани можуть змінюватись передбачуваним чином разом із музикою, наростати і спадати без руйнування контакту з терапевтом. Б. М. Менке та ін. у пілотному дослідженні родинно-центрованої музичної терапії з передчасно народженими немовлятами та їхніми батьками демонструють покращення батьківської компетентності та зниження тривоги, що означає одночасні зміни на рівні особистості і стосунків [29]. Ф. Сун та Д. Тан у мета-аналізі підтверджують ефективність музичної терапії щодо поліпшення батьківсько-немовлячої прив'язаності та зниження батьківської тривожності й наголошують, що ефект є стійким та спостерігається в різних клінічних контекстах [58].

Музична терапія становить не просто один із методів психологічної корекції, а структуровану систему впливу, що задіює одночасно нейробіологічні, емоційні та міжособистісні механізми. Принципова відмінність від стихійного впливу музики полягає у наявності терапевтичного альянсу, цілеспрямованості та рефлексивного простору, без яких звуковий досвід залишається естетичним, а не трансформативним. Для клієнтів із досвідом материнської депривації музична терапія є особливо релевантною, оскільки розпочинає роботу на тому рівні, де виникло порушення, на рівні сенсорно-афективного контакту, що передує мові

та свідомій рефлексії. Ритмічна синхронізація, афективний відгук, невербальна комунікація та сенсорна регуляція у сукупності забезпечують умови, за яких відновлення прив'язаності та емоційної саморегуляції стає можливим навіть там, де вербальні форми терапії виявляються недостатніми.

ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1

У першому розділі здійснено теоретичне узагальнення проблеми материнської депривації та можливостей її психологічної корекції засобами музичної терапії. Аналіз наукових підходів показав, що материнська депривація є складним багатовимірним феноменом, який не зводиться лише до фізичної відсутності матері, а охоплює також порушення якості емоційної взаємодії, дефіцит прив'язаності та недостатність афективного відгуку у ранньому досвіді дитини. Різні теоретичні традиції психоаналітична, теорія прив'язаності, когнітивно-поведінкова та нейробіологічна розкривають різні аспекти цього явища, що дозволяє розглядати його як системне порушення розвитку, яке формується на перетині біологічних, психологічних і соціальних чинників.

Встановлено, що ключовим механізмом негативного впливу материнської депривації є дефіцит раннього афективного контакту, який порушує формування емоційної регуляції, внутрішніх уявлень про себе та інших і здатності до побудови стабільних міжособистісних стосунків. Наслідки депривації проявляються на кількох взаємопов'язаних рівнях: емоційному, особистісному, когнітивному та поведінковому. У юнацькому віці порушення набувають особливої вираженості, що пов'язано з кризою ідентичності та загостренням потреби у близькості при одночасному дефіциті досвіду безпечних стосунків.

Теоретичний аналіз дозволив також встановити, що тяжкість наслідків материнської депривації не є однозначною і залежить від низки модераторів, зокрема віку початку депривації, її тривалості, якості замісного догляду та індивідуальних особливостей дитини, що свідчить про наявність потенціалу для психологічної корекції та підкреслює значення раннього втручання.

У межах розділу обґрунтовано доцільність використання музичної терапії як методу психологічної допомоги при наслідках материнської депривації. Показано, що музична терапія відрізняється від простого впливу музики наявністю терапевтичного альянсу, структурованістю процесу та рефлексивного компоненту. Її ефективність зумовлена комплексною дією на різні рівні психіки

через механізми ритмічної синхронізації, афективного відгуку, невербальної комунікації та сенсорної регуляції.

Особливе значення музичної терапії полягає в її здатності працювати з довербальними аспектами психічного досвіду, створюючи умови для безпечної взаємодії, емоційної співприсутності та розвитку саморегуляції, що може сприяти пом'якшенню наслідків материнської депривації.

Теоретичний аналіз засвідчив, що материнська депривація є складним психологічним феноменом, наслідки якого можуть проявлятися у сфері емоційного функціонування, міжособистісних взаємин і соціальної адаптації. Водночас результати досліджень свідчать про можливість пом'якшення цих наслідків завдяки психологічній підтримці та корекційним втручанням на подальших етапах розвитку. У цьому контексті музична терапія розглядається як перспективний засіб психологічного впливу, що обґрунтовує доцільність її подальшого емпіричного вивчення.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА ОСІБ З ДОСВІДОМ МАТЕРИНСЬКОЇ ДЕПРИВАЦІЇ

2.1. Методологічне обґрунтування та організація дослідження

Дослідження проводилося у період з квітень 2026 року на базі Рівненського музичного училища РДГУ. Вибірку склали 30 студентів другого курсу віком від 17 до 19 років, серед яких 19 жінок і 11 чоловіків. Участь була добровільною та анонімною, жоден з учасників не зобов'язувався заповнювати анкети чи брати участь у групових заняттях, а персональні дані не фіксувалися у відкритих матеріалах дослідження. Критерієм включення до вибірки була наявність активного студентського статусу.

Переважає більшість учасників мала тривалий досвід музичної діяльності, пов'язаний із навчанням гри на інструментах, ансамблевою практикою та систематичним слуханням музики. Це могло сприяти їхній більшій готовності до участі в музикотерапевтичних заняттях і груповій ритмічній взаємодії. Водночас музичний досвід не розглядався як чинник, що сам по собі забезпечує терапевтичний ефект, а лише як умова, яка полегшує включення в роботу групи.

Дослідження проводилося за схемою квазіексперименту з нееквівалентними групами. Відсутність рандомізації була пов'язана з організаційними особливостями навчального процесу, оскільки учасники залучалися до дослідження у складі вже сформованих навчальних груп. Це забезпечило проведення дослідження в умовах, наближених до реальної освітньої практики. Вибірку розподілено на дві групи по 15 осіб, експериментальну (10 жінок, 5 чоловіків) і контрольну (9 жінок, 6 чоловіків). Експериментальну групу склали студенти навчальної групи, з якою проводилась програма, контрольну - студенти паралельної групи того самого курсу і того самого училища. Експериментальна група брала участь у музикотерапевтичній програмі, контрольна продовжувала звичний навчальний режим без будь-яких додаткових втручань.

Дослідження здійснювалося у трьох послідовних етапах - констатувальному, формувальному і контрольному, що забезпечило фіксацію вихідних показників, здійснення музикотерапевтичного впливу та оцінку змін після його завершення.

Після завершення формувального етапу обидві групи пройшли повторну діагностику за тими самими методиками.

Склад інструментарію визначався структурою гіпотези та логікою теоретичного аналізу, представленого в першому розділі, який обґрунтовує тривожність, депресивну симптоматику, агресивні тенденції та деструктивні стилі конфліктної поведінки як специфічну конфігурацію наслідків раннього афективного дефіциту у стосунках з материнською фігурою. Зокрема, підвищена тривожність пов'язується з порушенням базового відчуття безпеки, депресивні прояви з дефіцитом емоційної підтримки, а агресивність, ворожість і деструктивні стратегії взаємодії з труднощами міжособистісного функціонування, сформованими в умовах емоційної недоступності матері. Для оцінки динаміки досліджуваних показників і визначення ступеня вираженості деприваційного досвіду було сформовано комплекс із п'яти психодіагностичних методик, характеристику яких наведено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Психодіагностичний інструментарій дослідження

Методика	Пункти в	Що вимірює	Шкала відповідей	Роль у дослідженні
Анкета виявлення ознак материнської депривації	20	Досвід материнської депривації	5-бальна	Ідентифікація депривуючого досвіду
Шкала тривожності Спілбергера (STAI)	40	Ситуативна та особистісна тривожність	4-бальна	Вимірювання тривожності до і після впливу
Методика Басса–Даркі	75	Форми агресії та ворожості	Дихотомічна (так/ні)	Діагностика агресивних тенденцій
PHQ-9	9	Депресивна симптоматика	4-бальна (0–3)	Оцінка рівня депресивності
Методика Томаса–Гришиної	30 пар	Стратегії поведінки в конфлікті	Вибір з пари	Аналіз стилів соціальної взаємодії

Анкету виявлення ознак материнської депривації (Додаток А) розроблено для дослідження суб'єктивно пережитих проявів дефіциту емоційної близькості, чуйності та підтримки з боку матері. Основна шкала спрямована на виявлення переживань самотності, відкинутості, труднощів емоційної експресії та страху втрати близьких стосунків. До складу анкети також включено шкалу соціальної бажаності для контролю можливої тенденції до ідеалізації взаємин із матір'ю.

Теоретичною основою анкети стали сучасні уявлення про материнську депривацію та результати досліджень, отримані за допомогою опитувальників Parental Bonding Instrument (PBI) і s-EMBU[63,64] . При розробці інструменту особлива увага приділялася виміру емоційної турботи та прийняття, дефіцит яких у науковій літературі розглядається як один із ключових чинників формування деприваційного досвіду. На відміну від PBI та s-EMBU, які оцінюють ретроспективне сприйняття батьківської поведінки, авторська анкета спрямована на виявлення суб'єктивно пережитих наслідків недостатньої емоційної підтримки з боку матері. Змістова валідність забезпечувалася шляхом формулювання тверджень відповідно до теоретично визначених ознак материнської депривації.

Анкета містить 20 тверджень, які оцінюються за п'ятибальною шкалою Лайкерта від 1 («зовсім не згоден») до 5 («повністю згоден»). Структуру анкети подано в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Структура анкети виявлення ознак материнської депривації

Шкала	Номери питань	Кількість пунктів	Примітка
Материнська депривація	1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20	14	Питання 2, 6, 9, 11, 16, 20 — інверсні
Соціальна бажаність	3, 5, 8, 12, 15, 19	6	Корекційна шкала

Основна шкала містить 14 тверджень, шість із яких є інверсними. Вищі показники за шкалою свідчать про більшу вираженість переживань, характерних

для материнської депривації. Шкала соціальної бажаності використовується як допоміжний інструмент контролю достовірності відповідей.

Авторська анкета має пілотний характер і використовується як додатковий дослідницький інструмент для первинного виявлення ознак суб'єктивно пережитої материнської депривації. Подальші дослідження потребують перевірки її психометричних характеристик.

Шкала тривожності Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є одним із найретельніше психометрично верифікованих інструментів вимірювання тривожності. Методика містить 40 тверджень, розподілених на дві субшкали. Ситуативна тривожність фіксує тимчасовий емоційний стан у відповідь на конкретні обставини, особистісна - стійку схильність сприймати різні ситуації як загрозливі. Відповіді оцінюються за 4-бальною шкалою. Надійність методики підтверджена коефіцієнтом альфа Кронбаха на рівні 0,89–0,93 для обох субшкал із зафіксованою конвергентною валідністю відносно інших показників тривожних станів [9]. Бланк методики та інтерпретація результатів здійснювалися відповідно до матеріалів, поданих у посібнику за редакцією О. О. Чабана та О. О. Хаустової [9]. У контексті дослідження особлива увага приділяється показнику особистісної тривожності як індикатору стійких змін в емоційному функціонуванні учасників.

Методика діагностики агресії Басса–Даркі є стандартизованим опитувальником із 75 тверджень із дихотомічною формою відповіді («так» / «ні»). Методика охоплює вісім субшкал (фізична агресія, вербальна агресія, непряма агресія, дратівливість, негативізм, образливість, підозрілість і почуття провини); на їх основі обчислюються два зведені індекси - агресивності та ворожості. Внутрішня узгодженість методики підтверджена, коефіцієнт альфа Кронбаха для шкали агресивності становить 0,82–0,86, для шкали ворожості - 0,79–0,84 [7].

Методику обрано з огляду на наявність верифікованої україномовної версії та широку апробацію у вітчизняних дослідженнях. Перевага перед сучаснішим опитувальником Басса–Перрі полягає в широкій апробації на вітчизняних

вибірках і здатності диференціювати прямі агресивні реакції та приховані форми ворожості, зокрема дратівливість, підозрілість і образливість, що належать до типових наслідків депривуючого досвіду. Використано адаптацію О.К. Осницького; бланк і ключі запозичені з методичного посібника за редакцією О.М. Кокуна зі співавторами [7].

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) є коротким скринінговим інструментом для виявлення і оцінки вираженості депресивної симптоматики. Дев'ять пунктів методики відповідають діагностичним критеріям депресивного епізоду згідно з DSM-5; респондент оцінює частоту прояву кожного симптому за останні два тижні за шкалою від 0 («жодного разу») до 3 («майже щодня»). Загальний бал дозволяє виділити п'ять рівнів вираженості симптоматики - мінімальний, легкий, помірний, помірно тяжкий і тяжкий. Психометричні властивості української версії підтверджено у дослідженні А. Kohut та О. Chaban, де коефіцієнт альфа Кронбаха становить 0,82, чутливість - 88%, специфічність - 85% при граничному балі ≥ 10 ; підтверджено прийнятну конвергентну валідність у вибірках дорослих і молоді [36]. Порівняно з розгорнутими депресивними шкалами, PHQ-9 є оптимальним для повторних вимірювань завдяки короткому формату і мінімальному навантаженню на респондента.

Методика дослідження стилів поведінки в конфлікті К. Томаса в адаптації Н.В. Гришиної складається з 30 пар тверджень, між якими респондент обирає те, що більше відповідає його типовій поведінці у конфліктних ситуаціях. На основі відповідей визначається вираженість п'яти стратегій - суперництво, співробітництво, компроміс, уникнення і пристосування. Методика ґрунтується на двовимірній моделі регулювання конфліктів, де кожна стратегія описується через поєднання орієнтації на власні інтереси та інтереси іншої сторони. Теоретичне обґрунтування зв'язку між стилями конфліктної поведінки та емоційними характеристиками особистості представлено у роботі О.В. Жмай та О.І. Конопля [6]. У дослідженні методика використовується як індикатор якості соціальної взаємодії, де зростання орієнтації на співробітництво і компроміс

розглядається як прояв конструктивнішого способу взаємодії після участі в музикотерапевтичних заняттях.

Сукупно описаний методичний комплекс охоплює всі змінні, задіяні в гіпотезі дослідження. Поєднання чотирьох стандартизованих методик із спеціально розробленою анкетою дозволяє визначити ступінь вираженості материнської депривації у конкретних учасників та зафіксувати вихідний рівень тривожності, депресивної симптоматики, агресивних тенденцій і стилів конфліктної поведінки; після завершення формувального етапу оцінити, що саме і наскільки змінилося в експериментальній групі порівняно з контрольною.

Організація дослідження передбачала три послідовні етапи - констатувальний, формувальний і контрольний. Кожен із них виконував окрему функцію в загальній логіці квазіексперименту і реалізовувався у чітко визначені часові відрізки впродовж шести тижнів.

Констатувальний етап передував початку формувального впливу і передбачав первинне психодіагностичне обстеження учасників обох груп. Діагностика проводилася у форматі електронної анкети (Google Forms), що містила всі п'ять методик комплексу. Для експериментальної групи форму було поширено через викладача напередодні першого заняття; учасники заповнювали її самостійно до початку першої зустрічі; процедура тривала в середньому 25–30 хвилин. Для контрольної групи форму також поширено через викладача паралельної групи в той самий тиждень. Отримані дані слугували вихідним рівнем для оцінки змін після формувального впливу.

Формувальний етап тривав п'ять тижнів і включав п'ять групових музикотерапевтичних занять із частотою одне заняття на тиждень тривалістю 60 хвилин кожне. Заняття проводилися в аудиторії Рівненського музичного училища, оснащений ударними інструментами - джембе, глюкофоном і шейкерами. Учасники контрольної групи протягом зазначеного періоду продовжували звичний навчальний процес без спеціально організованого музикотерапевтичного впливу. З п'ятнадцяти учасників експериментальної

групи десятеро відвідали всі п'ять занять, п'ятеро - від двох до чотирьох зустрічей; усі п'ятнадцять учасників включені в аналіз результатів.

В основу програми покладено метод DrumPower [63], групову музикотерапевтичну програму, спрямовану на розвиток афективної регуляції, соціальної взаємодії та суб'єктності через роботу з ударними інструментами і ритмічну імпровізацію. Детальний опис змісту та структури програми, а також опис кожного заняття, наведено в підрозділі 3.1.

Контрольний етап передбачав повторне психодіагностичне обстеження за тими самими методиками. Повторна діагностика в експериментальній групі проводилася після завершення програми; контрольна група заповнювала форму через викладача з відрізком у два дні відносно експериментальної. Часова близькість повторних вимірювань у двох групах мінімізує вплив зовнішніх чинників, не пов'язаних із музикотерапевтичним втручанням, що підвищує коректність порівняння результатів.

Статистична обробка даних здійснювалася у програмах MS Excel 2021 та SPSS Statistics 26.0 із застосуванням непараметричних критеріїв: для порівняння показників між групами критерію Манна–Уїтні, для оцінки змін усередині груп критерію Вілкоксона. Рівень статистичної значущості визначався на рівні $p \leq 0,05$, практична вираженість змін оцінювалася через розрахунок розміру ефекту.

Методологічний комплекс із п'яти методик забезпечив охоплення всіх змінних, задіяних у гіпотезі: авторська анкета уможливила ідентифікацію ступеня вираженості материнської депривації, тоді як стандартизовані методики зафіксували вихідний і підсумковий рівні тривожності, депресивної симптоматики, агресивних тенденцій та стилів конфліктної поведінки. Формувальний вплив здійснювався через п'ять групових занять на основі методу DrumPower, що поєднували ритмічну імпровізацію, тілесну активацію і рефлексію, забезпечуючи терапевтичний контекст афективної співприсутності особливо значущий для осіб із деприваційним досвідом.

2.2. Аналіз результатів констатувального етапу

Констатувальний етап проводився з метою виявлення вихідного рівня ознак материнської депривації та супутніх психологічних наслідків (тривожності, депресивної симптоматики, агресивності та конфліктної поведінки) в експериментальній (ЕГ, $n = 15$) та контрольній (КГ, $n = 15$) групах, а також встановлення їх статистичної зіставності до початку формувального впливу. Для порівняння показників між групами застосовано непараметричний критерій Манна–Уїтні (U) при рівні значущості $p \leq 0,05$.

Першим завданням констатувального етапу стало визначення вираженості ознак материнської депривації за авторським опитувальником. Сумарний бал кожного респондента інтерпретувався відповідно до триступеневої шкали: 14–28 балів відповідають сформованому емоційному контакту з матір'ю; 29–45 балів свідчать про помірні ознаки емоційної дистанції; 46–70 балів характеризують виражену материнську депривацію. Розподіл респондентів за рівнями подано у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл респондентів ЕГ і КГ за рівнями материнської депривації на констатувальному етапі

Рівень депривації	ЕГ (к-сть)	ЕГ (%)	КГ (к-сть)	КГ (%)
Сформований емоційний контакт (14–28 балів)	1	6,67	1	6,67
Помірні ознаки емоційної дистанції (29–45 балів)	7	46,67	4	26,67
Виражена материнська депривація (46–70 балів)	7	46,67	10	66,67
Усього	15	100,00	15	100,00

Примітка. ЕГ, експериментальна група; КГ, контрольна група; к-сть, кількість респондентів; %, частка від загальної чисельності групи.

Як видно з таблиці 2.3, виражену материнську депривацію виявлено у 46,67 % респондентів ЕГ (7 осіб) та 66,67 % КГ (10 осіб). Помірні ознаки емоційної дистанції характерні для 46,67 % ЕГ (7 осіб) та 26,67 % КГ (4 особи). Сформований емоційний контакт з матір'ю виявлено лише в одного респондента кожної з груп (6,67 %). Загалом 93,33 % досліджуваних в обох групах мають ті

чи інші ознаки порушеного емоційного контакту з матір'ю, що засвідчує значну поширеність деприваційного досвіду у вибірці. Середній показник материнської депривації становить 48,27 балів в ЕГ, що відповідає вираженому рівню, та 45,13 балів у КГ, що знаходиться на верхній межі помірних ознак емоційної дистанції; медіана становить 50,00 та 45,00 балів відповідно. Графічне відображення розподілу подано на рис. 2.1. Порівняння середніх показників за критерієм Манна–Уїтні не виявило статистично значущих відмінностей між групами ($U = 94,0$; $p = 0,455$).

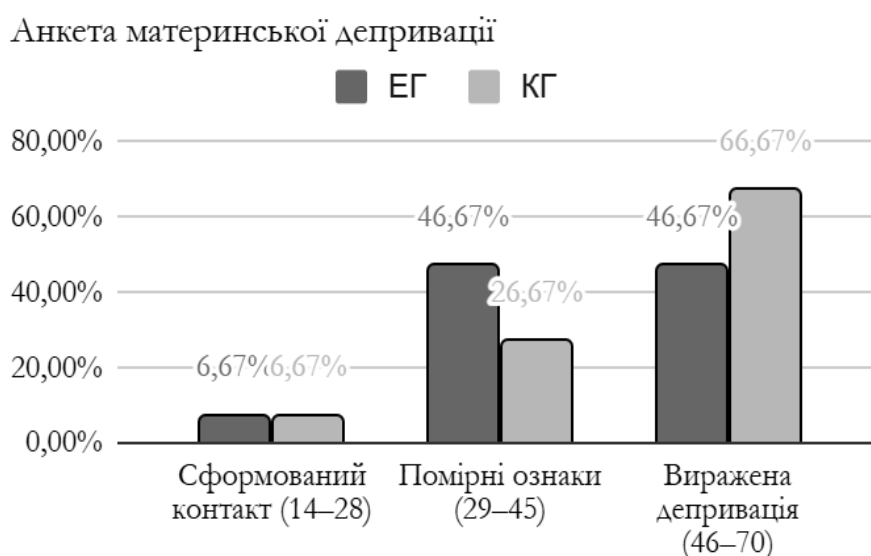


Рис. 2.1. Розподіл респондентів ЕГ і КГ за рівнями материнської депривації на констатувальному етапі, %

Наступним завданням стала діагностика тривожних проявів за шкалою С. Спілбергера (STAI), що дозволяє диференційовано оцінити реактивну тривожність (РТ) як тимчасовий емоційний стан і особистісну тривожність (ОТ) як стійку індивідуальну характеристику. Інтерпретаційні межі шкали такі: до 30 балів вважається низьким рівнем, 31–45 балів відповідають середньому, 46 балів і вище свідчать про високий рівень. Середній показник реактивної тривожності становить 53,67 балів в ЕГ та 51,40 балів у КГ; особистісної тривожності, 47,00 та 46,53 балів відповідно. Усі значення відповідають високому рівню тривожності.

Найбільшу частку у вибірці склали респонденти з високим рівнем реактивної тривожності, а саме 93,33 % ЕГ (14 осіб) та 80,00 % КГ (12 осіб). Високий рівень особистісної тривожності характерний для 60,00 % ЕГ (9 осіб) та 53,33 % КГ (8 осіб). Респондентів з низьким рівнем як реактивної, так і особистісної тривожності в обох групах не виявлено. Детальний розподіл за рівнями подано у Додатку Д, таблиця Д.1. Результати засвідчують підвищений тривожний фон у досліджуваних обох груп, причому реактивна тривожність виражена помітно сильніше за особистісну. Виявлений патерн може свідчити про значний внесок зовнішніх ситуативних чинників (навчального навантаження, умов воєнного стану) у поточний емоційний стан юнаків. Стабільно високі показники особистісної тривожності відображають стійкі індивідуальні риси, що у контексті теми дослідження розглядаються як один із типових наслідків деприваційного досвіду. Графічне відображення розподілу за реактивною та особистісною тривожністю подано на рис. 2.2 і рис. 2.3. Порівняння показників за критерієм Манна–Уїтні не виявило статистично значущих відмінностей ні за реактивною ($U = 88,5$; $p = 0,329$), ні за особистісною тривожністю ($U = 106,5$; $p = 0,819$).

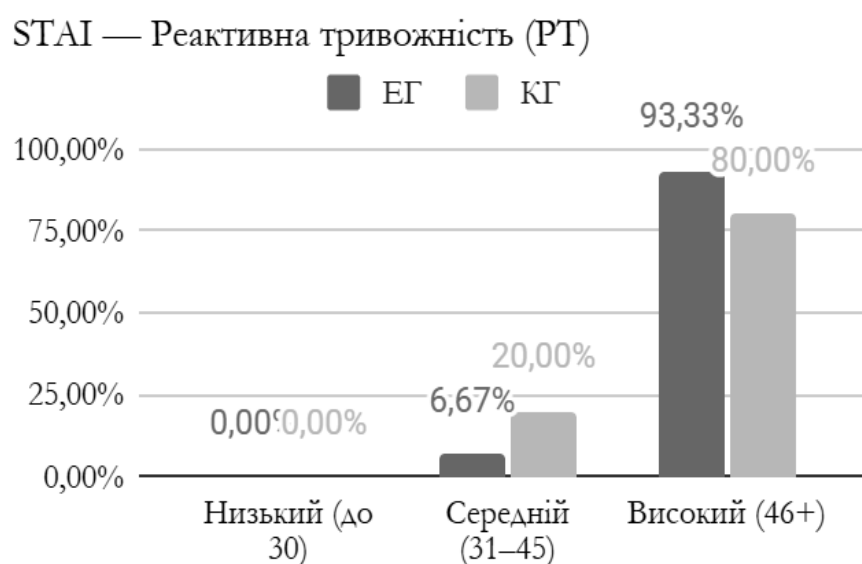


Рис. 2.2. Розподіл респондентів ЕГ і КГ за рівнями реактивної тривожності за шкалою STAI на констатувальному етапі, %

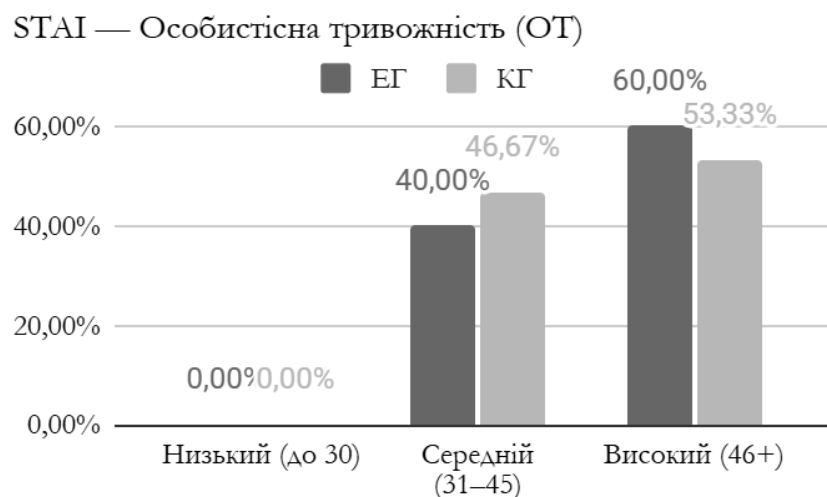


Рис. 2.3. Розподіл респондентів EG і KG за рівнями особистісної тривожності за шкалою STAI на констатувальному етапі, %

Для оцінки депресивної симптоматики застосовано опитувальник PHQ-9. Інтерпретаційна шкала методики виглядає так: 0–4 балів відповідають мінімальній симптоматичі або її відсутності, 5–9 свідчать про легку депресію, 10–14 про помірну, 15–19 про помірно тяжку, 20–27 балів характеризують тяжку депресію. Бали від 10 і вище вважаються клінічно значущим рівнем. Розподіл респондентів за рівнями подано у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Розподіл респондентів EG і KG за рівнями депресивної симптоматики (PHQ-9) на констатувальному етапі

Рівень депресії	Бали	EG к-сть	EG %	KG к-сть	KG %
Мінімальна / відсутність	0–4	1	6,67	0	0,00
Легка депресія	5–9	3	20,00	4	26,67
Помірна депресія	10–14	5	33,33	4	26,67
Помірно тяжка	15–19	2	13,33	3	20,00
Тяжка депресія	20–27	4	26,67	4	26,67
Усього		15	100,00	15	100,00

Примітка. к-сть, кількість респондентів; %, частка від чисельності групи ($n = 15$).

За даними таблиці 2.4, найбільш представленим у вибірці виявився помірний рівень депресивної симптоматики: 33,33 % EG (5 осіб) та 26,67 % KG (4 особи). Тяжку депресію зафіксовано у 26,67 % респондентів обох груп (по 4 особи). Помірно тяжкий рівень характерний для 13,33 % EG та 20,00 % KG. Легку

депресію виявлено у 20,00 % ЕГ та 26,67 % КГ. Клінічно значущий рівень депресивних проявів (бали 10 і вище) характерний для 73,33 % досліджуваних в обох групах. Середній бал за PHQ-9 становить 14,07 в ЕГ та 14,13 у КГ, що відповідає верхній межі помірної депресії; медіана становить 13,00 та 14,00 балів відповідно. Графічне відображення розподілу подано на рис. 2.4. Порівняння середніх показників за критерієм Манна–Уїтні не виявило статистично значущих відмінностей між групами за загальним балом PHQ-9 ($U = 110,5$; $p = 0,950$).

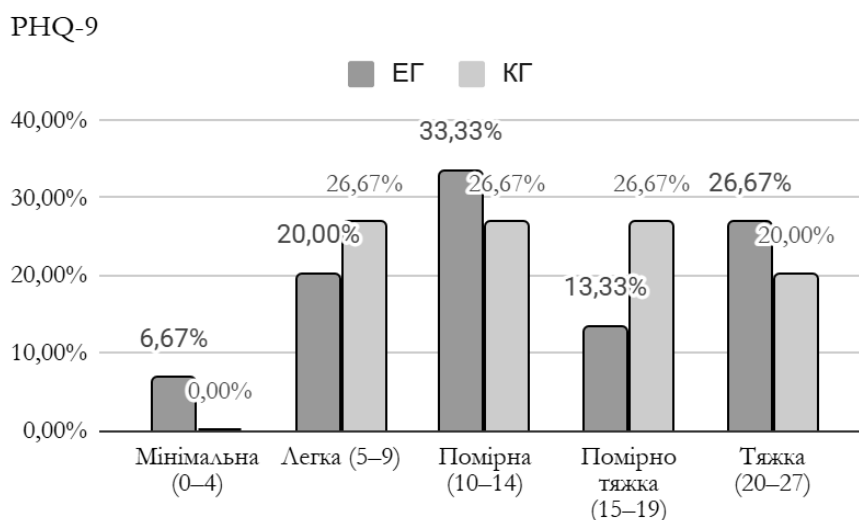


Рис. 2.4. Розподіл респондентів ЕГ і КГ за рівнями депресивної симптоматики за опитувальником PHQ-9 на констатувальному етапі, %

Оцінку показників та форм агресивних реакцій проведено за методикою А. Басса і А. Дарки в адаптації О. К. Осницького, що дозволяє диференційовано оцінити вісім форм агресивних і ворожих реакцій та обчислити інтегральні показники: Індекс агресивності (ІА) та Індекс ворожості (ІВ). За даними діагностики, респондентів з низьким рівнем за жодною зі шкал не виявлено в жодній з груп. Найбільшу частку респондентів з високим рівнем зафіксовано за шкалою роздратування (66,67 % ЕГ та 73,33 % КГ), вербальної агресії (53,33 % ЕГ та 66,67 % КГ) та фізичної агресії (46,67 % ЕГ та 60,00 % КГ). Детальний розподіл за вісьмома шкалами методики подано у Додатку Д, таблиця Д.2. Інтегральні показники представлено у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Розподіл респондентів ЕГ і КГ за рівнями Індексу агресивності (ІА) та Індексу ворожості (ІВ) на констатувальному етапі

Індекс	Рівень	ЕГ к-сть	ЕГ %	КГ к-сть	КГ %
Індекс агресивності (ІА)	Низький (0–16)	0	0,00	0	0,00
	Середній (17–25)	8	53,33	7	46,67
	Високий (26–34)	7	46,67	8	53,33
Індекс ворожості (ІВ)	Низький (0–3)	0	0,00	0	0,00
	Середній (4–10)	4	26,67	3	20,00
	Високий (11–18)	11	73,33	12	80,00

Примітка. ІА, Індекс агресивності (сума балів за шкалами фізичної, вербальної та непрямой агресії); ІВ, Індекс ворожості (сума балів за шкалами підозрілості та образи); к-сть, кількість респондентів.

Як видно з таблиці 2.5, за Індексом агресивності високий рівень виявлено у 46,67 % ЕГ та 53,33 % КГ; середній у 53,33 % ЕГ та 46,67 % КГ. Середні значення становлять 23,87 та 24,80 балів відповідно. За Індексом ворожості високий рівень характерний для 73,33 % ЕГ (11 осіб) та 80,00 % КГ (12 осіб); середні значення становлять 11,53 та 11,67 балів. Низького рівня за обома інтегральними показниками в жодній з груп не виявлено.

Методика діагностики показників та форм агресії А. Басса - А. Даркі

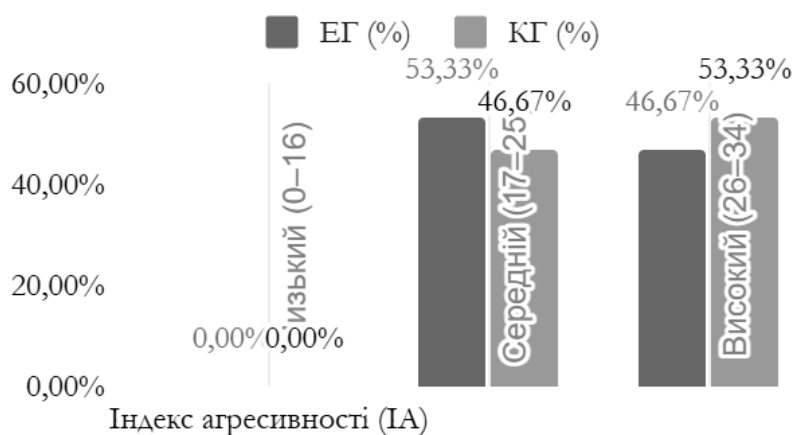


Рис. 2.5. Розподіл респондентів ЕГ і КГ за рівнем Індексу агресивності на констатувальному етапі, %

Методика діагностики показників та форм агресії А. Басса - А. Даркі

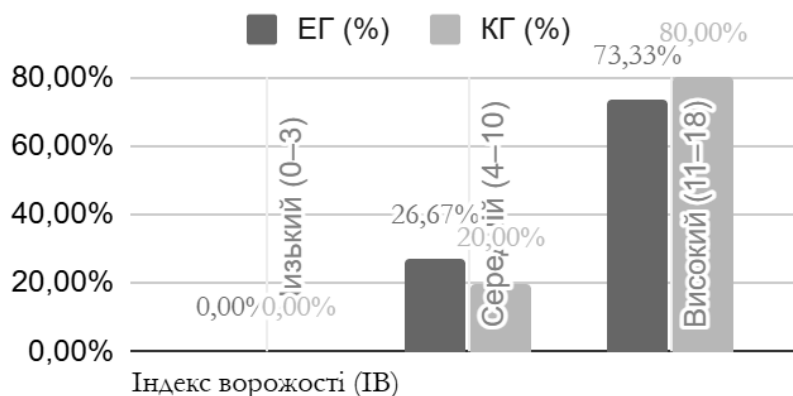


Рис. 2.6. Розподіл респондентів ЕГ і КГ за рівнем Індексу ворожості на констатувальному етапі, %

Отримані результати засвідчують підвищений рівень як агресивних, так і ворожих реакцій у досліджуваних, з домінуванням високого рівня ворожості. У контексті теми дослідження виявлений патерн може свідчити про закріплення у депривованих юнаків негативної установки щодо соціального оточення. Графічне відображення розподілу за інтегральними показниками подано на рис. 2.5 і 2.6. Порівняння за критерієм Манна-Уїтні не виявило статистично значущих відмінностей між ЕГ і КГ за жодним з показників методики (усі $p > 0,05$; детальні результати у Додатку Д, таблиця Д.3).

Заключним блоком констатувальної діагностики стала оцінка стратегій поведінки в конфлікті за методикою К. Томаса в адаптації Н. В. Гришиної. Методика дозволяє визначити вираженість п'яти стратегій (суперництво, співробітництво, компроміс, уникнення, пристосування) за 12-бальною шкалою. Середні сирі показники стратегій становлять: суперництво, 3,27 (ЕГ) та 3,40 (КГ); співробітництво, 5,33 та 5,87; компроміс, 8,07 та 8,13; уникнення, 8,20 та 7,67; пристосування, 5,13 та 4,93 балів. Найвищі середні значення припадають на стратегії компромісу та уникнення.

У досліджуваних обох груп переважає низький рівень стратегії суперництва (73,33 % обох груп) та повністю відсутні респонденти з високим рівнем стратегій суперництва, співробітництва та пристосування. Високий

рівень стратегії уникнення виявлено у 40,00 % ЕГ та 26,67 % КГ; стратегії компромісу у 26,67 % обох груп. Детальний розподіл за рівнями п'яти стратегій подано у Додатку Д, таблиця Д.4. Отримані результати засвідчують схильність досліджуваних уникати прямого зіткнення інтересів у конфліктних ситуаціях та обирати поступливі або відсторонені стратегії поведінки. Виявлений патерн може свідчити про дефіцит впевненості у стійкості соціальних зв'язків, що становить один із типових наслідків деприваційного досвіду в юнацькому віці. Графічне відображення середніх показників представлено на рис. 2.7. Порівняння за критерієм Манна–Уїтні не виявило статистично значущих відмінностей між групами за жодною зі стратегій: суперництво ($U = 107,0$; $p = 0,833$), співробітництво ($U = 73,5$; $p = 0,087$), компроміс ($U = 111,5$; $p = 0,981$), уникнення ($U = 79,5$; $p = 0,163$), пристосування ($U = 92,5$; $p = 0,274$).

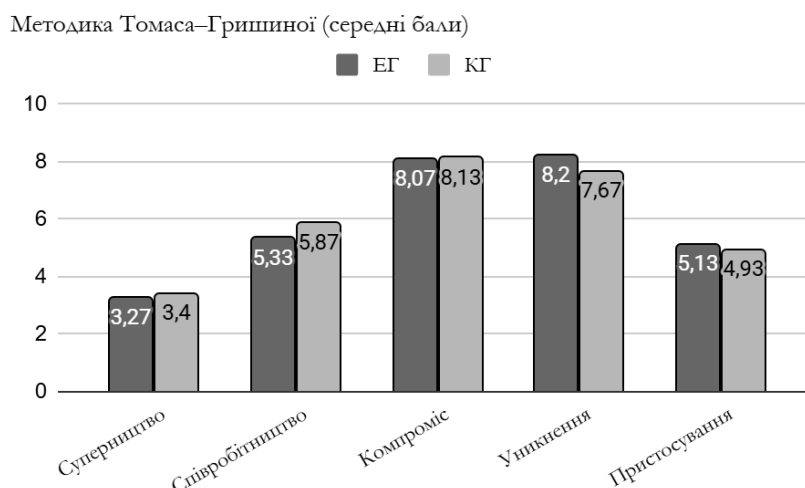


Рис. 2.7. Середні показники вираженості стратегій поведінки в конфлікті в ЕГ і КГ за методикою К. Томаса і Н. В. Гришиної на констатувальному етапі, бали

Окремим завданням констатувального етапу стало уточнення внутрішньовибіркового зв'язку між рівнем материнської депривації та психологічною симптоматикою досліджуваних. З метою порівняння всю вибірку ($N = 30$) поділено на дві підгрупи відповідно до встановлених інтерпретаційних меж авторської анкети. До підгрупи з вираженою депривацією (46–70 балів) увійшло 17 респондентів (10 з ЕГ та 7 з КГ); до підгрупи з помірними ознаками

чи сформованим емоційним контактом (14–45 балів) увійшло 13 респондентів (5 з ЕГ та 8 з КГ). Завданням аналізу стала перевірка припущення про вищу вираженість депресивних, тривожних та конфліктно-поведінкових проявів у респондентів з ознаками депривації. Для порівняння підгруп застосовано непараметричний критерій Манна–Уїтні. Результати подано у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Порівняння депривованої та недепривованої підгруп на констатувальному етапі за критерієм Манна–Уїтні

Показник	Депривовані (n = 17) M ± SD	Недепривовані (n = 13) M ± SD	U	Z	p	r
PHQ-9 (депресія)	16,24 ± 5,80	11,31 ± 5,37	160,5	2,093	0,038*	0,382
STAI Особистісна тривожність	46,71 ± 4,69	46,85 ± 3,11	105,5	-0,209	0,850	0,038
STAI Реактивна тривожність	52,35 ± 6,92	52,77 ± 4,61	102,5	-0,335	0,753	0,061
Індекс агресивності	23,88 ± 4,56	24,92 ± 4,14	97,5	-0,544	0,598	0,099
Індекс ворожості	11,53 ± 2,12	11,69 ± 2,27	107,0	-0,146	0,899	0,027
Томас Співробітництво	5,41 ± 0,77	5,85 ± 0,77	81,5	-1,214	0,201	0,222
Томас Компроміс	8,35 ± 0,48	7,77 ± 0,80	154,5	1,841	0,037*	0,336
Томас Уникнення	7,82 ± 1,10	8,08 ± 1,07	96,0	-0,607	0,545	0,111

Примітка. M, середнє арифметичне; SD, стандартне відхилення; U, статистика Манна–Уїтні; Z, стандартизована статистика; p, рівень значущості; r, розмір ефекту; * статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$.

Згідно з отриманими даними, статистично значущі міжпідгрупові відмінності виявлено за двома показниками. Рівень депресивної симптоматики у респондентів з вираженою депривацією склав $M = 16,24$ ($SD = 5,80$) проти $M = 11,31$ ($SD = 5,37$) у респондентів з помірними ознаками чи сформованим контактом ($U = 160,5$; $p = 0,038$; $r = 0,382$), що відповідає середньому розміру ефекту. Отриманий результат концептуально підтверджує висунуте у

теоретичному розділі припущення про депресивну симптоматику як одну з характерних довготривалих проєкцій раннього афективного дефіциту.

Другий значущий результат стосується схильності до стратегії компромісу у конфліктних ситуаціях. Депривовані респонденти продемонстрували вищу вираженість стратегії ($M = 8,35$; $SD = 0,48$) порівняно з недепривованими ($M = 7,77$; $SD = 0,80$), $U = 154,5$; $p = 0,037$; $r = 0,336$ (середній ефект). На перший погляд парадоксальне підвищення «конструктивної» стратегії у депривованій підгрупі змістовно інтерпретується як прояв надмірної поступливості, що формується в умовах хронічного дефіциту емоційної безпеки. У такому випадку компроміс набуває функції уникнення прямого зіткнення інтересів і виступає радше захисною стратегією, а не зрілою формою узгодження потреб обох сторін. Висновок підкріплюється повною відсутністю респондентів з високим рівнем стратегії співробітництва в обох підгрупах.

За низкою показників (особистісною та реактивною тривожністю, інтегральними показниками агресивності, ворожості, стратегіями співробітництва та уникнення) статистично значущих міжпідгрупових відмінностей не виявлено (усі $p > 0,05$). Виявлений патерн ймовірно зумовлений впливом контекстуальних чинників воєнного часу як потужного загального стресора, який діє на всю молодіжну вибірку незалежно від попереднього досвіду прив'язаності. Хронічна загроза безпеці, втрати у близькому колі, переміщення та невизначеність майбутнього здатні підіймати тривожні й агресивні прояви у всіх респондентів, нівелюючи відмінності, зумовлені раннім досвідом. Другою ймовірною причиною виступає обмежений обсяг підгруп, що знижує статистичну потужність тестів для виявлення помірних розмірів ефекту.

Для уточнення зв'язку між депривацією та глибиною депресивної симптоматики проведено окремий аналіз перетину двох категоріальних характеристик: наявності виражених ознак депривації (≥ 46 балів за авторською анкетною) та клінічно тяжкого рівня депресивних проявів ($PHQ-9 \geq 20$ балів). Розподіл респондентів за поєднанням означених характеристик подано у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

**Перетин виражених ознак депривації з тяжкою депресивною
симптоматикою (n = 30)**

Підгрупа за рівнем депривації	Тяжка депресія (PHQ-9 $\geq$ 20)	Депресія < 20	Усього
Виражена депривація (46–70)	6	11	17
Помірна / сформований контакт (14–45)	1	12	13
Усього	7	23	30

Примітка. Точний тест Фішера: OR = 6,55; p = 0,104 (статистична тенденція за умов малої вибірки).

Як свідчать наведені дані, 6 із 7 респондентів з тяжкою депресивною симптоматикою (85,7 %) одночасно належать до підгрупи з вираженою депривацією. Серед респондентів без виражених ознак депривації тяжку депресію виявлено лише в одній особі (7,7 % підгрупи). Точний тест Фішера показав статистичну тенденцію ($p = 0,104$), що пояснюється насамперед малою наповненістю клітинок. Незважаючи на статистичну межовість, змістовна виразність зв'язку дозволяє стверджувати, що тяжка депресивна симптоматика у досліджуваній вибірці практично виключно супроводжується наявністю виражених ознак депривації. Отриманий результат підкріплює положення про материнську депривацію як значущий чинник вразливості до клінічно вираженої депресії у юнацькому віці.

Результати констатувального етапу засвідчили виражений деприваційний фон у досліджуваній вибірці. Ознаки порушеного емоційного контакту з матір'ю на помірному та вираженому рівнях виявлено у 93,33 % респондентів обох груп, причому виражена материнська депривація характерна для 46,67 % ЕГ та 66,67 % КГ. Середні показники депривації становлять 48,27 балів (ЕГ) та 45,13 балів (КГ).

Структура психологічних наслідків деприваційного досвіду у досліджуваних має комплексний характер. Високий рівень реактивної тривожності зафіксовано у 93,33 % ЕГ та 80,00 % КГ, особистісної у 60,00 % та 53,33 % відповідно; клінічно значущий рівень депресивної симптоматики у 73,33

% обох груп. Агресивні прояви мають хронічно підвищений характер, оскільки за жодною зі шкал методики А. Басса і А. Дарки не виявлено респондентів з низьким рівнем, а високий рівень Індексу ворожості характерний для 73,33 % ЕГ та 80,00 % КГ. Стратегії конфліктної поведінки характеризуються переважанням компромісу та уникнення при низькому суперництві та відсутності високого рівня співробітництва.

Порівняння показників між ЕГ і КГ за критерієм Манна–Уїтні не виявило статистично значущих відмінностей за жодним з досліджуваних параметрів (усі $p > 0,05$), що засвідчує гомогенність груп на момент початку формувального етапу. Водночас порівняльний аналіз підгруп вибірки за рівнем депривації виявив статистично значущі відмінності за рівнем депресивної симптоматики ($p = 0,038$; $r = 0,382$) та схильністю до стратегії компромісу як захисної стратегії ($p = 0,037$; $r = 0,336$). Шість із семи випадків клінічно тяжкої депресії (85,7 %) припали саме на підгрупу з вираженими ознаками депривації, що підкреслює клінічну значущість досліджуваного феномену. Виявлений комплекс психологічних наслідків деприваційного досвіду (підвищена тривожність, депресивна симптоматика, агресивні прояви та особливості конфліктної поведінки) окреслює мішені формувального впливу, реалізованого у вигляді корекційно-розвивальної програми із застосуванням засобів музичної терапії, представленої в третьому розділі роботи.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Встановлено значну поширеність деприваційного досвіду у досліджуваній вибірці: ознаки порушеного емоційного контакту з матір'ю виявлено у 93,33 % респондентів обох груп. Виражену материнську депривацію зафіксовано у 46,67 % ЕГ та 66,67 % КГ; середні значення становлять 48,27 та 45,13 балів відповідно. Статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ($U = 94,0$; $p = 0,455$), що засвідчує вихідну зіставність груп.

Діагностовано хронічно підвищений психологічний фон у досліджуваних обох груп. Високий рівень реактивної тривожності характерний для 93,33 % ЕГ та 80,00 % КГ, особистісної для 60,00 % та 53,33 % відповідно; клінічно значущий рівень депресивної симптоматики ($PHQ-9 \geq 10$) виявлено у 73,33 % обох груп ($M = 14,07$ та $14,13$ балів). За методикою А. Басса і А. Дарки респондентів з низьким рівнем агресивних реакцій не зафіксовано; високий рівень Індексу ворожості характерний для 73,33 % ЕГ та 80,00 % КГ. У стратегіях конфліктної поведінки переважають уникнення та компроміс при повній відсутності учасників з високим рівнем співробітництва.

Порівняння показників між ЕГ і КГ за критерієм Манна–Уїтні не виявило статистично значущих відмінностей за жодним з параметрів (усі $p > 0,05$), що підтверджує гомогенність груп. Водночас порівняльний аналіз підгруп за рівнем депривації виявив статистично значущі відмінності за депресивною симптоматикою ($p = 0,038$; $r = 0,382$) та схильністю до стратегії компромісу як захисної стратегії ($p = 0,037$; $r = 0,336$) у респондентів з вираженою депривацією. Шість із семи випадків клінічно тяжкої депресії (85,7 %) припали на підгрупу з вираженими ознаками депривації, що підкреслює клінічну значущість досліджуваного феномену.

Виявлений комплекс психологічних характеристик окреслює мішені формувального впливу і слугує емпіричним підґрунтям для впровадження корекційно-розвивальної програми із застосуванням засобів музичної терапії.

РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРОГРАМА З ВИКОРИСТАННЯМ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

3.1. Структура та зміст корекційно-розвивальної програми

Розроблена корекційно-розвивальна програма спрямована на пом'якшення психологічних наслідків материнської депривації у студентів юнацького віку. Її теоретико-методологічною основою став метод DrumPower, розроблений А. Вольфлом у межах підходу Community Music Therapy [61]. Адаптація методу в Україні здійснюється робочою групою «DrumPower Ukraine», створеною в межах Асоціації музикотерапевтів України (АМУ) у співпраці з Національним університетом «Острозька академія» [13]. Метод ґрунтується на використанні групової ритмічної взаємодії та передбачає роботу, спрямовану на розвиток соціальної інтеграції, підтримку групової згуртованості та профілактику насильства в освітньому середовищі. У вітчизняних дослідженнях DrumPower розглядається як перспективний інструмент психологічної підтримки молоді в умовах воєнного часу [13].

Вибір ритмічно орієнтованого підходу ґрунтується на результатах констатувального етапу дослідження, які вказують на поєднання підвищеної реактивної тривожності, депресивних проявів, агресивних реакцій та особливостей конфліктної поведінки. Метааналіз М. де Вітте зі співавторами засвідчив ефективність музикотерапії щодо зниження тривожності з великим розміром ефекту [45], а огляд Д. Лойбнера та Т. Хінтербергера підтвердив її потенціал у роботі з депресивною симптоматикою [39]. Нейробіологічні механізми впливу музики на афективні та когнітивні процеси висвітлено в роботах Й. Вей та Ж. Цяо, а також Т. Ю. Черноус [62; 11], де музика розглядається як чинник, що може впливати на емоційний стан через залучення відповідних нейронних механізмів.

У ширшому теоретичному контексті програма спирається на психодинамічний підхід до музикотерапії, в якому музика розглядається як засіб опрацювання переживань, пов'язаних із раннім досвідом прив'язаності [35]. Терапевтичний трикутник «терапевт – клієнт – музика», описаний у підручнику Т. Штегеманна і Є. Фітцтума [14], акцентує увагу на тому, що терапевтичний ефект

виникає у взаємодії цих трьох компонентів. Концепція музикотерапії як соціально-педагогічної технології, представлена Г. Локаревою [41], обґрунтовує застосування методу в групових форматах освітнього середовища. Дослідження Т. Хадар щодо музикотерапевтичної роботи з парами «батьки – дитина» в умовах вимушеного переселення [31] додатково підтверджує доцільність використання музикотерапевтичних інтервенцій у контексті переживання втрати та порушення звичних соціальних зв'язків.

Метою програми є пом'якшення психологічних наслідків материнської депривації у студентів юнацького віку шляхом залучення до безпечної ритмічної взаємодії, яка може сприяти розвитку навичок саморегуляції, емоційної експресії та конструктивної групової взаємодії. До завдань програми належать: створення безпечного простору для емоційної експресії без орієнтації на оцінювання; розвиток навичок саморегуляції через використання стабільного групового ритму як тілесно орієнтованого ресурсу; активізація невербальної комунікації та емпатичного слухання; розширення репертуару поведінкових реакцій у ситуаціях напруги й конфлікту; підтримка переживання групової згуртованості та взаємної підтримки.

Розробка програми спиралася на принципи, що впливають із концепції Community Music Therapy [63] та психодинамічного підходу до музикотерапії [35]. Принцип безпеки реалізовано через чіткі рамки кожної зустрічі: правила групи, конфіденційність і право учасника утриматися від активної участі в окремих вправах. Принцип регуляції через ритм закладено в структуру кожної сесії, де стабільний пульс розглядається як тілесно орієнтований ресурс, що може сприяти емоційній та фізіологічній саморегуляції. Принцип експресії без оцінювання передбачає відсутність поділу виконання на правильне і неправильне; у студентській аудиторії з музичною освітою його дотримання потребувало особливої уваги, щоб ритмічна взаємодія не перетворювалася на простір професійного оцінювання. Принцип поступовості реалізується через послідовний перехід від простіших до складніших форм діяльності як у межах окремих сесій, так і протягом усієї програми. Принцип тілесної центрованості акцентує увагу на тілесних відчуттях, диханні та заземленні. Принцип групового процесу спирається

на феномен синхронізації, який розглядається як чинник формування переживання спільності та взаємної підтримки.

Програму реалізовано на базі Рівненського музичного училища РДГУ протягом п'яти тижнів. Характеристику вибірки і процедуру залучення учасників описано в підрозділі 2.1. Програму проводила авторка дослідження під супервізією дипломованого музикотерапевта; поєднання ролей дослідника й ведучої є методологічним обмеженням, що розглядається у висновках роботи. У роботі використовувалися групові барабани джембе (по одному на учасника), глюкофон (tongue drum; для стабілізаційних блоків) та перкусійні шумові інструменти (шейкери, маракаси). (Додаток Г)

Програма складалась з п'яти зустрічей тривалістю 60 хвилин кожна з інтервалом у 7 днів. Обраний формат відповідав рекомендаціям щодо короткострокових групових музикотерапевтичних інтервенцій [63; 13]. Очікувані ефекти програми, які підлягали емпіричній перевірці на контрольному етапі дослідження, охоплювали зниження реактивної тривожності, зменшення вираженості депресивної симптоматики, зниження окремих проявів агресивності (фізичної агресії, непрямой агресії та роздратування), а також зміни у стратегіях конфліктної поведінки в напрямі більш конструктивних форм взаємодії, зокрема посилення співробітництва та компромісу й зменшення тенденції до уникнення. Аналіз ефективності програми наведено в підрозділі 3.2.

Отже, розроблена корекційно-розвивальна програма являла собою теоретично обґрунтовану серію музикотерапевтичних інтервенцій, побудовану на засадах методу DrumPower і психодинамічного підходу до музикотерапії.

3.2. Аналіз результатів контрольного етапу та оцінка ефективності програми

Контрольний етап проводився після завершення формувального впливу з метою оцінювання ефективності корекційно-розвивальної програми із застосуванням засобів музичної терапії. Психодіагностичне обстеження здійснювалося тим самим інструментарієм в обох групах (ЕГ, n = 15; КГ, n = 15).

Для статистичної перевірки застосовано два непараметричні критерії: Манна–Уїтні (U) для міжгрупового порівняння на контрольному зрізі та Вілкоксона (T) для оцінки внутрішньогрупової динаміки між зрізами "До" і "Після". Рівень значущості $p \leq 0,05$. Практична вираженість змін оцінювалася через розмір ефекту $r = |Z|/\sqrt{N}$ за Дж. Коеном (малий: 0,10–0,29; середній: 0,30–0,49; великий: $\geq 0,50$). Обробка даних здійснювалася в IBM SPSS Statistics. Описова статистика за кожною методикою подана у Додатку Е (таблиці Е.1–Е.4).

Авторську анкету виявлення ознак материнської депривації застосовано повторно. Динаміку розподілу респондентів за рівнями подано в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнями материнської депривації до та після формувального впливу

Рівень депривації	ЕГ до к-сть	ЕГ до %	ЕГ після к-сть	ЕГ після %	КГ до к-сть	КГ до %	КГ після к-сть	КГ після %
Сформований контакт (14–28)	1	6,67	1	6,67	1	6,67	1	6,67
Помірні ознаки дистанції (29–45)	7	46,67	8	53,33	4	26,67	3	20,00
Виражена депривація (46–70)	7	46,67	6	40,00	10	66,67	11	73,33

Примітка. к-сть, кількість респондентів; %, частка від $n = 15$.

В ЕГ зафіксовано незначне зміщення розподілу: кількість респондентів з вираженою депривацією знизилась з 7 (46,67 %) до 6 (40,00 %). У КГ простежується протилежна тенденція. Зміни в обох групах є мінімальними і статистично незначущими: за критерієм Манна–Уїтні на контрольному етапі $U = 94,5$; $p = 0,467$; $r = 0,136$; за критерієм Вілкоксона в ЕГ $Z = -0,412$; $p = 0,681$; $r = 0,106$; у КГ $Z = -0,106$; $p = 0,915$; $r = 0,027$. Отриманий результат є очікуваним і змістовно обґрунтованим. Материнська депривація як феномен раннього досвіду формує стійку диспозиційну характеристику, що не піддається корекції короткостроковим формувальним впливом. Програма спрямовувалася на

пом'якшення психологічних наслідків деприваційного досвіду, динаміку яких проаналізовано нижче. Графічне відображення подано на рис. 3.1.

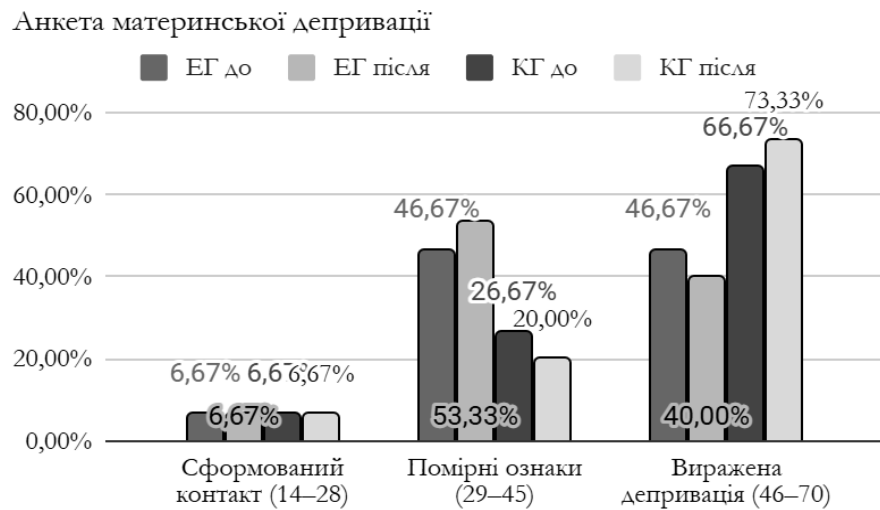


Рис. 3.1. Динаміка розподілу респондентів EG і KG за рівнями материнської депривації до та після формувального впливу, %

Динаміку тривожних проявів оцінено за шкалою С. Спілбергера в адаптації Ю. Ханіна (STAI). Розподіл респондентів за рівнями реактивної тривожності (РТ) представлено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Динаміка розподілу респондентів EG і KG за рівнями реактивної тривожності (РТ) до та після формувального впливу

Рівень РТ	EG до к-сть	EG до %	EG після к-сть	EG після %	KG до к-сть	KG до %		KG після к-сть	KG після %
Низький (до 30)	0	0,00	0	0,00	0	0,00		0	0,00
Середній (31–45)	1	6,67	8	53,33	3	20,00		1	6,67
Високий (46+)	14	93,33	7	46,67	12	80,00		14	93,33

Примітка. РТ, реактивна тривожність; к-сть, кількість респондентів.

В ЕГ зафіксовано виражену перебудову розподілу. Кількість респондентів з високим рівнем РТ знизилась з 14 (93,33 %) до 7 (46,67 %). Кількість респондентів із середнім рівнем зросла з 1 (6,67 %) до 8 (53,33 %). У КГ простежується протилежна тенденція: частка високого рівня зросла з 80,00 % до 93,33 %, що ймовірно відображає вплив зовнішніх ситуативних стресорів. Графічне відображення подано на рис. 3.2.

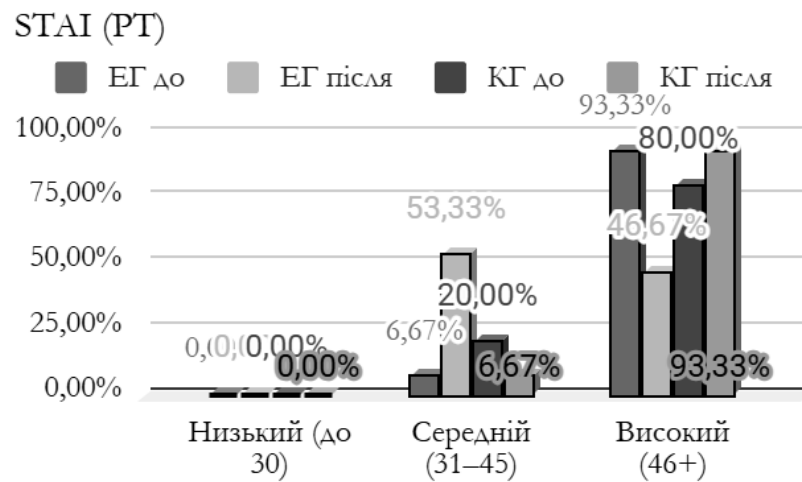


Рис. 3.2. Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнями реактивної тривожності (РТ) до та після формувального впливу, %

Розподіл респондентів за рівнями особистісної тривожності (ОТ) подано в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнями особистісної тривожності (ОТ) до та після формувального впливу

Рівень ОТ	ЕГ до к-сть	ЕГ до %	ЕГ після к-сть	ЕГ після %	КГ до к-сть	КГ до %	КГ після к-сть	КГ після %
Низький (до 30)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Середній (31-45)	6	40,00	5	33,33	7	46,67	7	46,67
Високий (46+)	9	60,00	10	66,67	8	53,33	8	53,33

Примітка. ОТ, особистісна тривожність; к-сть, кількість респондентів.

Розподіл за рівнями ОТ в обох групах практично не змінився, що є очікуваним з огляду на рисову природу показника. Графічне відображення подано на рис. 3.3. Зведені статистики за обома показниками STAI подано в таблиці 3.4.

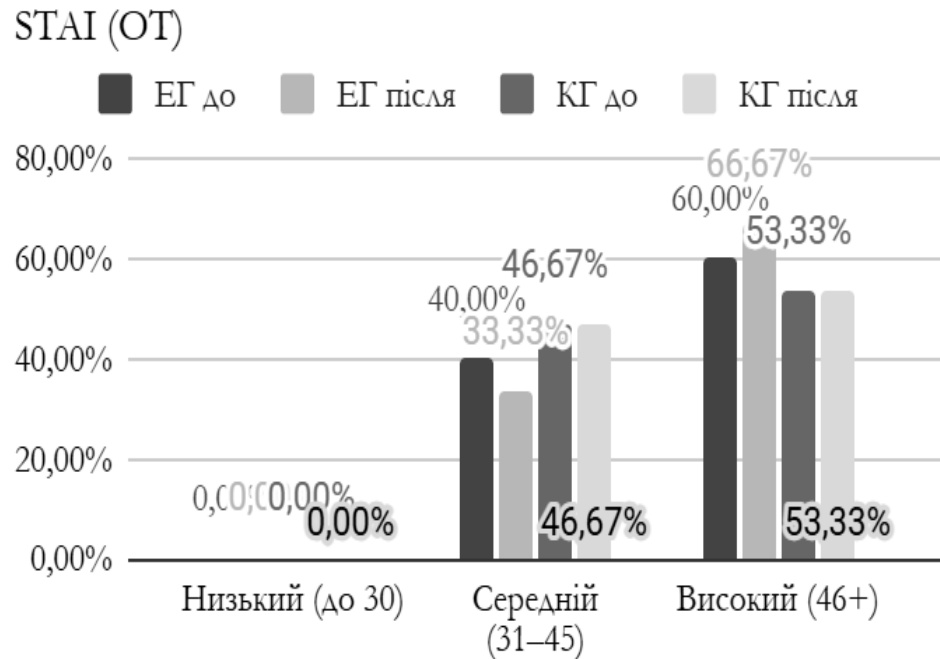


Рис. 3.3. Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнями особистісної тривожності (ОТ) до та після формувального впливу, %

Таблиця 3.4

Результати непараметричного аналізу за методикою STAI

Показник	U (МУ)	p (МУ)	r (МУ)	Z EG	p EG	r EG	Z KG	p KG
РТ	24,5	< 0,001*	0,669	-3,425	< 0,001*	0,884	-0,258	0,796
ОТ	110,5	0,950	0,015	-1,466	0,143	0,379	-0,059	0,953

Примітка. МУ, критерій Манна–Уїтні (ЕГ vs КГ); Z, p, r EG і КГ, критерій Вілкоксона (До vs Після); * статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$.

За критерієм Манна–Уїтні на контрольному етапі зафіксовано статистично значущу відмінність між ЕГ і КГ за реактивною тривожністю ($U = 24,5$; $p < 0,001$; $r = 0,669$, великий ефект). Показник в ЕГ є істотно нижчим за КГ. За критерієм

Віллоксона в ЕГ зафіксовано статистично значуще зниження РТ з дуже великим розміром ефекту ($Z = -3,425$; $p < 0,001$; $r = 0,884$). Показник знизився в усіх 15 респондентів ЕГ без винятку. Середнє значення в ЕГ знизилося з 53,67 до 42,33 балів (різниця 11,34 бали; описова статистика у Додатку Е, табл. Е.1). За особистісною тривожністю значущих змін не виявлено, що є очікуваним: ОТ відображає стійку диспозиційну характеристику, корекція якої потребує тривалішого впливу. Відсутність динаміки в КГ підкреслює специфічність ефекту програми.

Динаміку депресивної симптоматики оцінено за опитувальником РНQ-9. Розподіл респондентів за рівнями подано в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнями депресивної симптоматики (РНQ-9) до та після формувального впливу

Рівень депресії	ЕГ до к-сть	ЕГ до %	ЕГ після к-сть	ЕГ після %	КГ до к-сть	КГ до %	КГ після к-сть	КГ після %
Мінімальна (0–4)	1	6,67	1	6,67	0	0,00	1	6,67
Легка (5–9)	3	20,00	5	33,33	4	26,67	3	20,00
Помірна (10–14)	5	33,33	5	33,33	4	26,67	5	33,33
Помірно тяжка (15–19)	2	13,33	1	6,67	3	20,00	2	13,33
Тяжка (20–27)	4	26,67	3	20,00	4	26,67	4	26,67

Примітка. к-сть, кількість респондентів; %, частка від $n = 15$.

В ЕГ зафіксовано позитивне зміщення розподілу в бік менш виражених рівнів. Кількість респондентів з легкою депресією зросла з 3 (20,00 %) до 5 (33,33 %); з тяжкою депресією знизилась з 4 (26,67 %) до 3 (20,00 %); з помірно тяжкою з 2 (13,33 %) до 1 (6,67 %). У КГ частка респондентів з ознаками тяжкої депресії не змінилась (4 особи, 26,67 %). Графічне відображення подано на рис. 3.4. Результати непараметричного аналізу подано в таблиці 3.6.

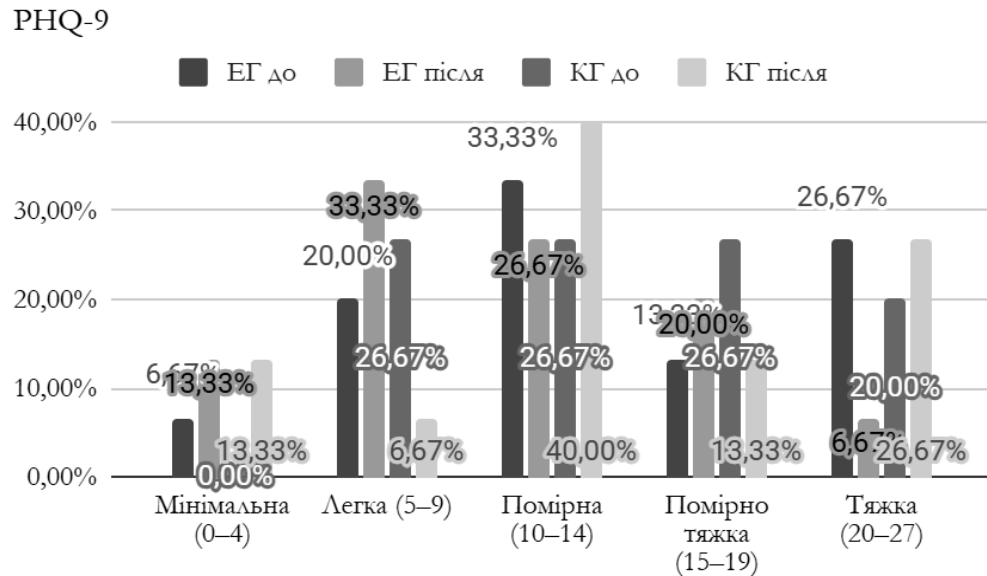


Рис. 3.4. Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнями депресивної симптоматики (РНQ-9) до та після формувального впливу, %

Таблиця 3.6

Результати непараметричного аналізу за методикою РНQ-9

Показник	U (МУ)	p (МУ)	r (МУ)	Z ЕГ	p ЕГ	r ЕГ	Z КГ	p КГ
Загальний бал РНQ-9	89,0	0,339	0,178	-3,202	0,001*	0,827	-0,527	0,598

Примітка. МУ, критерій Манна–Уїтні; Z ЕГ/КГ, критерій Вілкоксона; * статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$.

За критерієм Манна–Уїтні відмінності між ЕГ і КГ на контрольному етапі не сягають рівня значущості ($U = 89,0$; $p = 0,339$; $r = 0,178$). За критерієм Вілкоксона в ЕГ зафіксовано статистично значуще зниження депресивної симптоматики з великим розміром ефекту ($Z = -3,202$; $p = 0,001$; $r = 0,827$). Показник знизився у 13 респондентів з 15 (у решти 2 без змін, жодного випадку зростання). Середнє значення в ЕГ знизилось з 14,07 до 11,07 балів (описова статистика у Додатку Е, табл. Е.2). У КГ значущих змін не виявлено. Поєднання великого внутрішньогрупового ефекту в ЕГ з відсутністю значущих міжгрупових відмінностей пояснюється високою початковою варіативністю показника та обмеженим обсягом вибірки. Однонаправленість змін у 13 з 15

респондентів ЕГ є вагомим аргументом на користь специфічності впливу програми.

За методикою А. Басса і А. Дарки динаміку оцінено за вісьмома шкалами та двома інтегральними індексами. Розподіл за вісьмома шкалами наведено у Додатку Е (табл. Е.5). Динаміка розподілу за інтегральними індексами подана в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнями Індексу агресивності (ІА) та Індексу ворожості (ІВ) до та після формувального впливу, %

Індекс	Рівень	ЕГ до	ЕГ після	КГ до	КГ після
Індекс агресивності (ІА)	Низький (0–16)	0,00	13,33	0,00	0,00
	Середній (17–25)	53,33	80,00	46,67	40,00
	Високий (26–34)	46,67	6,67	53,33	60,00
Індекс ворожості (ІВ)	Середній (4–10)	26,67	33,33	20,00	26,67
	Високий (11–18)	73,33	66,67	80,00	73,33

Примітка. ІА, Індекс агресивності; ІВ, Індекс ворожості; %, частка від $n = 15$.

За Індексом агресивності в ЕГ зафіксовано істотне позитивне зрушення. Частка респондентів з високим рівнем знизилась з 46,67 % до 6,67 %, а з низьким зросла з 0 % до 13,33 %. У КГ частка високого рівня ІА зросла з 53,33 % до 60,00 %. За Індексом ворожості в обох групах простежується незначне зниження частки високого рівня, що вказує на відносну стійкість показника до короткострокового впливу. Графічне відображення динаміки інтегральних індексів подано на рис. 3.5 і 3.6. Результати непараметричного аналізу за всіма шкалами подано в таблиці 3.8.

Методика діагностики показників та форм агресії А. Басса - А. Даркі

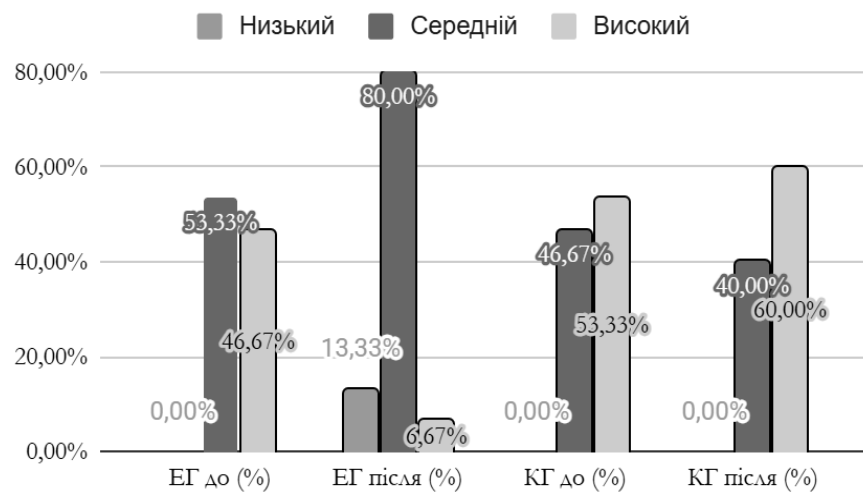


Рис. 3.5. Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнем Індексу агресивності (ІА) до та після формувального впливу, %

Методика діагностики показників та форм агресії А. Басса - А. Даркі

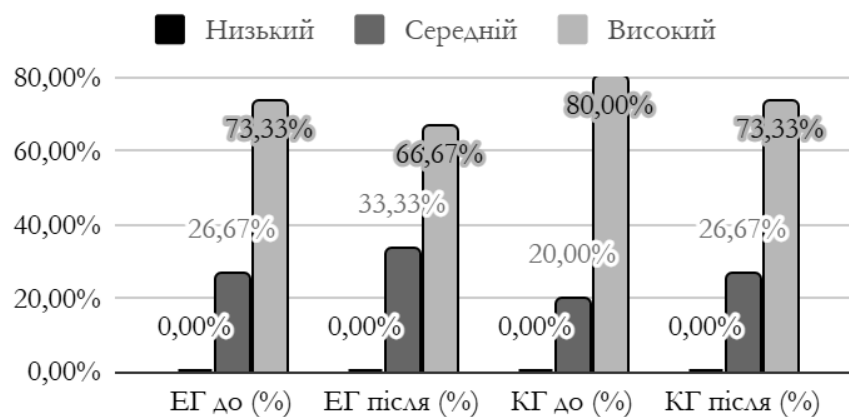


Рис. 3.6. Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнем Індексу ворожості (ІВ) до та після формувального впливу, %

Таблиця 3.8

Результати непараметричного аналізу за методикою А. Басса і А. Дарки

Шкала	U (МУ)	p (МУ)	r (МУ)	Z EG	p EG	r EG	Z KG	p KG
Фізична агресія	28,5	< 0,001*	0,643	-2,999	0,003*	0,774	-1,000	0,317
Вербальна агресія	36,5	0,001*	0,585	-1,878	0,060	0,485	-1,225	0,221
Непряма агресія	61,5	0,032*	0,395	-2,348	0,019*	0,606	-0,491	0,623
Негативізм	89,0	0,322	0,185	-1,047	0,295	0,270	-0,905	0,366

Шкала	U (МУ)	p (МУ)	r (МУ)	Z ЕГ	p ЕГ	r ЕГ	Z КГ	p КГ
Роздратування	56,5	0,019*	0,432	-2,892	0,004*	0,747	-1,225	0,221
Підозрілість	97,5	0,538	0,116	-0,378	0,705	0,098	-0,690	0,490
Образа	110,0	0,932	0,019	-0,106	0,915	0,027	—	—
Почуття провини	99,5	0,586	0,103	-0,816	0,414	0,211	-1,633	0,102
Індекс агресивності (ІА)	29,5	< 0,001*	0,631	-2,798	0,005*	0,723	-0,412	0,680
Індекс ворожості (ІВ)	107,5	0,849	0,039	-0,316	0,752	0,082	-0,690	0,490

Примітка. МУ, критерій Манна-Уїтні; Z ЕГ/КГ, критерій Вілкоксона; * статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$.

За критерієм Манна-Уїтні на контрольному етапі статистично значущі відмінності між ЕГ і КГ зафіксовано за п'ятьма шкалами: фізична агресія ($U = 28,5$; $p < 0,001$; $r = 0,643$), вербальна агресія ($U = 36,5$; $p = 0,001$; $r = 0,585$), непряма агресія ($U = 61,5$; $p = 0,032$; $r = 0,395$), роздратування ($U = 56,5$; $p = 0,019$; $r = 0,432$) та Індекс агресивності ($U = 29,5$; $p < 0,001$; $r = 0,631$).

За критерієм Вілкоксона в ЕГ зафіксовано статистично значуще зниження за чотирма шкалами: фізична агресія ($Z = -2,999$; $p = 0,003$; $r = 0,774$), непряма агресія ($Z = -2,348$; $p = 0,019$; $r = 0,606$), роздратування ($Z = -2,892$; $p = 0,004$; $r = 0,747$) та Індекс агресивності ($Z = -2,798$; $p = 0,005$; $r = 0,723$). За вербальною агресією зафіксовано тенденцію до зниження на межі статистичної значущості ($Z = -1,878$; $p = 0,060$; $r = 0,485$). За шкалами підозрілості, образи, почуття провини, негативізму та Індексом ворожості значущих змін не виявлено. У КГ за жодною зі шкал статистично значущих змін не зафіксовано. Описова статистика подана у Додатку Е (табл. Е.3).

Отримані результати свідчать про вибірккову і систематичну ефективність формувального впливу щодо агресивного компонента. Програма призвела до зниження активно-діяльнісних форм агресії (фізичної, непрямой) та емоційно-реактивної готовності до агресивних проявів (роздратування), що відображається на інтегральному Індексі агресивності. Показники ворожості як когнітивно-афективної установки (підозрілість, образа, Індекс ворожості) виявилися стійкими до короткострокового впливу, що узгоджується з

теоретичним положенням про їх зв'язок з глибинною внутрішньою робочою моделлю стосунків.

Динаміку стратегій поведінки в конфлікті оцінено за методикою К. Томаса в адаптації Н. В. Гришиної. Розподіл респондентів за рівнями вираженості стратегій подано в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнями вираженості стратегій поведінки в конфлікті до та після формувального впливу, %

Стратегія	Рівень	ЕГ до	ЕГ після	КГ до	КГ після
Суперництво	Низький (0–4)	73,33	80,00	73,33	73,33
	Середній (5–8)	26,67	20,00	26,67	26,67
Співробітництво	Низький (0–4)	13,33	0,00	0,00	0,00
	Середній (5–8)	86,67	100,00	100,00	100,00
Компроміс	Середній (5–8)	73,33	13,33	73,33	60,00
	Високий (9–12)	26,67	86,67	26,67	40,00
Уникнення	Середній (5–8)	60,00	100,00	73,33	73,33
	Високий (9–12)	40,00	0,00	26,67	26,67
Пристосування	Низький (0–4)	6,67	20,00	13,33	6,67
	Середній (5–8)	93,33	80,00	86,67	93,33

Примітка. %, частка від $n = 15$. Рівні з нульовою наповненістю в обох групах не наведено.

В ЕГ зафіксовано істотну перебудову розподілу за трьома стратегіями. Частка респондентів з високим рівнем компромісу зросла з 26,67 % до 86,67 % (+60 %). Частка респондентів з високим рівнем уникнення знизилась з 40,00 % до 0 %, тобто жоден з респондентів ЕГ після формувального впливу не залишився на високому рівні стратегії уникнення. За співробітництвом простежується ліквідація низького рівня (з 13,33 % до 0 %) при переході всіх респондентів на середній рівень. У КГ розподіл за всіма п'ятьма стратегіями залишився практично незмінним. Графічне відображення подано на рис. 3.7. Результати непараметричного аналізу подано в таблиці 3.10.

Методика Томаса–Гришиної

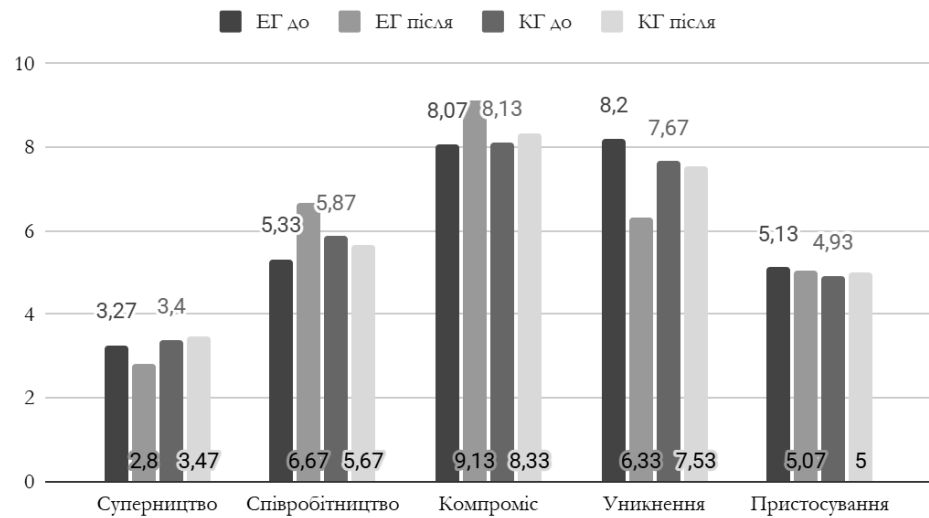


Рис. 3.7. Середні показники вираженості стратегій поведінки в конфлікті в ЕГ і КГ до та після формувального впливу

Таблиця 3.10

Результати непараметричного аналізу за методикою К. Томаса і Н. В. Гришиної

Стратегія	U (МУ)	p (МУ)	r (МУ)	Z ЕГ	p ЕГ	r ЕГ	Z КГ	p КГ
Суперництво	90,0	0,354	0,173	-1,941	0,052	0,501	-0,577	0,564
Співробітництво	43,0	0,003*	0,553	-3,272	0,001*	0,845	-1,134	0,257
Компроміс	47,0	0,003*	0,542	-3,500	< 0,001*	0,904	-0,905	0,366
Уникнення	49,0	0,007*	0,496	-3,222	0,001*	0,832	-0,707	0,480
Пристосування	112,0	1,000	0,005	-0,378	0,705	0,098	-0,577	0,564

Примітка. МУ, критерій Манна–Уїтні; Z ЕГ/КГ, критерій Вілкоксона; * статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$.

За критерієм Манна–Уїтні на контрольному етапі статистично значущі відмінності між ЕГ і КГ зафіксовано за трьома стратегіями: співробітництво ($U = 43,0$; $p = 0,003$; $r = 0,553$), компроміс ($U = 47,0$; $p = 0,003$; $r = 0,542$) та уникнення ($U = 49,0$; $p = 0,007$; $r = 0,496$). За критерієм Вілкоксона в ЕГ зафіксовано статистично значущі зміни з дуже великими ефектами за тими ж трьома стратегіями: компроміс ($Z = -3,500$; $p < 0,001$; $r = 0,904$), співробітництво ($Z = -3,272$; $p = 0,001$; $r = 0,845$), уникнення ($Z = -3,222$; $p = 0,001$; $r = 0,832$). За

суперництвом виявлено великий розмір ефекту ($r = 0,501$) на межі статистичної значущості ($p = 0,052$). В ЕГ показники співробітництва й компромісу зросли у 13 респондентів з 15, а уникнення знизилось у 13 з 15. У КГ за жодною зі стратегій статистично значущих змін не зафіксовано. Описова статистика подана у Додатку Е (табл. Е.4).

Отримані результати засвідчують найбільш системну перебудову поведінкового репертуару саме у сфері конфліктної взаємодії. На контрольному етапі в ЕГ сформувався принципово інший профіль реагування, в якому домінують конструктивні стратегії (співробітництво, компроміс), а уникнення як захисна модель помітно зменшилось. Виявлений патерн свідчить, що формувальна програма забезпечує симптоматичне зниження тривожності й агресії, а також перебудову способів взаємодії з іншими.

Зведені результати непараметричного аналізу за всіма методиками подано в таблиці 3.11.

Таблиця 3.11

Зведені результати непараметричного аналізу за всіма методиками

Методика	Шкала	U (МУ)	p (МУ)	r (МУ)	Z ЕГ	p ЕГ	r ЕГ	Z КГ	p КГ
Депривація	Загальний бал	94,5	0,467	0,136	-0,41 2	0,681	0,106	-0,106	0,915
STAI	Реактивна трив.	24,5	< 0,001*	0,669	-3,42 5	< 0,001*	0,884	-0,258	0,796
STAI	Особистісна трив.	110,5	0,950	0,015	-1,46 6	0,143	0,379	-0,059	0,953
RHQ-9	Загальний бал	89,0	0,339	0,178	-3,20 2	0,001*	0,827	-0,527	0,598
Басс-Дарки	Фізична агр.	28,5	< 0,001*	0,643	-2,99 9	0,003*	0,774	-1,000	0,317
Басс-Дарки	Вербальна агр.	36,5	0,001*	0,585	-1,87 8	0,060	0,485	-1,225	0,221
Басс-Дарки	Непряма агр.	61,5	0,032*	0,395	-2,34 8	0,019*	0,606	-0,491	0,623
Басс-Дарки	Негативізм	89,0	0,322	0,185	-1,04 7	0,295	0,270	-0,905	0,366

Методика	Шкала	U (МУ)	p (МУ)	r (МУ)	Z ЕГ	p ЕГ	r ЕГ	Z КГ	p КГ
Басс–Дарки	Роздратування	56,5	0,019*	0,432	–2,89 2	0,004 *	0,747	–1,225	0,221
Басс–Дарки	Підозрілість	97,5	0,538	0,116	–0,37 8	0,705	0,098	–0,690	0,490
Басс–Дарки	Образ	110,0	0,932	0,019	–0,10 6	0,915	0,027	—	—
Басс–Дарки	Почуття провини	99,5	0,586	0,103	–0,81 6	0,414	0,211	–1,633	0,102
Басс–Дарки	ІА	29,5	< 0,001*	0,631	–2,79 8	0,005 *	0,723	–0,412	0,680
Басс–Дарки	ІВ	107,5	0,849	0,039	–0,31 6	0,752	0,082	–0,690	0,490
Томас	Суперництво	90,0	0,354	0,173	–1,94 1	0,052	0,501	–0,577	0,564
Томас	Співробітництво	43,0	0,003*	0,553	–3,27 2	0,001 *	0,845	–1,134	0,257
Томас	Компроміс	47,0	0,003*	0,542	–3,50 0	< 0,001 *	0,904	–0,905	0,366
Томас	Уникнення	49,0	0,007*	0,496	–3,22 2	0,001 *	0,832	–0,707	0,480
Томас	Пристосування	112,0	1,000	0,005	–0,37 8	0,705	0,098	–0,577	0,564

Примітка. МУ, критерій Манна–Уїтні (ЕГ vs КГ); Z, p, r ЕГ і КГ, критерій Вілкоксона (До vs Після); ІА, Індекс агресивності; ІВ, Індекс ворожості; «—», відсутність змін; * статистично значущі відмінності на рівні $p \leq 0,05$.

Узагальнення результатів контрольного етапу засвідчує виражену і структурно послідовну ефективність розробленої корекційно-розвивальної програми. В експериментальній групі зафіксовано статистично значущі позитивні зміни з великим розміром ефекту за основними цільовими показниками: реактивна тривожність ($r = 0,884$), депресивна симптоматика ($r = 0,827$), фізична агресія ($r = 0,774$), роздратування ($r = 0,747$), непряма агресія ($r = 0,606$), Індекс агресивності ($r = 0,723$), а також стратегії конфліктної поведінки, а саме компроміс ($r = 0,904$), співробітництво ($r = 0,845$) та уникнення ($r = 0,832$).

У контрольній групі за жодним з досліджуваних показників статистично значущих змін не зафіксовано, що засвідчує специфічність ефекту програми та виключає його пояснення впливом сторонніх факторів.

Структура отриманих змін узгоджується з теоретичною моделлю наслідків материнської депривації. Найбільшої перебудови зазнали реактивні, ситуативно зумовлені компоненти психічного функціонування, насамперед реактивна тривожність, роздратування, активно-діяльнісні форми агресії, ригідні стратегії конфліктної поведінки. Стійкі диспозиційні характеристики виявилися відносно стабільними. До них належать материнська депривація як така, особистісна тривожність, ворожість як когнітивно-афективна установка (Індекс ворожості, підозрілість, образа). Отримані результати відповідають закономірностям короткострокових корекційних втручань і визначають перспективний напрям подальших досліджень, а саме реалізацію пролонгованої програми музикотерапії з метою досягнення стійких змін у глибинних компонентах психологічного функціонування осіб юнацького віку з деприваційним досвідом.

Висунута гіпотеза дослідження про можливість пом'якшення психологічних наслідків материнської депривації за допомогою цілеспрямованих музикотерапевтичних інтервенцій отримала статистично обґрунтовану підтримку: в експериментальній групі зафіксовано значущі позитивні зміни за основними цільовими показниками при відсутності аналогічної динаміки в контрольній групі. Разом із тим квазіекспериментальний дизайн та обмежений обсяг вибірки вимагають обережності в узагальненні отриманих результатів; їх валідність потребує підтвердження в дослідженнях із більшою вибіркою та рандомізованим розподілом учасників. У межах зазначених обмежень програма продемонструвала ефективність як інструмент короткострокової психологічної підтримки юнаків з ознаками деприваційного досвіду.

3.3. Практичні рекомендації

Результати формувального етапу дослідження засвідчили ефективність короткострокової музикотерапевтичної програми за методом DrumPower у пом'якшенні психологічних наслідків материнської депривації у студентів юнацького віку. Отримані дані створюють підставу для формулювання методичних рекомендацій щодо застосування ритмічно-музикотерапевтичних засобів у практичній роботі. Рекомендації призначені для фахівців психологічних служб закладів освіти та соціально-реабілітаційних установ, що працюють із юнаками і дівчатами з ознаками деприваційного досвіду.

Рекомендації структуровано за п'ятьма напрямками: діагностика деприваційного досвіду, побудова музикотерапевтичної програми, методичні особливості роботи з особами юнацького віку, корекція емоційних і поведінкових проявів материнської депривації та забезпечення психологічної безпеки учасників.

Теоретико-методологічну основу рекомендацій складають метод DrumPower у межах підходу Community Music Therapy [51], психодинамічний підхід до музикотерапії [24; 4] та доказова база ефективності музичних інтервенцій при тривожності [34] і депресії [28], детально представлена у підрозділі 3.1. Реалізація рекомендацій ґрунтується на принципах безпеки, регуляції через ритм, експресії без оцінювання, поступовості, тілесної центрованості та групового процесу. Серед цих принципів особливе місце посідає регуляція через ритм: стабільний пульс виступає тілесно зорієнтованим ресурсом регуляції автономної нервової системи.

Перший напрям рекомендацій стосується діагностики психологічних наслідків материнської депривації у студентів юнацького віку. Для їх виявлення доцільно використовувати комплексний психодіагностичний підхід, який дає змогу оцінити як особливості деприваційного досвіду, так і його можливі прояви в емоційній, поведінковій та міжособистісній сферах. Під час інтерпретації результатів увагу варто приділяти сукупності показників, пов'язаних із підвищеною тривожністю, депресивними проявами, агресивними реакціями та

труднощами конструктивної взаємодії в конфліктних ситуаціях. Саме поєднання таких характеристик може свідчити про наявність психологічних наслідків деприваційного досвіду та потребу в подальшій психологічній підтримці.

Другий напрям стосується принципів побудови короткострокової музикотерапевтичної програми. Програма формату 5–10 зустрічей по 60 хвилин забезпечує статистично значущі зміни за основними цільовими показниками, що підтверджено результатами формувального етапу. Структура сесії побудована за тричастинною моделлю, що включає тілесно-ритмічну активацію, основний робочий блок із ритмічними вправами та стабілізацію через спільний пульс і релаксацію. Поступове ускладнення вправ між зустрічами реалізується через перехід від базових форм синхронізації до групової імпровізації, далі до символічної роботи з конфліктом, із завершенням інтеграційним блоком. Мінімально необхідне обладнання охоплює групові барабани джембе (по одному на учасника), глюкофон (tongue drum) для стабілізаційних блоків та перкусійні шумові інструменти. Модель розроблено на основі методу DrumPower [51; 3] з урахуванням специфіки вибірки.

Третій напрям стосується методичних особливостей роботи з юнаками і дівчатами юнацького віку. У цій віковій групі потреба у груповій належності поєднується з вираженою чутливістю до оцінювання, що визначає ключові вимоги до терапевтичної позиції фахівця. Терапевтична позиція послідовно відмежовує ритмічну взаємодію від контексту досягнень і компетентності: ритм у межах роботи презентується як засіб взаємодії та спільного переживання, а не як демонстрація вмінь. Психодинамічна позиція музикотерапевта, описана у працях С. Йохімс [24], передбачає вибудовування репараційного досвіду через стабільну та передбачувану групову взаємодію. Особливої уваги потребують учасники з досвідом, пов'язаним із успішністю чи виконавською оцінкою для них безоцінний простір групи може мати додатковий репараційний потенціал.

Четвертий напрям стосується роботи з конкретними мішенями впливу. Емпіричний матеріал дослідження дозволяє розрізнити дві групи показників. До першої належать показники, що піддаються корекції у короткостроковому

форматі. Серед них реактивна тривожність, депресивна симптоматика, активно-діяльнісні форми агресії (фізична, непряма, роздратування) та ригідні стратегії конфліктної поведінки. Для корекції цих показників рекомендовано застосування ритмічних вправ синхронізації, вправ на групову імпровізацію та символічну роботу через образи стихій. Доказова база щодо ефективності музикотерапії при тривожності [34] та депресії [28] підтверджує доцільність обраної логіки. Друга група охоплює стійкі диспозиційні характеристики, до яких належать особистісна тривожність, ворожість як когнітивно-афективна установка (підозрілість, образа, індекс ворожості) та деприваційний досвід як такий. Для роботи з цими показниками короткостроковий формат є недостатнім, тому рекомендована пролонгована робота з елементами підходу, орієнтованого на терапевтичні стосунки, та психодинамічної музикотерапії [24].

П'ятий напрям стосується безпеки учасників. Безпека забезпечується через дотримання правил групи (відсутність оцінювання, конфіденційність, право не брати активної участі у вправі), наявність стабілізаційних блоків після інтенсивної емоційної роботи та тілесну центрованість методу, де ритм виступає засобом регуляції автономної нервової системи. У роботі з образно-символічним матеріалом (вправи зі стихіями, конфлікт у парах) актуалізація сильних емоцій може бути значною, що вимагає обов'язкового закриття процесу через спільний пульс і повернення у тілесні відчуття. Окремої уваги потребує можливість виявлення індивідуальних випадків клінічно значущої тривожності, депресивної симптоматики або суїцидальних думок. У таких випадках рекомендується припинити групову роботу з учасником, провести індивідуальну бесіду після завершення сесії та скерувати до фахівця відповідного профілю (психіатра або клінічного психолога). Продовження участі в програмі можливе лише після отримання відповідного дозволу від клінічного фахівця. Наявність цього протоколу є обов'язковою умовою реалізації програми.

Ефективність реалізації методичних рекомендацій забезпечується сукупністю психолого-педагогічних умов. До них належать наявність фахівця з музикотерапевтичною підготовкою або робота під супервізією дипломованого

музикотерапевта, забезпечення групи перкусійними інструментами та глюкофоном для стабілізаційних блоків, стабільність складу групи протягом усього циклу, регулярність зустрічей із фіксованим інтервалом, послідовність структурно-тематичного плану й узгодженість програми з можливостями навчального закладу.

Перспективними напрямками є розробка пролонгованих програм тривалістю 10–20 зустрічей, розширення вибірки та дослідження ефективності музикотерапевтичної інтервенції в інших вікових групах і умовах надання психологічної допомоги. Отримані результати засвідчують, що ритмічно орієнтована музикотерапія є доступним і теоретично обґрунтованим інструментом підтримки осіб із деприваційним досвідом, реалізація якого можлива в умовах закладів освіти та соціально-реабілітаційних установ.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Розроблено та апробовано корекційно-розвивальну програму, теоретико-методологічною основою якої слугує метод DrumPower у межах підходу Community Music Therapy в поєднанні з психодинамічною моделлю музикотерапевтичної роботи. Програму реалізовано у форматі п'яти щотижневих зустрічей тривалістю 60 хвилин на базі Рівненського музичного училища РДГУ. Кожна зустріч побудована за тричастинною моделлю тілесно-ритмічної активації, основного робочого блоку та стабілізації і підпорядкована логіці тематичного розгортання від встановлення рамок групової роботи через ритмічну взаємність і символічне проживання конфлікту до інтеграції набутого досвіду.

За результатами формувального експерименту в експериментальній групі зафіксовано статистично значущі позитивні зміни з великим розміром ефекту за реактивною тривожністю ($r = 0,884$), депресивною симптоматикою ($r = 0,827$), фізичною агресією ($r = 0,774$), роздратуванням ($r = 0,747$), непрямою агресією ($r = 0,606$) та індексом агресивності ($r = 0,723$). Схожу динаміку виявлено щодо стратегій конфліктної поведінки, компромісу ($r = 0,904$), співробітництва ($r = 0,845$) та уникнення ($r = 0,832$). Змістовний аналіз отриманих даних дає підстави вважати, що найбільшій трансформації зазнали реактивні, ситуативно зумовлені компоненти психічного функціонування, найбільш чутливі до короткострокового групового впливу.

Водночас встановлено відносну стійкість диспозиційних утворень особистісної тривожності, ворожості як когнітивно-афективної установки (підозрілість, образа) та материнської депривації як феномену раннього досвіду. Резистентність названих утворень до короткострокового втручання є теоретично закономірною і узгоджується з положенням про необхідність пролонгованої психокорекційної роботи з глибинними особистісними структурами, реорганізація яких потребує більш тривалого формату роботи.

Порівняльний аналіз із контрольною групою, в якій за жодним із досліджуваних показників статистично значущої динаміки не виявлено (усі $p > 0,05$), дає підстави розглядати зафіксовані зміни як пов'язані з програмним втручанням, хоча з огляду на обмежений обсяг вибірки отримані результати слід трактувати як попередні, що потребують підтвердження на ширших вибірках.

Отримані результати дають підстави вважати центральну гіпотезу дослідження частково підтвердженою: музикотерапевтична інтервенція виявила себе як потенційно дієвий засіб пом'якшення психологічних наслідків емоційної депривації у студентів юнацького віку, передусім щодо реактивних та поведінкових проявів, а саме реактивної тривожності, депресивної симптоматики, активно-діяльнісних форм агресії та ригідних стратегій конфліктної поведінки. Зафіксоване зростання частоти конструктивних стратегій співробітництва та компромісу на тлі зниження афективних бар'єрів може свідчити про розширення поведінкового репертуару учасників у сфері соціальної взаємодії.

На підставі отриманих результатів розроблено методичні рекомендації для фахівців психологічних служб закладів освіти та соціально-реабілітаційних установ, що охоплюють п'ять напрямів: діагностику деприваційного досвіду, принципи побудови короткострокової музикотерапевтичної програми, методичні особливості роботи з юнацькою групою, диференційовану роботу з мішенями впливу та забезпечення психологічної безпеки учасників. Визначено умови ефективності програми: наявність фахівця з музикотерапевтичною підготовкою або фахової супервізії, забезпечення групи перкусійними інструментами, стабільність складу, регулярність зустрічей і послідовне дотримання структурно-тематичного плану.

ВИСНОВКИ

Здійснено теоретичний аналіз ранньої материнської депривації як психологічного феномену та розглянуто основні наукові підходи до її вивчення. З'ясовано, що материнська депривація не зводиться до фізичної відсутності матері, а охоплює дефіцит афективного відгуку та порушення якості емоційної взаємодії у ранньому досвіді дитини. Охарактеризовано погляди представників психоаналітичного, когнітивно-поведінкового і нейробіологічного напрямів та теорії прив'язаності, на підставі чого феномен розглядається у роботі через поняття емоційної депривації як його безпосереднього прояву. Розкрито, що провідним механізмом негативного впливу є дефіцит раннього афективного контакту, що порушує становлення емоційної регуляції та здатності до стабільних міжособистісних стосунків.

Проаналізовано теоретико-методологічні підходи до застосування музичної терапії як засобу психологічної корекції. Розкрито, що її потенціал при наслідках емоційної депривації зумовлений здатністю впливати на довербальному рівні через механізми ритмічної синхронізації, афективного відгуку та невербальної комунікації, що відповідає природі порушень, сформованих у ранньому досвіді.

Підібрано та застосовано психодіагностичний інструментарій для вивчення рівня тривожності, агресивності, депресивних проявів, конфліктної поведінки та суб'єктивного переживання взаємин із матір'ю. Вибірку склали 30 осіб юнацького віку, рівномірно розподілених між експериментальною та контрольною групами. Констатовано значну поширеність емоційної депривації: ознаки порушеного афективного контакту з матір'ю виявлено у 93,33 % респондентів.

Продемонстровано комплексний характер психологічних наслідків деприваційного досвіду. Учасників із низьким рівнем тривожності не виявлено в жодній з груп, клінічно значущу депресивну симптоматику зафіксовано у 73,33 % досліджуваних, агресивні прояви різного ступеня вираженості виявлено у всіх

без винятку учасників. Визначено переважання уникнення та компромісу серед стратегій конфліктної поведінки за повної відсутності осіб із розвиненою стратегією співробітництва, що відображає дезадаптивні моделі взаємодії, сформовані в умовах емоційної недоступності материнської фігури. Порівняння груп за критерієм Манна–Уїтні не виявило статистично значущих відмінностей за жодним показником, що підтвердило вихідну зіставність вибірки.

Розроблено короткострокову корекційно-розвивальну програму на основі підходу DrumPower у межах Community Music Therapy. За результатами формувального експерименту зафіксовано статистично значущі позитивні зміни з великим розміром ефекту в експериментальній групі за реактивною тривожністю ($r = 0,884$), депресивною симптоматикою ($r = 0,827$) та індексом агресивності ($r = 0,723$). Продemonстровано суттєву трансформацію стратегій конфліктної поведінки: зростання співробітництва ($r = 0,845$) і компромісу ($r = 0,904$) на тлі зниження уникнення ($r = 0,832$) може свідчити про формування зрілиших моделей соціальної взаємодії. Виявлено відносну стійкість диспозиційних утворень: особистісна тривожність, ворожість і суб'єктивне відчуття емоційної депривації суттєво не змінились, що підтверджує необхідність пролонгованої психокорекційної роботи з глибинними особистісними структурами. У контрольній групі значущої динаміки не виявлено за жодним показником, що дає підстави розглядати зафіксовані зміни як пов'язані з програмним втручанням.

Отримані результати дають підстави вважати центральну гіпотезу дослідження частково підтвердженою: музикотерапевтична інтервенція на основі підходу DrumPower виявила себе як потенційно дієвий засіб пом'якшення реактивних і поведінкових проявів емоційної депривації в осіб юнацького віку. На підставі отриманих даних розроблено методичні рекомендації для психологічних служб закладів освіти та соціально-реабілітаційних установ щодо діагностики деприваційного досвіду та побудови короткострокових групових програм корекції. Перспективи подальших досліджень передбачають вивчення

тривалості досягнутих змін і апробацію пролонгованих програм, орієнтованих на стійкі диспозиційні структури особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баранович С. Музична терапія для підтримки жінок і дітей, що зазнали наслідків материнської депривації в умовах війни. *Громадянське суспільство у процесі вирішення конфліктів: досвід єс для України* : Матеріали Міжнар. наук. конф., м. Острог, 22 жовт. 2025 р. Острог, 2025. С. 187–193. URL: <https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/10254/1/EURoCoRP.pdf> (дата звернення: 29.03.2026).
2. Відніченко Л. І., Літвінова О. В. Вплив материнської депривації на психічний розвиток дитини. *XX Міжнародна науково-практична конференція «Ідеї академіка В. І. Вернадського та проблеми сталого розвитку освіти і науки»*. 2023. URL: <https://doi.org/10.32782/2079-5009.2023.1.3> (дата звернення: 16.02.2026).
3. Гошовський Я. Феноменологія депривації: системний теоретико-емпіричний дискурс. *Психологія і суспільство*. 2011. № 1 (43). С. 85–95.
4. Дмитріюк Н. С. Теоретико-методологічні засади вивчення проблеми депривації у психологічній науці. *Актуальні проблеми психології. Психологія творчості*. 2015. Т. 12, вип. 21. С. 114–124.
5. Добровольська Р. Феноменологія поняття «музична терапія» в сучасному науковому дискурсі країн Європи та США. *Science and education*. 2024. № 1. С. 17–21. URL: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2024-1-3> (дата звернення: 19.02.2026).
6. Жмай О. В., Конопля О. І. Стратегії поведінки в конфлікті: види, сутність та взаємозв'язок з емоційним інтелектом. *Економіка: реалії часу. Науковий журнал*. 2019. URL: <https://dspace.onu.edu.ua/handle/123456789/28319> (дата звернення: 12.04.2026).
7. Кокур О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Збірник психодіагностичних методик для професійно-психологічного відбору кандидатів на військову службу за контрактом у Збройних Силах України

- : метод. посіб. Київ : Вид. дім “Освіта України”, 2021. 74 с. URL: <https://surl.li/pupzek> (дата звернення: 12.04.2026).
8. Мартинюк А., Малашевська І. Особливості використання музикотерапії як методу збереження психічного здоров’я особистості. *Молодь і ринок*. 2023. № 2/210. С. 66–71. URL: <https://doi.org/10.24919/2308-4634.2023.275312> (дата звернення: 29.03.2026).
 9. Практична психосоматика : Навч. посіб. / ред. Чабан О.О Хаустової О.О. 2-ге вид. Київ : Вид. дім Медкнига. 2019. URL: <https://surl.li/kjgwtd> (дата звернення: 12.04.2026).
 10. Черноус Т., Гордійчук І., Баранович С. Роль сім’ї у подоланні наслідків материнської депривації та шкільній адаптації дітей в умовах війни. *Соціально-психологічна реабілітація ветеранів*. 2025. № 24. С. 124–126. URL: <https://surl.li/zqsuyt> (дата звернення: 29.03.2026).
 11. Черноус Т. Ю. Нейробіологічні чинники впливу музики на когнітивні та емоційні процеси. *Редколегія випуску*. 2021. С. 60. URL: <https://doi.org/10.25264/31.05.2021> (дата звернення: 21.03.2026).
 12. Черноус Т. Ю. Родина, розділена війною, у фокусі музикотерапевтичної практики. Наукові записки Національного університету «Острозька академія» : Серія «Психологія». 2026. Т. 1, № 20. С. 73–79. URL: <https://doi.org/10.25264/2415-7384-2026-20-73-79> (дата звернення: 10.06.2026).
 13. Черноус Т. Ю. Музична терапія та метод drumpower. *Психологія особистості фахівця в умовах воєнного часу та поствоєнної реабілітації*. 2024. Зб. матеріалів ІХВсеукр. науково-практ. конф. С. 396. URL: <https://surl.li/edfhko> (дата звернення: 19.02.2026).
 14. Штегеманн Т., Фітцтум Є. (ред.) Практичний посібник з музикотерапії : підручник / пер. з нім. К. Поліщук ; укр. ред. О. Львов. - Львів, 2020.
 15. Штегеманн Т., Фітцтум Є. (ред.) Практичний посібник з музикотерапії. Ч. 2 : підручник / пер. з нім. К. Поліщук ; укр. ред. О. Львов. - Львів, 2020.

16. A Systematic Review of Music Interventions to Support Parent–Child Attachment / L. J. Newman et al. *Journal of Music Therapy*. 2022. Vol. 59, no. 4. P. 430–459. URL: <https://doi.org/10.1093/jmt/thac012> (date of access: 21.03.2026).
17. An overview of maternal separation effects on behavioural outcomes in mice: Evidence from a four-stage methodological systematic review / S. G. Tractenberg et al. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2016. Vol. 68. P. 489–503. URL: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.021> (date of access: 10.02.2026).
18. Burns R. B. Maternal Deprivation. *Essential Psychology*. Dordrecht, 1980. P. 153–170. URL: https://doi.org/10.1007/978-94-010-9329-3_10 (date of access: 29.03.2026).
19. Casler L. Maternal deprivation: A critical review of the literature. New York [Child Development Publications, Society for Research in Child Development] 1961. [Ann Arbor, Mich : University Microfilms], 1957. 64 p.
20. Creative music therapy in preterm infants effects cerebrovascular oxygenation and perfusion / F. Scholkmann et al. *Scientific Reports*. 2024. Vol. 14, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-75282-8> (date of access: 20.03.2026).
21. Defining Attachment and Bonding: Overlaps, Differences and Implications for Music Therapy Clinical Practice and Research in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) / M. Ettenberger et al. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18, no. 4. P. 1733. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph18041733> (date of access: 21.03.2026).
22. Drama Therapy as a Tool for Peace and Conflict Resolution in Family Dynamics: A Pilot Study / L. H. Kreidie et al. *Behavioral Sciences*. 2025. Vol. 15, no. 9. P. 1156. URL: <https://doi.org/10.3390/bs15091156> (date of access: 21.03.2026).
23. Edwards J. The use of music therapy to promote attachment between parents and infants. *The Arts in Psychotherapy*. 2011. Vol. 38, no. 3. P. 190–195. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.05.002> (date of access: 10.06.2026).

24. Effect of Music Therapy on Parent-Infant Bonding Among Infants Born Preterm / C. M. Ghetti et al. *JAMA Network Open*. 2023. Vol. 6, no. 5. P. e2315750. URL: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.15750> (date of access: 20.03.2026).
25. Effects of maternal separation on the neurobehavioral development of newborn Wistar rats / J. Farkas et al. *Brain Research Bulletin*. 2009. Vol. 79, no. 3-4. P. 208–214. URL: <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2008.12.011> (date of access: 10.02.2026).
26. Effects of Mozart–Orff parent–child music therapy among mothers and their preschool children with autism spectrum disorder: A mixed-methods randomised controlled trial / Y. He et al. *BMC Pediatrics*. 2024. Vol. 24, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12887-024-05085-3> (date of access: 19.01.2026).
27. Egna Minnen Beträffande Uppfostran- Short Form (S-EMBU) – Parent & Child. *Center of Excellence for Health Disparities Research: El Centro | School of Nursing and Health Studies*. URL: <https://elcentro.sonhs.miami.edu/research/measures-library/s-embu/index.html> (date of access: 21.05.2026).
28. Enduring Neurobiological Consequences of Early-Life Stress: Insights from Rodent Behavioral Paradigms / L. Speranza et al. *Biomedicines*. 2024. Vol. 12, no. 9. P. 1978. URL: <https://doi.org/10.3390/biomedicines12091978> (date of access: 10.02.2026).
29. Family-centered music therapy–Empowering premature infants and their primary caregivers through music: Results of a pilot study / B. M. Menke et al. *PLOS ONE*. 2021. Vol. 16, no. 5. P. e0250071. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250071> (date of access: 20.03.2026).
30. Ferreira de Sá N., Camarini R., Suchecki D. One day away from mum has lifelong consequences on brain and behaviour. *Neuroscience*. 2023. URL: <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2023.06.013> (date of access: 21.03.2026).

31. Hadar T. Parenting in the Face of Trauma: Music Therapy to Support Parent–Child Dyads Affected by War and Displacement. *Children*. 2024. Vol. 11, no. 10. P. 1269. URL: <https://doi.org/10.3390/children11101269> (date of access: 21.03.2026).
32. Hadar T. Relational repair through recording: A music therapy case study with a child and parents following the october 7 attack. *The Arts in Psychotherapy*. 2025. Vol. 96. P. 102373. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aip.2025.102373> (date of access: 21.03.2026).
33. International multicentre randomised controlled trial of improvisational music therapy for children with autism spectrum disorder: TIME-A study / M. J. Crawford et al. *Health Technology Assessment*. 2017. Vol. 21, no. 59. P. 1–40. URL: <https://doi.org/10.3310/hta21590> (date of access: 19.02.2026).
34. Jeon H. K., Lee C. S. The Effect of Horticultural Activity Program on Emotional Intelligence, Social Ability and Social Adaptability of Children in Single-Parent Families. *Indian Journal of Science and Technology*. 2015. Vol. 8, S7. P. 299. URL: <https://doi.org/10.17485/ijst/2015/v8is7/69995> (date of access: 10.06.2026).
35. Jochims S. Connections between Bonding Theories and Psychodynamic Music Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy*. 2003. Vol. 12, no. 1. P. 100–107. URL: <https://doi.org/10.1080/08098130309478078> (date of access: 10.06.2026).
36. Kohut A., Chaban O. The evaluation of psychometric properties of the Ukrainian Versions of PCL-5, PHQ-9 and GAD-7 scales. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2025. Vol. 10, no. 1. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v10i1.597> (date of access: 12.04.2026).
37. La Rosa V. L., Commodari E. Mother–Child Attachment Relationship in Pregnancy, Postpartum, and Early Childhood: Current Status and New Research Perspectives. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2024. Vol. 14, no. 8. P. 2226–2229. URL: <https://doi.org/10.3390/ejihpe14080148> (date of access: 21.03.2026).

38. Latham N. R., Mason G. J. Maternal deprivation and the development of stereotypic behaviour. *Applied Animal Behaviour Science*. 2008. Vol. 110, no. 1-2. P. 84–108. URL: <https://doi.org/10.1016/j.applanim.2007.03.026> (date of access: 10.02.2026).
39. Leubner D., Hinterberger T. Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression. *Frontiers in Psychology*. 2017. Vol. 8. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01109> (date of access: 19.02.2026).
40. Lionetti F., Pastore M., Barone L. Attachment in institutionalized children: A review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. 2015. Vol. 42. P. 135–145. URL: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.013> (date of access: 10.02.2026).
41. Lokareva G. Music therapy as a social and pedagogical technology. *Visnik Zaporiz'kogo naciiohai'nogo universitetu. Pedagogicni nauki*. 2019. Vol. 1, no. 32. P. 29–33. URL: <https://doi.org/10.26661/2522-4360-2019-1-32-05> (date of access: 25.10.2025).
42. Maharani A., Margawati P. Maternal deprivation and spiritual resilience in the secret life of bees: a psychoanalytic perspective through attachment theory. *Lire Journal (Journal of Linguistics and Literature)*. 2025. Vol. 9, no. 2. P. 212–224. URL: <https://doi.org/10.33019/lire.v9i2.420> (date of access: 16.02.2026).
43. Maternal caregiving ameliorates the consequences of prenatal maternal psychological distress on child development / L. A. Grande et al. *Development and Psychopathology*. 2021. P. 1–10. URL: <https://doi.org/10.1017/s0954579421000286> (date of access: 17.02.2026).
44. Maternal Deprivation Increases Anxiety- and Depressive-Like Behaviors in an Age-Dependent Fashion and Reduces Neuropeptide Y Expression in the Amygdala and Hippocampus of Male and Female Young Adult Rats / A. S. Miragaia et al. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2018. Vol. 12. URL: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00159> (date of access: 17.02.2026).
45. Music therapy for the treatment of anxiety: a systematic review with multilevel meta-analyses / M. de Witte et al. *eClinicalMedicine*. 2025. Vol. 84. P. 103293.

- URL: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2025.103293> (date of access: 19.02.2026).
46. Music Therapy in Preterm Infants Reduces Maternal Distress / S. Kobus et al. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 20, no. 1. P. 731. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010731> (date of access: 20.03.2026).
 47. Music with Displaced Dyads: Ukrainian Parents' Perspectives on a Music Therapy Group / T. Hadar et al. *Journal of Loss and Trauma*. 2025. P. 1–26. URL: <https://doi.org/10.1080/15325024.2025.2556425> (date of access: 21.03.2026).
 48. Music-based interventions and maternal mental health in the postpartum period: A mixed-studies systematic review / S. Shorey et al. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2025. URL: <https://doi.org/10.1002/ijgo.70133> (date of access: 20.03.2026).
 49. Music-Based Therapy for the Treatment of Perioperative Anxiety and Pain—A Randomized, Prospective Clinical Trial / S. K. Goel et al. *Journal of Clinical Medicine*. 2024. Vol. 13, no. 20. P. 6139. URL: <https://doi.org/10.3390/jcm13206139> (date of access: 19.02.2026).
 50. Palazzi A., Meschini R., Piccinini C. A. NICU music therapy effects on maternal mental health and preterm infant's emotional arousal. *Infant Mental Health Journal*. 2021. URL: <https://doi.org/10.1002/imhj.21938> (date of access: 10.06.2026).
 51. Parker G., Tupling H., Brown L. B. A parental bonding instrument. *British journal of medical psychology*. 1979. URL: <https://lnk.ua/4Fa4cfOpQ> (date of access: 21.05.2026).
 52. Prevalence and number of children living in institutional care: global, regional, and country estimates / C. Desmond et al. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020. Vol. 4, no. 5. P. 370–377. URL: [https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(20\)30022-5](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(20)30022-5) (date of access: 10.02.2026).

53. Raised in conditions of psychosocial deprivation: Effects of infant institutionalization on early development / H. Sand et al. *Children and Youth Services Review*. 2024. P. 107718. URL: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107718> (date of access: 15.02.2026).
54. Robertson J., Robertson J. Quality of substitute care as an influence on separation responses. *Journal of Psychosomatic Research*. 1972. Vol. 16, no. 4. P. 261–265. URL: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(72\)90008-6](https://doi.org/10.1016/0022-3999(72)90008-6) (date of access: 10.02.2026).
55. Rutter M. Maternal deprivation reconsidered. *Journal of Psychosomatic Research*. 1972. Vol. 16, no. 4. P. 241–250. URL: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(72\)90005-0](https://doi.org/10.1016/0022-3999(72)90005-0) (date of access: 15.02.2026).
56. Scott P. D. Deprivation of Maternal Care: a Reassessment of its Effects. World Health Organization. Public Health Papers, no. 14. Geneva. 1962. Pp. 165. Price 10s. - Maternal Deprivation: A Critical Review of the Literature. By Lawrence Casler. Society for Research in Child Development. Vol. 26, no. 2. Monograph 80. 1961. *British Journal of Psychiatry*. 1963. Vol. 109, no. 460. P. 438–439. URL: <https://doi.org/10.1192/bjp.109.460.438> (date of access: 17.02.2026).
57. Ștefan C. A., Avram J., Miclea M. Children's awareness concerning emotion regulation strategies: Effects of attachment status. *Social Development*. 2017. Vol. 26, no. 4. P. 694–708. URL: <https://doi.org/10.1111/sode.12234> (date of access: 15.02.2026).
58. Sun F., Tang D. Effectiveness of music therapy intervention on parent-infant attachment and parental anxiety in premature infants care: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric Research*. 2026. URL: <https://doi.org/10.1038/s41390-025-04739-x> (date of access: 21.03.2026).
59. Systematic review and meta-analysis: effects of maternal separation on anxiety-like behavior in rodents / D. Wang et al. *Translational Psychiatry*. 2020. Vol. 10, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-0856-0> (date of access: 10.02.2026).

60. TAR 2017 – Technically Assisted Rehabilitation – March 09–10, 2017. *Current Directions in Biomedical Engineering*. 2017. Vol. 3, s1. P. s1–s18. URL: <https://doi.org/10.1515/cdbme-2017-1001> (date of access: 19.02.2026).
61. Turkova D. THE BODILY-SELF'S DEVELOPMENT IN THE INFANCY. *Psychology and Personality*. 2020. No. 2. P. 41–54. URL: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2020.2.211912> (date of access: 12.04.2026).
62. Wei Y., Qiao Z. Neurologic Music Therapy's Impact on Neurological Disorders. *Journal of Neuroscience Research*. 2024. Vol. 102, no. 12. URL: <https://doi.org/10.1002/jnr.70000> (date of access: 19.02.2026).
63. Wölfl A. DrumPower – music for a better community in the classroom: Group music therapy programme for violence prevention, social integration and empowerment in schools – suggestions from Community Music Therapy approaches. *International Journal of Community Music*. 2016. Vol. 9, no. 1. P. 65–75. URL: https://doi.org/10.1386/ijcm.9.1.65_1 (date of access: 13.04.2026).
64. Yarrow L. J. Maternal deprivation: Toward an empirical and conceptual re-evaluation. *Psychological Bulletin*. 1961. Vol. 58, no. 6. P. 459–490. URL: <https://doi.org/10.1037/h0043656> (date of access: 10.02.2026).

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета «Особливості емоційного зв'язку з материнською фігурою»

Прізвище та ім'я: _____ Вік: _____ Стать: _____ Спеціальність: _____
 Курс: _____ Дата: _____

Інструкція. Оберіть варіант відповіді, що найбільше відповідає вашому досвіду. Правильних і неправильних відповідей немає.

1 — зовсім не згоден; 2 — скоріше не згоден; 3 — важко відповісти; 4 — скоріше згоден; 5 — повністю згоден.

№	Твердження	1	2	3	4	5
1	Я часто відчуваю внутрішню самотність.					
2	У складних ситуаціях мама підтримує мене.					
3	Я ніколи не відчуваю образи на близьких людей.					
4	Мені часто бракувало уваги з боку мами.					
5	Я завжди поведжуся правильно, навіть коли ніхто не бачить.					
6	Я можу поділитися з мамою своїми переживаннями.					
7	Мені складно відкрито виражати свої почуття.					
8	Я ніколи не злюся на свою маму.					
9	Я відчуваю емоційну близькість із мамою.					
10	Мені легше справлятися з труднощами самостійно, ніж звертатися до мами.					
11	Я відчував(ла), що мама розуміє мої емоції.					
12	Я завжди говорю тільки правду.					
13	Я відчуваю дистанцію між собою і мамою.					
14	Я боюся бути відкинутим(ою).					

15	Я ніколи не відчуваю заздрості до інших.					
16	Мама проявляла до мене теплоту і ніжність.					
17	Я часто приховую свої справжні почуття.					
18	Я відчуваю потребу в більшій емоційній підтримці.					
19	Я ніколи не роблю помилок.					
20	У дитинстві я міг(могла) звернутися до мами по підтримку.					

Додаток Д

Таблиця Д1

Розподіл респондентів ЕГ і КГ за рівнями реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності за шкалою STAI на констатувальному етапі

Рівень тривожності	ЕГ РТ к-сть	ЕГ РТ %	КГ РТ к-сть	КГ РТ %	ЕГ ОТ к-сть	ЕГ ОТ %	КГ ОТ к-сть	КГ ОТ %
Низький (до 30 балів)	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Середній (31–45 балів)	1	6,67	3	20,00	6	40,00	7	46,67
Високий (46 балів і вище)	14	93,33	12	80,00	9	60,00	8	53,33
Усього	15	100	15	100	15	100	15	100

Примітка. РТ - реактивна тривожність; ОТ - особистісна тривожність; к-сть - кількість респондентів; % - частка від чисельності групи (n = 15).

Таблиця Д2

Розподіл респондентів ЕГ і КГ за рівнями форм агресії на констатувальному етапі

Шкала	Рівень	ЕГ к-сть	ЕГ %	КГ к-сть	КГ %
Фізична агресія	Низький (0–3)	0	0,00	0	0,00
	Середній (4–6)	8	53,33	6	40,00
	Високий (7–10)	7	46,67	9	60,00
Вербальна агресія	Низький (0–5)	0	0,00	0	0,00
	Середній (6–9)	7	46,67	5	33,33
	Високий (10–13)	8	53,33	10	66,67
Непряма агресія	Низький (0–3)	0	0,00	0	0,00
	Середній (4–6)	9	60,00	8	53,33
	Високий (7–9)	6	40,00	7	46,67
Негативізм	Низький (0–1)	0	0,00	0	0,00
	Середній (2–3)	7	46,67	8	53,33
	Високий (4–5)	8	53,33	7	46,67
Роздратування	Низький (0–3)	0	0,00	0	0,00
	Середній (4–7)	5	33,33	4	26,67
	Високий (8–11)	10	66,67	11	73,33
Підозрілість	Низький (0–3)	0	0,00	0	0,00
	Середній (4–7)	13	86,67	12	80,00
	Високий (8–10)	2	13,33	3	20,00
Образа	Низький (0–2)	0	0,00	0	0,00
	Середній (3–5)	7	46,67	8	53,33
	Високий (6–8)	8	53,33	7	46,67

Почуття провини	Низький (0–3)	0	0,00	0	0,00
	Середній (4–6)	13	86,67	14	93,33
	Високий (7–9)	2	13,33	1	6,67

Примітка. к-сть - кількість респондентів; % - частка від чисельності групи (n = 15); у стовпці «Рівень» у дужках подано межі балів за відповідною шкалою методики.

КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНА ПРОГРАМА ЗНИЖЕННЯ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ ЗАСОБАМИ МУЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Мета програми: зниження рівня тривожності студентської молоді шляхом використання методів групової музичної терапії, розвитку навичок емоційної саморегуляції, безпечного емоційного самовираження та формування досвіду підтримувальної групової взаємодії.

Тривалість програми: 5 занять.

Тривалість одного заняття: 60 хвилин.

Форма роботи: групова.

Кількість учасників: 8–15 осіб.

Загальна структура програми

Корекційно-розвивальна програма складається з п'яти групових занять, побудованих за єдиною тричастинною структурою: тілесно-ритмічна активація, основний робочий блок та завершальна стабілізація. Вступна частина спрямована на відновлення контакту між учасниками та налаштування на спільну діяльність, основна включає ритмічні вправи, групову імпровізацію й опрацювання тематичного матеріалу, а завершальна забезпечує емоційну стабілізацію через повернення до спільного пульсу, релаксацію та рефлексію переживань.

Зміст програми вибудований за принципом поступового переходу від формування безпечного групового простору до опрацювання тривоги та інтеграції отриманого досвіду. Перша зустріч присвячена розвитку відчуття безпеки, прийняття та групової згуртованості через вправи «Ім'я в ритмі» та «Спільний пульс». Друга зустріч спрямована на розвиток взаємності, довіри та невербальної комунікації за допомогою вправ «Нашарування» і «Керований ансамбль». Третя та четверта зустрічі зосереджені на роботі з переживаннями тривоги й конфлікту через ритмічну імпровізацію, символічне вираження внутрішніх станів та пошук способів їх конструктивної трансформації. П'ята зустріч має інтеграційний характер і спрямована на узагальнення набутого досвіду, усвідомлення групових зв'язків та завершення роботи.

Програма реалізує основні терапевтичні механізми музичної терапії, описані в підрозділі 1.3. Ритмічна синхронізація забезпечує формування відчуття безпеки та групової єдності, музична імпровізація створює умови для емоційного самовираження й афективного відгуку, невербальна взаємодія сприяє розвитку комунікативних навичок, а стабілізаційні вправи та звучання глюкофона підтримують процес сенсорної та емоційної саморегуляції.

Кожне заняття має тричастинну структуру:

Вступна частина (5–10 хвилин) спрямована на відновлення контакту між учасниками, тілесно-ритмічну активацію та налаштування на спільну роботу.

Основна частина (35–45 хвилин) включає виконання тематичних ритмічних вправ, групову імпровізацію та розвиток навичок взаємодії й емоційного самовираження.

Завершальна частина (10–15 хвилин) передбачає повернення до спільного ритму, релаксацію під звучання глюкофона та коротку рефлексію переживань.

Тематичний план корекційно-розвивальної програми

№	Тема зустрічі	Основні завдання	Основні вправи
---	---------------	------------------	----------------

1	Контакт і регуляція	Встановлення рамок групової роботи, формування досвіду стабільного групового пульсу, базова стабілізація	«Ім'я в ритмі», «Спільний пульс», «Спільний пульс із заповненням», релаксація через глюкофон
2	Ритм контакту і відповідь	Розвиток взаємності, експресія без оцінювання, досвід контрольованої активності	«Знайти свій ритм через ходьбу», «Нашарування», «Керований ансамбль»
3	Тривога, ритм і конфлікт	Ознайомлення з моделлю переживання конфлікту, проживання конфлікту в безпечній символічній формі	«Тілесно-вокальна активація», «Пульс і імпровізація (контейнер)», «Конфлікт у парах», «Коло конфліктів»
4	Стихії та трансформація конфлікту	Робота з образами внутрішнього стану через рух, ритм і звук; формування досвіду регульованої взаємодії	«Образ стану», «Зіткнення образів», «Пошук форми співіснування», міні-перформанс
5	Інтеграція досвіду	Інтеграція досвіду у спільний результат, переживання групового зв'язку, завершення процесу	Спільний перформанс, «Мережа зв'язків», «Завершальний рух»

Короткий опис вправ

«Ім'я в ритмі»

Кожен учасник представляє себе за допомогою короткого ритмічного малюнка, який повторюється всією групою. Вправа сприяє знайомству, формуванню відчуття прийняття та групової згуртованості.

«Спільний пульс»

Учасники підтримують єдиний базовий ритм, орієнтуючись один на одного та на ведучого. Вправа спрямована на стабілізацію емоційного стану та формування досвіду синхронізації.

«Спільний пульс із заповненням»

На основі спільного ритму учасники поступово додають власні ритмічні елементи, зберігаючи загальну структуру композиції.

«Знайти свій ритм через ходьбу»

Учасники досліджують індивідуальний ритм через рух та поступово інтегрують його у групову взаємодію.

«Нашарування»

Кожен учасник додає власний ритмічний малюнок до вже створеної композиції, формуючи багатопланову музичну структуру.

«Керований ансамбль»

Група виконує ритмічні завдання, орієнтуючись на невербальні сигнали ведучого або одного з учасників. Вправа розвиває увагу, координацію та довіру.

«Тілесно-вокальна активація»

Поєднання простих рухів, дихання, голосових та ритмічних елементів для підготовки до основної роботи.

«Пульс і імпровізація»

На тлі стабільного ритмічного контейнера учасники можуть вільно виражати актуальні емоційні переживання через імпровізацію.

«Конфлікт у парах»

Двоє учасників вступають у ритмічний діалог, що символічно відображає конфліктну взаємодію та поступовий пошук узгодження.

«Коло конфліктів»

Групові імпровізації, спрямовані на безпечне вираження напруги, тривоги та сильних емоцій у структурованій музичній формі.

«Образ стану»

Учасники обирають образ природної стихії або явища, що відповідає їхньому внутрішньому стану, та передають його через рух, ритм і звук.

«Зіткнення образів»

Взаємодія двох різних музично-рухових образів із подальшим дослідженням можливостей їх співіснування.

«Пошук форми співіснування»

Створення спільної композиції, у якій різні ритми та образи поєднуються в єдину структуру.

«Мережа зв'язків»

Символічна групові вправа, спрямована на усвідомлення взаємної підтримки та зв'язків, що сформувалися між учасниками протягом програми.

«Завершальний рух»

Підсумкова вправа, що допомагає усвідомити власний стан, інтегрувати отриманий досвід та завершити участь у програмі.

Додаток Е

Таблиця Е1

Описова статистика за методикою «Шкала тривожності STAI» (ЕГ, n = 15; КГ, n = 15)

Показник	ЕГ до M ± SD	ЕГ після M ± SD	ЕГ до Me	ЕГ після Me	КГ до M ± SD	КГ після M ± SD	КГ до Me	КГ після Me
Реактивна тривожність (РТ)	53,67 ± 6,29	42,33 ± 5,41	53,00	43,00	51,40 ± 5,97	51,53 ± 4,82	51,00	52,00
Особистісна тривожність (ОТ)	47,00 ± 4,58	46,53 ± 3,74	47,00	47,00	46,53 ± 3,81	46,53 ± 3,18	46,00	46,00

Примітка. M (середнє арифметичне); SD (стандартне відхилення); Me (медіана).

Таблиця Е2

Статистики критерію Манна-Уїтні: порівняння ЕГ і КГ на контрольному етапі за методикою «Шкала тривожності STAI»

Показник	U	Z	p	r
Реактивна тривожність (РТ)	24,5	-3,663	< 0,001	0,669
Особистісна тривожність (ОТ)	110,5	0,083	0,950	0,015

Примітка. U (статистика Манна-Уїтні); Z (стандартизована статистика); p (рівень значущості); r (розмір ефекту).

Таблиця Е3

Статистики критерію Вілкоксона: порівняння показників «До» і «Після» в ЕГ та КГ за методикою «Шкала тривожності STAI»

Показник	Z (ЕГ)	p (ЕГ)	r (ЕГ)	Z (КГ)	p (КГ)	r (КГ)
Реактивна тривожність (РТ)	-3,425	< 0,001	0,884	-0,258	0,796	0,067
Особистісна тривожність (ОТ)	-1,466	0,143	0,379	-0,059	0,953	0,015

Примітка. Z (стандартизована статистика); p (рівень значущості); r (розмір ефекту).

Таблиця Е4

Описова статистика за методикою «Опитувальник депресії PHQ-9» (ЕГ, n = 15; КГ, n = 15)

Показник	ЕГ до M ± SD	ЕГ після M ± SD	ЕГ до Me	ЕГ після Me	КГ до M ± SD	КГ після M ± SD	КГ до Me	КГ після Me
Загальний бал	14,07 ± 6,96	11,07 ± 5,42	13,00	11,00	14,13 ± 5,64	13,67 ± 7,14	14,00	13,00

Примітка. M (середнє арифметичне); SD (стандартне відхилення); Me (медіана).

Таблиця Е5

Статистики критерію Манна-Уїтні: порівняння ЕГ і КГ на контрольному етапі за методикою «Опитувальник депресії PHQ-9»

Показник	U	Z	p	r	Інтерпретація
----------	---	---	---	---	---------------

Загальний бал	89,0	-0,977	0,339	0,178	малий, незначущі
---------------	------	--------	-------	-------	---------------------

Примітка. U (статистика Манна-Уїтні); Z (стандартизована статистика); p (рівень значущості); r (розмір ефекту).

Таблиця Е6

Статистики критерію Вілкоксона: порівняння показників «До» і «Після» в ЕГ та КГ за методикою «Опитувальник депресії PHQ-9»

Показник	Z (ЕГ)	p (ЕГ)	r (ЕГ)	Z (КГ)	p (КГ)	r (КГ)
Загальний бал (Після – До)	-3,202	0,001	0,827	-0,527	0,598	0,136

Примітка. Z (стандартизована статистика); p (рівень значущості); r (розмір ефекту).

Таблиця Е7

Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнями форм агресії до та після формувального впливу

Шкала	Рівень	ЕГ до к-сть	ЕГ до %	ЕГ після к-сть	ЕГ після %	КГ до к-сть	КГ до %	КГ після к-сть	КГ після %
Фізична агресія	Низький	0	0,00	3	20,00	0	0,00	0	0,00
	Середній	8	53,33	11	73,33	6	40,00	5	33,33
	Високий	7	46,67	1	6,67	9	60,00	10	66,67
Вербальна агресія	Низький	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00
	Середній	7	46,67	10	66,67	5	33,33	4	26,67
	Високий	8	53,33	4	26,67	10	66,67	11	73,33
Непряма агресія	Низький	0	0,00	2	13,33	0	0,00	0	0,00
	Середній	9	60,00	11	73,33	8	53,33	9	60,00
	Високий	6	40,00	2	13,33	7	46,67	6	40,00
Негативні зміни	Низький	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Середній	7	46,67	9	60,00	8	53,33	7	46,67
	Високий	8	53,33	6	40,00	7	46,67	8	53,33
Роздратування	Низький	0	0,00	1	6,67	0	0,00	0	0,00
	Середній	5	33,33	12	80,00	4	26,67	6	40,00
	Високий	10	66,67	2	13,33	11	73,33	9	60,00
Підозрілість	Низький	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

	Середній	13	86,67	12	80,00	12	80,00	11	73,33
	Високий	2	13,33	3	20,00	3	20,00	4	26,67
Образ	Низький	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Середній	7	46,67	8	53,33	8	53,33	8	53,33
	Високий	8	53,33	7	46,67	7	46,67	7	46,67
Почуття провини	Низький	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	Середній	13	86,67	14	93,33	14	93,33	13	86,67
	Високий	2	13,33	1	6,67	1	6,67	2	13,33

Примітка. к-сть (кількість респондентів); % (частка від чисельності групи, n = 15).

Таблиця 3.16

Описова статистика за методикою «Опитувальник агресії А. Басса – А. Дарки» (ЕГ, n = 15; КГ, n = 15)

Шкала	ЕГ до М ± SD	ЕГ після М ± SD	ЕГ до Me	ЕГ після Me	КГ до М ± SD	КГ після М ± SD	КГ до Me	КГ після Me
Фізична агресія	6,47 ± 1,41	4,47 ± 1,55	6,00	5,00	6,93 ± 1,75	7,13 ± 1,68	7,00	7,00
Вербальна агресія	9,20 ± 2,01	7,80 ± 1,90	10,00	7,00	9,73 ± 1,79	10,13 ± 1,51	10,00	11,00
Непряма агресія	6,20 ± 1,57	4,87 ± 1,51	6,00	5,00	6,33 ± 1,54	6,20 ± 1,57	6,00	6,00
Негативізм	3,60 ± 0,99	3,20 ± 0,94	4,00	3,00	3,40 ± 1,12	3,60 ± 1,12	3,00	4,00
Роздратування	8,20 ± 1,37	6,07 ± 1,44	8,00	6,00	8,13 ± 1,55	7,67 ± 1,72	8,00	8,00
Підозрілість	6,13 ± 1,30	6,20 ± 1,37	6,00	6,00	6,27 ± 1,39	6,53 ± 1,51	6,00	6,00
Образ	5,40 ± 1,55	5,47 ± 1,36	6,00	5,00	5,40 ± 1,45	5,40 ± 1,45	5,00	5,00
Почуття провини	5,40 ± 1,12	5,13 ± 0,92	5,00	5,00	5,13 ± 0,92	5,40 ± 1,12	5,00	5,00
Індекс агресивності (ІА)	23,87 ± 4,49	18,33 ± 3,81	25,00	19,00	24,80 ± 4,60	24,93 ± 4,46	25,00	25,00
Індекс ворожості (ІВ)	11,53 ± 2,03	11,67 ± 2,19	11,00	11,00	11,67 ± 2,47	11,93 ± 2,55	11,00	12,00

Примітка. М (середнє арифметичне); SD (стандартне відхилення); Me (медіана).

Таблиця Е8

Статистики критерію Манна–Уїтні: порівняння ЕГ і КГ на контрольному етапі за методикою «Опитувальник агресії А. Басса – А. Дарки»

Шкала	U	Z	p	r
Фізична агресія	28,5	-3,524	< 0,001	0,643
Вербальна агресія	36,5	-3,202	0,001	0,585

Непряма агресія	61,5	-2,161	0,032	0,395
Негативізм	89,0	-1,011	0,322	0,185
Роздратування	56,5	-2,365	0,019	0,432
Підозрілість	97,5	-0,637	0,538	0,116
Образа	110,0	0,106	0,932	0,019
Почуття провини	99,5	-0,567	0,586	0,103
Індекс агресивності (ІА)	29,5	-3,457	< 0,001	0,631
Індекс ворожості (ІВ)	107,5	-0,212	0,849	0,039

Примітка. *U* (статистика Манна-Уїтні); *Z* (стандартизована статистика); *p* (рівень значущості); *r* (розмір ефекту).

Таблиця Е9

Статистики критерію Вілкоксона: порівняння показників «До» і «Після» в ЕГ та КГ за методикою «Опитувальник агресії А. Басса – А. Дарки»

Шкала	Z (ЕГ)	p (ЕГ)	r (ЕГ)	Z (КГ)	p (КГ)	r (КГ)
Фізична агресія	-2,999	0,003	0,774	-1,000	0,317	0,258
Вербальна агресія	-1,878	0,060	0,485	-1,225	0,221	0,316
Непряма агресія	-2,348	0,019	0,606	-0,491	0,623	0,127
Негативізм	-1,047	0,295	0,270	-0,905	0,366	0,234
Роздратування	-2,892	0,004	0,747	-1,225	0,221	0,316
Підозрілість	-0,378	0,705	0,098	-0,690	0,490	0,178
Образа	-0,106	0,915	0,027	—	—	—
Почуття провини	-0,816	0,414	0,211	-1,633	0,102	0,422
Індекс агресивності (ІА)	-2,798	0,005	0,723	-0,412	0,680	0,106
Індекс ворожості (ІВ)	-0,316	0,752	0,082	-0,690	0,490	0,178

Примітка. *Z* (стандартизована статистика); *p* (рівень значущості); *r* (розмір ефекту); «—» позначає відсутність змін.

Таблиця Е10

Динаміка розподілу респондентів ЕГ і КГ за рівнями вираженості стратегій поведінки в конфлікті до та після формувального впливу, %

Стратегія	Рівень	ЕГ до	ЕГ після	КГ до	КГ після
Суперництво	Низький (0–4)	73,33	80,00	73,33	73,33
	Середній (5–8)	26,67	20,00	26,67	26,67
	Високий (9–12)	0,00	0,00	0,00	0,00
Співробітництво	Низький (0–4)	13,33	0,00	0,00	0,00

	Середній (5–8)	86,67	100,00	100,00	100,00
	Високий (9–12)	0,00	0,00	0,00	0,00
Компроміс	Низький (0–4)	0,00	0,00	0,00	0,00
	Середній (5–8)	73,33	13,33	73,33	60,00
	Високий (9–12)	26,67	86,67	26,67	40,00
Уникнення	Низький (0–4)	0,00	0,00	0,00	0,00
	Середній (5–8)	60,00	100,00	73,33	73,33
	Високий (9–12)	40,00	0,00	26,67	26,67
Пристосування	Низький (0–4)	6,67	20,00	13,33	6,67
	Середній (5–8)	93,33	80,00	86,67	93,33
	Високий (9–12)	0,00	0,00	0,00	0,00

Примітка. % позначає частку респондентів від чисельності групи ($n = 15$).

Таблиця Е11

Описова статистика за методикою К. Томаса – Н. В. Гришиної (ЕГ, $n = 15$; КГ, $n = 15$)

Стратегія	ЕГ до М $\pm$ SD	ЕГ після М $\pm$ SD	ЕГ до Me	ЕГ після Me	КГ до М $\pm$ SD	КГ після М $\pm$ SD	КГ до Me	КГ після Me
Суперництво	3,27 $\pm$ 1,75	2,80 $\pm$ 1,86	3,00	3,00	3,40 $\pm$ 1,64	3,47 $\pm$ 1,60	3,00	3,00
Співробітництво	5,33 $\pm$ 0,82	6,67 $\pm$ 0,90	5,00	7,00	5,87 $\pm$ 0,74	5,67 $\pm$ 0,62	6,00	6,00
Компроміс	8,07 $\pm$ 0,80	9,13 $\pm$ 0,64	8,00	9,00	8,13 $\pm$ 0,64	8,33 $\pm$ 0,62	8,00	8,00
Уникнення	8,20 $\pm$ 0,77	6,33 $\pm$ 0,82	8,00	6,00	7,67 $\pm$ 1,35	7,53 $\pm$ 1,25	7,00	8,00
Пристосування	5,13 $\pm$ 0,52	5,07 $\pm$ 0,80	5,00	5,00	4,93 $\pm$ 0,46	5,00 $\pm$ 0,38	5,00	5,00

Примітка. М (середнє арифметичне); SD (стандартне відхилення); Me (медіана).

Таблиця Е12

Статистики критерію Манна–Уїтні: порівняння ЕГ і КГ на контрольному етапі за методикою К. Томаса – Н. В. Гришиної

Стратегія	U	Z	p	r
Суперництво	90,0	-0,948	0,354	0,173
Співробітництво	43,0	3,030	0,003	0,553
Компроміс	47,0	2,971	0,003	0,542
Уникнення	49,0	-2,718	0,007	0,496
Пристосування	112,0	0,027	1,000	0,005

Примітка. U (статистика Манна–Уїтні); Z (стандартизована статистика); p (рівень значущості); r (розмір ефекту).

Таблиця Е13

Статистики критерію Вілкоксона: порівняння показників «До» і «Після» в ЕГ та КГ за методикою К. Томаса – Н. В. Гришиної

Стратегія	Z (ЕГ)	p (ЕГ)	r (ЕГ)	Z (КГ)	p (КГ)	r (КГ)
Суперництво	-1,941	0,052	0,501	-0,577	0,564	0,149
Співробітництво	-3,272	0,001	0,845	-1,134	0,257	0,293

Компроміс	−3,500	< 0,001	0,904	−0,905	0,366	0,234
Уникнення	−3,222	0,001	0,832	−0,707	0,480	0,183
Пристосування	−0,378	0,705	0,098	−0,577	0,564	0,149

Примітка. Z (стандартизована статистика); p (рівень значущості); r (розмір ефекту).