

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ  
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ  
ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**ПОГОДЖЕНО**

Декан  
гуманітарно-педагогічного  
факультету  
кандидат філософ. наук,  
доцент  
\_\_\_\_\_ Інна САВИЦЬКА  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 р.

**ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО  
ЗАХИСТУ**

Завідувач кафедри соціальної  
роботи та реабілітації, професор  
\_\_\_\_\_ Ірина СОПІВНИК  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2025 р.

**МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА  
на тему «Соціальна реабілітація осіб із наркотичною залежністю  
засобами музикотерапії»**

Спеціальність 231 «Соціальна робота»

Освітньо-професійна програма: «Соціально-психологічна реабілітація»

Орієнтація освітньої програми: освітньо-професійна

**Гарант освітньої програми**

*доктор педагогічних наук, професор*  
(науковий ступінь та вчене звання)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Сопівник І. В.  
(ПІБ)

**Керівник магістерської кваліфікаційної роботи**

*доктор педагогічних наук, професор*  
(науковий ступінь та вчене звання)

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Осадченко І.І.  
(ПІБ)

**Виконав**

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Сідоров О.С.  
(ПІБ студента)

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ  
ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри соціальної  
роботи та реабілітації, професор

\_\_\_\_\_ Ірина СОПІВНИК

«19» грудня 2025 р.

**ЗАВДАННЯ  
ДО ВИКОНАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ  
КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТЦІ**

**Сідорова Олександра Сергійовича**

Спеціальність 231 «Соціальна робота»

Освітньо-професійна програма: «Соціально-психологічна реабілітація»

Орієнтація освітньої програми: освітньо-професійна

Тема магістерської кваліфікаційної роботи «Соціальна реабілітація осіб із наркотичною залежністю засобами музикотерапії»

затверджена наказом ректора НУБіП України від «20» 11. 2024 року № 2066 «С»

Термін подання завершеної роботи на кафедру 14 листопада 2025 р.

Вихідні дані до магістерської кваліфікаційної роботи: наукові розробки вітчизняних і зарубіжних учених; матеріали періодичних видань; навчальна та довідкова література з теми дослідження.

Перелік питань, що підлягають дослідженню:

1. Проаналізувати соціальні та психологічні чинники, що зумовлюють формування наркотичної залежності.
2. Узагальнити теоретичні засади та сучасні підходи до соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю.
3. Розробити та впровадити музикотерапевтичну програму у процес соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю.
4. Проаналізувати результати впровадження музикотерапевтичної програми у процес соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю.

Дата видачі завдання “27” листопада 2024 р.

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи \_\_\_\_\_ Осадченко І.І.

Завдання прийняв до виконання \_\_\_\_\_ Сідоров О.С.

## РЕФЕРАТ

Магістерська кваліфікаційна робота на тему «Соціальна реабілітація осіб із наркотичною залежністю засобами музикотерапії» має таку структуру: 1) картку кваліфікаційної дипломної роботи; 2) титульний аркуш; 3) завдання до виконання магістерської роботи; 4) реферат; 5) зміст; 6) вступ; 7) основну частину (три розділи); 8) загальні висновки; 9) список використаних джерел; 10) додатки.

У роботі подано 4 рисунки, 2 таблиць, 3 додатки. Список використаних джерел становить 57 позицій. Загальний обсяг роботи – 98 сторінок.

У першому розділі розкрито теоретичні основи музикотерапії як методу психосоціальної підтримки. Проаналізовано поняття, сутність і напрями музикотерапії, форми та методи її застосування, а також соціальні, психологічні механізми впливу музики на емоційний, когнітивний і соматичний стан людини.

У другому розділі досліджено соціальні особливості реабілітації осіб із наркотичною залежністю. Описано специфіку адиктивної поведінки, сучасні підходи до реабілітації залежних осіб, принципи побудови психосоціальних програм та можливості інтеграції музикотерапії в роботу з реабілітантами. Узагальнено міжнародний та український досвід застосування біопсихосоціальних підходів у реабілітаційній допомозі.

У третьому розділі подано результати емпіричного дослідження ефективності короткострокової музикотерапевтичної програми, реалізованої в міжінституційній групі реабілітантів. Програма включала чотири заняття, з акцентом на груповій імпровізації. Аналіз результатів засвідчив позитивну динаміку емоційного стану, творчої активності, групової взаємодії. Отримані дані підтвердили ефективність музикотерапії як засобу психосоціальної підтримки осіб із наркотичною залежністю.

*Ключові слова:* музикотерапія, наркотична залежність, соціальна реабілітація, емоційна регуляція, групова імпровізація, live-looping.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	4
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МУЗИКОТЕРАПІЇ В СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ</b> .....	8
1.1. Поняття та сутність музикотерапії .....	8
1.2. Основні напрями, форми та методи музикотерапії .....	10
1.3. Психологічний механізм впливу музики на людину .....	13
<i>Висновки до першого розділу</i> .....	23
<b>РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ</b> .....	26
2.1. Наркотична залежність як соціальна проблема .....	26
2.2. Сучасні підходи до реабілітації осіб із наркотичною залежністю .....	30
2.3. Шляхи застосування музикотерапії у роботі з наркозалежними .....	43
<i>Висновки до другого розділу</i> .....	50
<b>РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ МУЗИКОТЕРАПІЇ У СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАРКОЗАЛЕЖНИХ</b> .....	52
3.1. Характеристика та реалізація соціальної програми музикотерапії. ....	52
3.2. Організація та методи дослідження. ....	58
3.3. Аналіз, інтерпретація результатів експериментальної роботи та методичні рекомендації. ....	62
<i>Висновки до третього розділу</i> .....	71
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	73
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	75
<b>ДОДАТКИ</b> .....	85

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Проблема наркотичної залежності залишається однією з найгостріших соціальних проблем сучасного суспільства. За даними звіту ООН від 2024 року – понад 64 мільйони людей у світі мають розлади, пов'язані з вживанням наркотиків, однак лише одна з одинадцяти осіб отримує належне лікування [56].

В Україні, згідно з офіційною статистикою, у 2024 р. 172 тисяч осіб отримали лікування внаслідок розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, з них 66 тисяч – із причини вживання наркотичних речовин, хоча реальна кількість осіб із наркотичною залежністю за різними оцінками, значно вища [9]. Такі дані свідчать про значні масштаби проблеми та необхідність розроблення інтегрованих підходів до соціальної реабілітації осіб із залежністю.

Наркотична залежність є складним біопсихосоціальним явищем, що порушує емоційну, мотиваційну та когнітивну сфери особистості, ускладнюючи процес реінтеграції в суспільство. Незважаючи на розвиток медикаментозних методів лікування, які спрямовані на усунення фізичної залежності, проблеми соціальної реабілітації наркозалежних осіб мають широкий простір для вивчення та вдосконалення форм, методів і програм, пошуку та розробки нових підходів до реабілітації. Ефективна реабілітація потребує комплексних заходів, які охоплюють медичні, психологічні та соціальні компоненти.

У сучасній практиці соціальної реабілітації дедалі більшої уваги набувають інтегративні арттерапевтичні підходи, зокрема музикотерапія – метод психотерапії, що використовує музику як засіб корекції емоційних, поведінкових та комунікативних порушень. Цей напрям привертає увагу дослідників у роботі з особами, що мають наркотичну залежність, завдяки її здатності впливати на емоційно-вольову сферу, сприяти зниженню напруги, тривожності, розвитку саморефлексії та налагодження соціальних зв'язків,

підвищення мотивації до одужання. Дослідження музикотерапії як методу соціальної реабілітації наркозалежних висвітлюються у працях сучасних вітчизняних і зарубіжних учених, зокрема О. Львов, Л. Литвинчук, Л. Мафтин, К. Li, L. Weng, X. Wang, W. Mastnak, L. Schneider, K. Lynch, J. Erkkilä та ін. Їхні дослідження підтверджують терапевтичний потенціал цього методу у процесі відновлення. Таким чином, музикотерапія розглядається як перспективний інструмент соціальної реабілітації.

Проте, незважаючи на зростаючий інтерес до цієї проблематики, питання ефективності музикотерапії в процесі соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю залишається недостатньо дослідженим, що і зумовлює актуальність цієї роботи.

**Об'єкт дослідження** – процес соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю.

**Предмет дослідження** – програма музикотерапії як засіб соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність програми музикотерапії у процесі соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю.

Відповідно до мети визначено такі **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати соціальні та психологічні чинники, що зумовлюють формування наркотичної залежності.
2. Узагальнити теоретичні засади та сучасні підходи до соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю.
3. Розробити та впровадити музикотерапевтичну програму у процес соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю.
4. Проаналізувати результати впровадження музикотерапевтичної програми у процес соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю.

**Методи дослідження.** *Теоретичні* – аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукової літератури з питань музикотерапії та психосоціальної

реабілітації осіб із наркотичною залежністю. *Емпіричні* – педагогічне та психологічне спостереження; бесіда; анкетування (за t-критерієм Стюарта); формувальний експеримент у вигляді апробації короткої програми музикотерапії; якісний аналіз відповідей учасників. *Статистичні* – методи математичної обробки результатів анкетування: обчислення середніх значень, частотних показників, відсоткових співвідношень, порівняльний аналіз; інтерпретація отриманих даних.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідно-експериментальна робота на констатувальному, формувальному та аналітичному етапах виконувалася на базі міжінституційної групи реабілітантів, сформованої з осіб, які проходили соціальну реабілітацію у кількох спеціалізованих центрах. У дослідженні взяли участь 10 осіб віком від 19 до 56 років. Експеримент охоплював заняття, анкетування та спостереження за динамікою групової взаємодії.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у розробці та апробації музикотерапевтичної програми, яка сприятиме підвищенню ефективності соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю. Застосування програми дозволяє знизити рівень емоційної напруги, покращити соціальну взаємодію та сформувати позитивне ставлення до участі у групових формах реабілітації. Розроблений інструментарій може бути використаний фахівцями реабілітаційних центрів і соціальних служб у практиці організації короткострокових програм психоемоційної підтримки та відновлення.

**Апробація результатів дослідження** здійснена шляхом виступу на секційному засіданні на тему: «Соціальні умови реабілітації осіб із наркотичною залежністю засобами музикотерапії» ІХ Міжнародної науково-практичної онлайн – конференції здобувачів вищої освіти, аспірантів і молодих вчених «Роль молоді у розвитку АПК України» (15-16 квітня 2025 р., Національний університет біоресурсів і природокористування України):

[https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u317/programa\\_konferencii\\_15-16.04.25\\_sait\\_11.06.25.pdf](https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u317/programa_konferencii_15-16.04.25_sait_11.06.25.pdf) та опублікування наукових тез: Осадченко І., Сідоров О. Основні аспекти соціально-психологічної реабілітації осіб із наркотичною залежністю засобами музикотерапії. Соціально-психологічна допомога і соціальна робота: виклики сучасності : матеріали VI Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Луцьк, 10–11 квітня 2025 р.).

[https://drive.google.com/file/d/1N1DvEjQKXD5Eg6bE0rw\\_vPUHQ1nHqTSH/view](https://drive.google.com/file/d/1N1DvEjQKXD5Eg6bE0rw_vPUHQ1nHqTSH/view)

**Структура та обсяг роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (57 найменувань) та додатків. Загальний обсяг роботи становить 98 сторінок, з них 71 сторінка основного тексту. Робота містить 2 таблиці, 4 рисунки та 3 додатки.

# РОЗДІЛ I

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МУЗИКОТЕРАПІЇ В СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

### 1.1 Поняття та сутність музикотерапії

Музикотерапія як науковий і практичний напрям сформувалася на перетині психології, медицини, педагогіки та мистецтва. Вона ґрунтується на використанні музики як засобу впливу на психоемоційний, когнітивний і соматичний стан людини у контексті відновлення її особистісного балансу та соціальної адаптації.

За останні два десятиліття інтерес до музикотерапії як до науково-практичного напрямку суттєво зріс. Згідно з бібліометричним аналізом 2021-го року опублікованим у *Frontiers in Psychology* (The State of Music Therapy Studies in the Past 20 Years), кількість публікацій, присвячених дослідженням музикотерапії, зростала стабільно щороку впродовж 2000–2019 рр., що свідчить про розширення міждисциплінарного поля і підвищення наукової уваги до терапевтичного потенціалу музики. Дослідники підкреслюють, що провідними темами сучасних робіт є ефективність музикотерапії, психічне здоров'я, когнітивні функції та реабілітаційні програми [38, с. 3].

На думку О. Львова, музикотерапія є комплексною системою психокорекційних і психопрофілактичних впливів, у якій музика виступає як інструмент регуляції емоцій, розвитку комунікативних навичок і гармонізації внутрішнього стану. Фахівець наголошує, що терапевтичний ефект музики зумовлений не лише акустичними характеристиками звуку, а передусім емоційно-смісловим змістом музичного образу, який активізує глибинні механізми саморегуляції [6].

Згідно з науковими підходами О. Львова, Л. Литвинчука, К. Bruscia, W. Mastnak, L. Schneider, терапевтична дія музики обумовлена її здатністю

впливати на емоційно-вольову сферу, активізувати асоціативно-образне мислення, викликати катарсис і знижувати психофізіологічну напругу. У цьому контексті музика постає не лише як естетичне явище, а як механізм гармонізації внутрішнього стану людини, що спирається на універсальні психофізіологічні реакції на звук, ритм і тембр [6; 5; 18; 42; 47].

Дослідники (С. Ghetti, Х. Chen, J. Fachner, С. Gold, L. Yangyang) підкреслюють, що музикотерапія ефективно сприяє емоційному розрядженню, розвитку комунікативних навичок та зміцненню внутрішньої мотивації до змін. Це досягається через створення безпечного простору для самовираження, де людина має можливість проектувати власні переживання у звукову форму. Таким чином, процес музикотерапії поєднує естетичне переживання та психотерапевтичну взаємодію, що формує глибокий особистісний сенс музичного досвіду [29; 39].

Історичні витоки музикотерапії сягають давніх культур, де музика використовувалася як засіб зцілення, ритуального очищення й духовної підтримки. У ХХ ст. музикотерапія оформилася як самостійна галузь психотерапії, а згодом – як міждисциплінарна наука, що інтегрує методи клінічної психології, психофізіології та соціальної педагогіки [6].

У сучасному науковому дискурсі музикотерапію визначають як цілеспрямоване, науково обґрунтоване використання музичних засобів у терапевтичному процесі для досягнення позитивних змін у психоемоційному стані, поведінці й міжособистісних стосунках клієнта. Вона реалізується у двох основних формах – активній (гра, спів, імпровізація, рух під музику) та рецептивній (прослуховування з подальшим обговоренням або рефлексією).

У теорії соціально-психологічної реабілітації музикотерапія розглядається як засіб інтеграції особистісних, емоційних та соціальних процесів. Вона допомагає відновити гармонію між внутрішнім і зовнішнім світом людини, сприяє розвитку емпатії, групової згуртованості та відчуття підтримки [5]. Саме тому музикотерапевтичний підхід набуває особливої

цінності в роботі з людьми, які мають порушення емоційної регуляції, стресові розлади чи залежності. У цьому контексті музика виступає засобом соціально-психологічної взаємодії, який поєднує індивідуальне самовираження з досвідом колективного творення.

Сутність музикотерапії полягає у встановленні терапевтичної взаємодії між учасниками процесу засобами спільного музичного переживання, яке сприяє самопізнанню, емоційному розрядженню, зниженню тривоги та формуванню гармонійного внутрішнього стану. Таким чином, музикотерапія є не лише методом впливу, а й особливою формою комунікації, у якій звук і музика стають посередниками між внутрішнім світом людини та її соціальним середовищем.

## **1.2. Основні напрями, форми та методи музикотерапії**

Музикотерапія, як міждисциплінарна науково-практична галузь, представлена різноманітним напрямів і підходів, що сформувалися у процесі її історичного розвитку. Згідно з узагальненням О. Львова, у світовій практиці склалося кілька провідних моделей музикотерапії, кожна з яких відображає певний психотерапевтичний підхід і мету впливу [6].

До основних напрямів належать: психоаналітична музикотерапія (Mary Priestley), поведінкова музикотерапія (Clifford Madsen), творча музикотерапія (Paul Nordoff, Clive Robbins), метод керованих зображень у музиці (GIM) Гелен Бонні, а також модель Бенензона, що поєднує музичну імпровізацію з невербальними формами спілкування. Кожен із цих напрямів має власну методологічну основу: психодинамічну, гуманістичну, когнітивно-поведінкову або інтегративну [6].

Психоаналітичний напрям орієнтований на усвідомлення несвідомих емоційних переживань засобами музичної імпровізації, у якій відображаються глибинні внутрішні конфлікти людини. Поведінковий – використовує музику як засіб модифікації поведінки, навчання та формування адаптивних реакцій.

Гуманістичний підхід розглядає музикотерапію як спосіб самовираження, розвитку автентичності та внутрішньої гармонії. Інтегративний – поєднує психотерапевтичні, педагогічні та соціальні компоненти, що робить його особливо ефективним у сфері соціально-психологічної реабілітації.

У сучасній практиці музикотерапії все частіше підкреслюється необхідність синтезу різних напрямів, оскільки жоден із них окремо не забезпечує повного розуміння терапевтичного ефекту музики. Міждисциплінарний характер цього методу підтверджують новітні дослідження та наукові роботи, у яких музикотерапія розглядається як багаторівнева система впливу, що охоплює нейрофізіологічний, емоційний, когнітивний і соціальний аспекти (наприклад стаття: Mastnak, W. Music therapy: scientific perspectives and clinical prospects, 2023).

Таким чином, сучасна наука трактує музикотерапію як універсальний інтегративний метод, здатний сприяти одночасно психічному відновленню, емоційній регуляції та розвитку комунікативних навичок. Терапевтичний потенціал музики полягає у її здатності одночасно впливати на різні рівні людської психіки – від тілесно-фізіологічних реакцій до складних когнітивно-емоційних процесів. Наукове обґрунтування цього підходу автор вищезазначеної статті пов'язує з активізацією міжпівкульних взаємодій, нейронних мереж емоційної пам'яті та системи винагороди, що сприяє формуванню стабільного психоемоційного стану. Особливе значення має поєднання різних форматів музичного досвіду – слухання, імпровізації, ритмічного руху й творчої рефлексії, – які у сукупності створюють умови для гармонізації емоційної сфери, розвитку емпатії та підвищення психологічної стійкості. Такий інтегративний підхід визначається як один із ключових напрямів розвитку сучасної музикотерапії, що поєднує у собі наукові засади та гуманістичні принципи роботи з особистістю [42].

Схарактеризуємо форми музикотерапії.

У міжнародній літературі найбільш усталеним є поділ на активну та

рецептивну форми музикотерапії.

Активна (active) музикотерапія передбачає безпосередню участь клієнта у створенні музики (гра на інструментах, спів, імпровізація; ритмічне тренування тощо). Огляд у *Brain Sciences* детально описує компоненти таких інтервенцій і підкреслює їх роль у терапевтичній взаємодії. Активна музикотерапія ґрунтується на безпосередній участі клієнта у створенні музики: грі на інструментах, співі, ритмічних рухах, імпровізації. Вона сприяє розвитку самовираження, підвищенню впевненості у власних можливостях, покращенню комунікативних навичок та зниженню психоемоційної напруги. Саме активна форма стимулює внутрішні ресурси людини, формує почуття контролю та відповідальності за власний емоційний стан [47].

Рецептивна (passive) музикотерапія базується на структурованому слуханні з подальшою рефлексією; якісне дослідження у *J Pain Symptom Management* показує, що пацієнти сприймають активні та рецептивні сесії по-різному й відзначають специфічні вигоди кожної форми. Рецептивна форма передбачає сприйняття музики в умовах емоційної безпеки, із подальшим аналізом або вербальною рефлексією відчуттів. Її метою є релаксація, гармонізація емоцій, зниження тривожності, а також відновлення психофізіологічної рівноваги. У процесі слухання активізуються глибинні асоціативні механізми пам'яті, відтворюються образи, пов'язані з переживаннями, що дозволяє м'яко впливати на емоційну сферу без прямої конфронтації з травматичним досвідом [41].

У практиці часто застосовують інтегративні підходи, коли протягом сесії комбінуються елементи активного творення музики та рецептивного сприймання, щоб збалансувати емоційне розрядження й саморефлексію. Також ця форма може поєднувати музикотерапію з іграми, театральними драматизаціями, руховими практиками, керованими медитаціями під медитативну музику, малюванням, з візуальним контентом, використовувати явище кольорового слуху – синестезії. Такий підхід вважається найбільш

гнучким і сприяє комплексному відновленню емоційно-комунікативної сфери особистості. У протоколі рандомізованого контрольованого дослідження (Trials, 2019) автори обґрунтовують ПМТ (інтегровану імпровізаційну музикотерапію) попередніми даними про її користь у лікуванні депресії та планують перевірити підсилювачі ефективності (повторне прослуховування записаних імпровізацій, дихання на резонансній частоті) і можливі механізми дії (емоційна обробка, інтеграція переживань у повсякденність). Це свідчить, що інтегративні, змішані підходи у музикотерапії не лише застосовуються, а й системно досліджуються в рандомізованих контрольованих дослідженнях (далі - РКД) [28].

Важливо зазначити, що межі між цими формами є умовними: у практиці вони взаємодоповнюють одна одну. Гра і слухання є двома сторонами єдиного процесу терапевтичної взаємодії, а ефект залежить не від самої форми, а від ступеня емоційного залучення клієнта та характеру взаємин у групі.

Таким чином, вибір форми музикотерапії визначається терапевтичними цілями, особливостями групи та рівнем емоційної готовності учасників. У соціально-психологічній реабілітації перевагу зазвичай надають активній та інтегративній формам, оскільки вони забезпечують безпосередню участь, спільне творення та формування почуття групової підтримки, що є ключовими чинниками успішного відновлення у рамках соціальної реабілітації.

### **1.3. Психологічний механізм впливу музики на людину**

Музика є одним із найпотужніших немедикаментозних стимулів психоемоційного впливу на людину. Вона одночасно діє на сенсорну, емоційну та когнітивну сфери, активізуючи глибинні механізми саморегуляції, відновлення та самовираження. Завдяки своїй здатності впливати на фізіологічні реакції, афективні переживання та процеси мислення, музика виступає універсальним засобом психокорекції й терапевтичної взаємодії. Її дія є багаторівневою й охоплює фізіологічний, емоційний та когнітивно-

смысловий рівні психічної діяльності [6; 42].

Фізіологічний рівень впливу музики полягає у безпосередній дії звукових подразників на центральну нервову систему. Акустичні хвилі, сприйняті слуховим аналізатором, передаються до підкіркових структур – насамперед до лімбічної системи, гіпоталамуса й ретикулярної формації, які відповідають за емоції, мотивацію та соматичні реакції організму [42]. На цьому рівні спостерігається зміна частоти серцевих скорочень, дихання, артеріального тиску, тону м'язів, гормональної активності.

Особливе значення у фізіологічному механізмі має дофамінергічна система винагороди мозку, що забезпечує відчуття задоволення, емоційного піднесення та мотивації. Дослідження V. Salimpoor, M. Benovoy, K. Larcher, та ін. (2011) за допомогою комбінованої ПЕТ- та fMRI-візуалізації вперше довело, що під час прослуховування приємної музики вивільнення дофаміну відбувається у двох різних ділянках стріатуму: у каудатному ядрі (caudate) – на етапі очікування емоційного піку, та у nucleus accumbens (NAc) – у момент самого піку задоволення. Це свідчить, що музика активує механізми передбачення й винагороди, подібні до тих, які формуються при базових біологічних потребах (їжа, соціальна взаємодія, кохання) [46].

Водночас, на відміну від цих первинних стимулів, музика викликає активацію системи винагороди через абстрактні когнітивно-емоційні процеси – очікування, напругу та розв'язку. Саме ці структурні властивості музики – ритм, мелодійний розвиток і гармонійна послідовність – зумовлюють глибокі психофізіологічні реакції, відчуття «мурашок по шкірі» (chills), зміни серцевого ритму, дихання й електродермальної активності [42; 46].

Таким чином, фізіологічний вплив музики охоплює нейробіохімічні реакції, що регулюють соматичний стан, рівень збудження та вегетативні процеси. Ці реакції безпосередньо пов'язані з активністю лімбічних структур – амигдали, гіпокампа та префронтальної кори, які визначають емоційний відгук на музичні стимули. Отже, фізіологічний компонент є лише початковою

ланкою багаторівневого механізму впливу музики, що переходить у емоційний рівень, де формується афективне забарвлення та суб'єктивні переживання музичного досвіду.

За спостереженнями О. Львова та Л. Литвинчук, музика впливає на емоційну сферу не лише через естетичне сприйняття, а й через стимуляцію внутрішніх процесів самопізнання, що дозволяє людині безпечно виражати й усвідомлювати пригнічені почуття [6; 5]. У працях одного з піонерів напрямку музикотерпії К. Bruscia (1988) зазначається, що емоційне реагування на музику активізує цілісну систему переживань – від первинних афектів до усвідомлених почуттів, формуючи міст між тілесним і психічним досвідом [18].

Емоційний рівень впливу музики ґрунтується на здатності музики викликати, модулювати та трансформувати афективні стани людини. Вплив музики на емоції опосередковується активацією лімбічних і паралімбічних структур мозку, відповідальних за переживання та регуляцію емоцій. За даними нейропсихологічних досліджень С. Koelsch (2014), музичні стимули викликають активацію амігдали, гіпокампа, орбітофронтальної кори, передньої поясної кори та острівця, які формують комплексний емоційний відгук. Зокрема, амігдала реагує на емоційне забарвлення музики, острівець – на внутрішні тілесні відчуття, тоді як орбітофронтальна кора забезпечує оцінку «приємності» музичного фрагмента [36]. Така широка нейронна відповідь свідчить про глибоку інтеграцію емоційної дії музики у систему емоційної регуляції людини.

Одним із ключових механізмів емоційного впливу є феномени емоційного зараження, ідентифікації та проєкції. Людина несвідомо «підлаштовує» власний емоційний стан під музичний настрій, співпереживаючи створеному звуковому образу. Це створює умови для катарсису – емоційного розрядження та зниження внутрішньої напруги шляхом символічного проживання переживань. У музичній психотерапії

катарсис розглядається, як один із центральних механізмів емоційної трансформації, що сприяє відновленню психологічної рівноваги.

В. Соловйов у статті 2017-го року підкреслює, що катарсис у музичному мистецтві є не просто потужною емоційною реакцією, а процесом внутрішнього емоційного очищення та трансформації, що відбувається через глибоке особистісне переживання музичного образу. Музика створює безпечний простір для символічного проживання складних і напружених почуттів, які у повсякденному житті можуть бути витіснені або неусвідомлені. За Соловйовим, катарсис виникає внаслідок емоційної драматургії музичного твору – переходу від напруги до кульмінації та розв’язки – що дозволяє людині пережити емоційне розрядження, відновити внутрішню рівновагу та досягти стану психологічного полегшення [11]. Саме тому катарсис є важливим терапевтичним механізмом музики, який посилює її потенціал у процесах психоемоційної регуляції та психокорекції.

Емоційний вплив музики підтверджується й клінічними даними. Метааналізи досліджень музикотерапії *Music therapy for the treatment of anxiety: a systematic review with multilevel meta-analyses* (2025) вказують, що музика істотно знижує рівень тривожності, фізіологічного стресу та напруги у пацієнтів різного профілю. Зокрема, систематичні огляди свідчать про значні ефекти музикотерапії щодо зменшення суб’єктивної тривоги, частоти серцевих скорочень, показників електродермальної активності й рівня кортизолу у стані стресу. Такий вплив пояснюється здатністю музики стабілізувати емоційний фон, послаблювати механізми гіперактивації та підтримувати процеси емоційної регуляції [55].

Важливим аспектом емоційного рівня є соціально-емоційний ефект музики, особливо у форматі групового музикування чи співу. Дослідження показують, що спільний спів або гра у групі підвищують рівень окситоцину – гормону соціальної прив’язаності та довіри, а також зменшують рівень кортизолу, що безпосередньо пов’язано із зниженням стресу та підвищенням

відчуття єдності.

Автори A. Good та Frank R. у результатах свого дослідження зміни настрою, окситоцину та кортизолу після групового та індивідуального співу (2021) наголошують, що підвищення настрою під час співу зумовлюється переважно соціальними механізмами, а не індивідуальною емоційною реакцією, оскільки саме спільне виконання пісні створює ситуацію синхронізованої дії, спільної мети та емоційного резонансу між учасниками. Зокрема, груповий спів активує окситоцинергічну систему, що проявляється у значному зростанні рівня ендogenous окситоцину після спільного виконання вокальних вправ, тоді як індивідуальний спів не демонструє такого ефекту. Окситоцин, згідно з висновками авторів, виступає ключовим предиктором покращення настрою та підвищення емоційного контакту між учасниками групи [30].

Додаткові аргументи на користь впливу групового музикування на психіку подає огляд Crouch S. (2024), присвячений впливу групового співу на соціальну згуртованість. Автор підкреслює, що соціальна згуртованість є критичним детермінантом психічного здоров'я та якості життя, оскільки пов'язана з відчуттям підтримки, зменшенням ризикової поведінки й підвищенням психологічної стійкості. Груповий спів, як зазначає дослідниця, створює спільний емоційний простір, де учасники переживають колективні цілі, емоційну синхронізацію та відчуття єдності, що виявляється ключовим чинником формування довіри й міжособистісних зв'язків [22].

Ці дані свідчать, що групове музикування має виражений біопсихосоціальний потенціал: воно сприяє формуванню почуття єдності, зміцненню міжособистісних зв'язків і створенню позитивного емоційного середовища.

Значущі дані щодо емоційної дії музики подає також S. Koelsch у своєму дослідженні 2014-го року, яке доводить, що музика здатна викликати повний спектр емоцій – від базових (радості, смутку, страху) до складних соціальних

переживань, таких як емпатія, довіра чи моральні емоції. У своїх висновках автор підкреслює, що музично спричинені емоції є не «символічними» або уявними, а фізіологічно реальними, оскільки супроводжуються змінами у роботі автономної нервової системи, мімічною реактивністю та активацією лімбічних структур, включно з амигдалою, гіпокампом, інсулою та орбітофронтальною корою [36, с. 178]. Koelsch також зазначає, що емоційна відповідь на музику зберігається навіть у пацієнтів із нейродегенеративними змінами (наприклад, при деменції), що свідчить про глибинний і стійкий характер емоційного впливу музики. Завдяки цьому музика виступає дієвим засобом для зниження тривоги, регуляції настрою, підтримки емоційної пам'яті та відновлення соціально-емоційного функціонування, що підсилює її значення у психотерапевтичних і реабілітаційних програмах [36].

Узагальнюючи, емоційний рівень впливу музики включає формування афективного відгуку, трансформацію емоційних станів, зниження напруги й розвиток переживань, пов'язаних зі співпереживанням, безпекою та емоційною розрядкою. Саме через емоційні механізми музика стає інструментом не лише для регуляції настрою, а й для глибоких психокорекційних процесів, що відіграють важливу роль у соціально-психологічному відновленні особистості.

Музика активує широкий спектр когнітивних процесів, що виходять далеко за межі емоційного реагування. За даними бібліометричного аналізу наковців К. Li, L. Weng, X. Wang (2021), більшість сучасних нейропсихологічних досліджень демонструють, що прослуховування й виконання музики залучає мережі обробки інформації обох півкуль мозку. Права півкуля відповідає за образно-емоційне сприйняття мелодії й тембру, тоді як ліва – за структурну організацію музичного матеріалу, аналіз ритму та очікуваних патернів. Така міжпівкульна інтеграція сприяє розвитку когнітивної гнучкості, покращенню уваги, прогнозування й здатності до переключення між різними типами інформації [38].

Когнітивна обробка музики включає також процеси виявлення закономірностей, тобто передбачення музичного розвитку. За аналогією з результатами V. Salimpoor та ін. (2011), де було показано, що передбачення музичної кульмінації активує каудатне ядро, можна стверджувати, що механізм «очікування – підтвердження/порушення очікування» є центральним і на когнітивному рівні. Людина постійно прогнозує, який звук, акорд або ритм пролунає далі, і співставляє цей прогноз із реальною подією. У випадку відповідності прогнозу – виникає відчуття когнітивної задоволеності; у випадку порушення – підсилюється увага та запускається пошук нового смислу [46; 36].

У терапевтичних умовах ці процеси є важливими, оскільки вони активізують внутрішні когнітивні моделі, що визначають спосіб, у який людина інтерпретує власний досвід. Музика створює умови для тренування цих моделей: вона вчить адаптуватися до змін, витримувати напруження очікування і знаходити нові смислові рішення в умовах невизначеності.

Ще один важливий аспект когнітивного впливу музики пов'язаний із її здатністю взаємодіяти з системами пам'яті та відтворювати емоційно забарвлені образи.

Музика має здатність активізувати різні системи пам'яті, що робить її потужним когнітивним стимулятором. За даними S. Koelsch (2014), музичні стимули включають у роботу як епізодичну, так і семантичну пам'ять, сприяючи відтворенню особистісно значущих спогадів та формуванню стійких асоціативних зв'язків. Активація гіпокампа, який бере участь у кодуванні та відтворенні контекстуальних спогадів, пояснює, чому музика здатна викликати яскраві емоційні образи минулого – феномен, добре задокументований у нейропсихологічних дослідженнях [36].

Важливу роль відіграє й емоційна пам'ять, пов'язана з активністю амигдали. Музичні фрагменти, особливо ті, що викликають сильний емоційний відгук, зберігаються у вигляді стійких асоціацій між звуковою

структурою та пережитими станами. Саме тому музика часто стає тригером для відновлення не тільки змістовних спогадів, але й емоційних переживань, що супроводжували певні події. Така здатність музики до «емоційного маркування» пам'яті створює основу для її терапевтичного використання – від доступу до пригнічених емоцій до опрацювання травматичного досвіду в безпечному форматі.

Окремої уваги заслуговує те, що здатність музики активувати пам'ять зберігається навіть при різних формах когнітивного дефіциту. Дослідження показують, що пацієнти з деменцією чи після інсульту часто зберігають реакцію на знайому музику, навіть коли семантична або мовна пам'ять суттєво порушена. У клінічних дослідженнях виявлено, що музика викликає автобіографічні спогади (music-evoked autobiographical memories – MEAMs) з більшою частотою, ніж інші стимули, особливо за умови знайомої музики, і ці спогади зазвичай зберігають позитивне емоційне забарвлення. Дослідники також відзначають, що MEAMs характеризуються швидким відтворенням та відносно низькими когнітивними витратами на їхнє відтворення, що свідчить про ефективне включення музики у нейрокогнітивні механізми пам'яті [34]. Це свідчить про відносну автономність музичної пам'яті та її стійкість до нейродегенеративних змін.

Крім реконструкції спогадів, музика виконує функцію смислотворення. Вона здатна структурувати внутрішній досвід через створення символічних образів, які інтегрують емоційні й когнітивні компоненти. У музичній терапії цей процес описується як формування «внутрішнього наративу», коли людина, взаємодіючи зі звуком, знаходить нові інтерпретації свого стану та переживань. Музика стимулює роботу асоціативних і уявних процесів, допомагаючи людині побачити власний досвід у новому смисловому контексті.

Наступним компонентом когнітивно-смислового рівня є робота уяви та смислотворення у відповідь на музичні стимули.

Музика має здатність активувати складні процеси уяви та концептуальної обробки, що лежать в основі формування індивідуальних смислів і внутрішнього досвіду. Зокрема, за даними S. Koelsch (2014), музика викликає активацію низки мозкових структур, пов'язаних з емоційною обробкою, пам'яттю та інтеграцією сенсорної інформації. Взаємодія цих систем створює умови для появи уявних образів і рефлексивного осмислення переживань, коли слухач співвідносить музичні стимули зі своїм життєвим досвідом та внутрішнім станом. Саме ця інтеграція емоційних і когнітивних компонентів відкриває простір для подальшого смислотворення та формування особистісних інтерпретацій музичного матеріалу [36].

Смислотворення в музичному сприйнятті пов'язане з активацією асоціативних та символічних процесів, завдяки яким музика стає носієм особистісно значущих змістів. Як підкреслює T. Dimitriadis (2016) у рецензійному огляді концепцій K. Bruscia, музичний досвід може розглядатися як багаторівнева символічна система, у межах якої звукові структури набувають суб'єктивних значень і виступають засобом вираження внутрішніх станів. Через взаємодію з музичними образами слухач отримує доступ до невербальних рівнів переживань, що часто недоступні для прямого мовного опрацювання. Це створює підґрунтя для формування внутрішнього наративу – послідовності смислів та уявних конструкцій, які виникають у відповідь на музичні стимули та інтегрують емоційні й когнітивні компоненти досвіду [25].

Важливу роль у когнітивно-смысловому рівні впливу музики відіграють процеси очікування та інтерпретації. Згідно з моделлю очікування D. Huron (2006), музика стимулює створення внутрішніх «сценаріїв», що ґрунтуються на передбаченні розвитку музичної події та її смысловому осмисленні. Людина не лише прогнозує, як розвиватиметься мелодія чи ритм, але й надає цьому прогнозу особистісного значення, інтегруючи його в уявні образи та когнітивні схеми. У випадках, коли реальний розвиток музики узгоджується з очікуваннями або навпаки – їх порушує, це сприяє формуванню нових

сміслових інтерпретацій та переосмисленню внутрішніх переживань [32].

Таким чином, музика виступає не тільки емоційним, але й смислотворчим стимулом, який забезпечує доступ до уявних і символічних процесів, формує нові інтерпретації досвіду та сприяє розвитку саморефлексії.

Наступним рівнем у загальній структурі психологічного впливу музики є соціально-психологічний вимір, який охоплює групові та міжособистісні механізми.

На соціально-психологічному рівні музика виступає чинником формування емоційного зв'язку, групової згуртованості та відчуття причетності. Дослідження показують, що спільне музикування або спів сприяють підвищенню рівня окситоцину – гормону довіри й соціальної прив'язаності, що знижує рівень стресу та емоційної напруги у групах. Крім того, груповий спів викликає злагоджену фізіологічну реакцію учасників – синхронізацію дихання, темпу рухів та емоційного ритму, що створює фундамент для міжособистісної емпатії та спільного емоційного досвіду [37].

Регулярна участь у груповому співі або музикуванні підсилює соціальну згуртованість, відчуття безпеки й підтримки в групі, що має особливе значення в терапевтичних та реабілітаційних умовах. У своєму огляді S. Crouch (2023) підкреслює, що спільний вокальний досвід формує відчуття єдності, сприяє взаємодовірі та зменшує соціальну ізоляцію, що є ключовими факторами психологічного благополуччя. Групове музикування забезпечує учасників можливістю відчувати спільний ритм і спільну емоцію, що зміцнює групову динаміку та полегшує встановлення міжособистісних зв'язків [22].

Таким чином, на соціально-психологічному рівні музика виконує функцію посередника між індивідом і групою, сприяючи формуванню почуття включеності, покращенню емоційного клімату та підвищенню ефективності групових терапевтичних процесів. Цей вимір впливу музики є особливо важливим у реабілітаційних програмах для осіб із залежністю, де відновлення соціальних контактів та довіри часто є одним із ключових компонентів

відновлення.

Психологічний механізм впливу музики має багаторівневий характер і включає взаємодію фізіологічних, емоційних, когнітивно-смыслових, соціальних та психологічних процесів. Кожен із цих рівнів формує окрему ланку загальної реакції на музичний стимул, водночас доповнюючи й підсилюючи інші. Фізіологічна активація створює підґрунтя для емоційного відгуку, емоції переходять у когнітивне осмислення й асоціативно-символічні процеси, а спільне музикування сприяє формуванню соціальної згуртованості та емоційної підтримки. У своїй сукупності ці механізми забезпечують комплексний вплив музики на психічний стан людини, що й обумовлює її високу ефективність у психотерапевтичній та реабілітаційній практиці.

### **Висновки до першого розділу**

У результаті теоретичного аналізу з'ясовано, що музикотерапія сформувалася як міждисциплінарний науково-практичний напрям, який поєднує знання з психології, медицини, педагогіки та мистецтва. Її сутність полягає у використанні музики як засобу впливу на психоемоційний, когнітивний і соматичний стан людини, що забезпечує відновлення внутрішньої рівноваги та сприяє соціальній адаптації. Музика розглядається не лише як естетичне явище, а як потужний психокорекційний інструмент, що здатен активізувати глибинні механізми саморегуляції та відновлення.

Історичний огляд показує, що музика як засіб зцілення має тисячолітню традицію – від сакральних ритуалів до сучасних клінічних практик. Проте саме у ХХ столітті музикотерапія оформилася як окрема галузь психотерапії. Її розвиток у цей період зумовив появу різних теоретичних моделей і методичних підходів, які нині утворюють багату палітру сучасної практики.

У сучасному науковому дискурсі музикотерапія набуває все більшої популярності як ефективний напрям у сфері психічного здоров'я та

реабілітації. Дослідники підкреслюють, що терапевтичний ефект музики пов'язаний не тільки з її акустичними властивостями, а передусім із емоційно-смісловим змістом музичного образу, який пробуджує асоціативне мислення, знижує психофізіологічну напругу, сприяє відчуттю катарсису та безпечному самовираженню через звукові образи.

У першому підрозділі було визначено, що музикотерапія реалізується у двох головних формах – активній та рецептивній. Активна музикотерапія передбачає безпосередню участь клієнта у створенні музики через гру, спів, імпровізацію, ритмічні вправи, що стимулюють креативність і підвищують упевненість у власних можливостях. Рецептивна форма зосереджується на сприйманні музики, слуханні й подальшій рефлексії, сприяє релаксації, гармонізації емоційного стану, відновленню психофізіологічного балансу. Обидві форми взаємодоповнюють одна одну, створюючи цілісну систему впливу на особистість.

Аналіз сучасних підходів дозволив визначити основні напрями музикотерапії: психоаналітичний, поведінковий, гуманістичний та інтегративний. Психоаналітичний орієнтується на опрацювання несвідомих емоцій через імпровізацію; поведінковий – на формування адаптивних реакцій; гуманістичний – на розвиток самовираження та внутрішньої гармонії. Найбільш перспективним у контексті соціальної реабілітації визнано інтегративний підхід, що поєднує елементи всіх попередніх напрямів і забезпечує комплексний вплив на емоційну, когнітивну та соціальну сфери.

Сучасна музикотерапія, згідно з останніми науковими дослідженнями, розглядається як універсальний інструмент соціальної та психологічної допомоги. Вона впливає на різні рівні психіки – від нейрофізіологічних реакцій до складних емоційно-когнітивних процесів, активізуючи міжпівкульну взаємодію та систему емоційної пам'яті. Поєднання слухання, імпровізації, ритмічних рухів і творчої рефлексії створює умови для гармонізації емоційної сфери, розвитку емпатії, соціальної згуртованості та

психологічної стійкості.

Особлива увага в розділі була приділена психологічному механізму впливу музики. З'ясовано, що музика діє на людину багаторівнево: на фізіологічному рівні вона модулює нейровегетативні реакції; на емоційному – активує лімбічні структури та формує афективний відгук; на когнітивному – стимулює процеси прогнозування, уваги, пам'яті та смислотворення; на соціально-психологічному – сприяє емоційній взаємодії, згуртованості та формуванню почуття підтримки у групі. Сукупність цих механізмів забезпечує комплексний терапевтичний вплив музики та створює передумови для її ефективного використання у реабілітаційних програмах.

Отже, узагальнення теоретичних положень дає підстави стверджувати, що музикотерапія є ефективним засобом соціальної реабілітації. Вона сприяє формуванню позитивного емоційного досвіду, зниженню тривожності, відновленню внутрішньої рівноваги та розвитку комунікативних і творчих навичок. Завдяки своїй універсальності музикотерапія має значний потенціал для використання в роботі з особами, які переживають залежність, стрес або порушення емоційної регуляції, забезпечуючи шлях до гармонійної інтеграції особистості в соціальне середовище.

## РОЗДІЛ II

### ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ ІЗ НАРКОТИЧНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

#### 2.1. Наркотична залежність як соціальна проблема

Наркотична залежність є складним соціально-психологічним феноменом, що формується на перетині особистісних, сімейних і суспільних чинників. Сучасні дослідження розглядають її не лише як медичний діагноз, а як дисфункціональний спосіб адаптації особистості до фрустрацій і психоемоційного напруження у несприятливому соціальному середовищі [17]. Порушення базових соціальних зв'язків, нестабільність сімейних стосунків, досвід дитячих травм, безробіття та ізоляція створюють ґрунт для розвитку залежної поведінки як спроби компенсувати дефіцит підтримки та сенсу життя [10; 27].

Соціально-психологічна природа проблеми проявляється у тому, що залежність торкається не лише тіла, а передусім психіки, самоідентичності та міжособистісної взаємодії. Людина, залучена у вживання психоактивних речовин, поступово втрачає відчуття контролю, самоцінності, довіри до інших, що веде до вторинної соціальної ізоляції. Такий стан поглиблюється через суспільну стигматизацію та моральне засудження, які перешкоджають зверненню по допомогу й формують замкнене коло соціальної дезадаптації [48].

У сучасних умовах українського суспільства додатковими детермінантами стають наслідки війни, вимушене переміщення, втрата соціальних ролей та невизначеність майбутнього. Дослідження серед української студентської молоді вказують на зростання тривожності, депресивних симптомів і схильності до вживання ПАР як способу короточасного психологічного «відключення» від реальності [19]. Таким

чином, наркотична залежність постає не як індивідуальна вада, а як симптом соціально-психологічної кризи особистості й середовища, що потребує комплексної реабілітації – медичної, психологічної й соціальної.

Соціальні передумови розвитку наркотичної залежності значною мірою пов'язані з деструктивними умовами соціалізації. Найчастіше першопричиною виступає дисфункціональна сім'я – з емоційною холодністю, конфліктністю або відсутністю стабільних ролей. У таких родинах дитина не отримує досвіду безпечної прив'язаності, що згодом зумовлює труднощі у встановленні довірчих стосунків і регуляції власних емоцій. Як зазначає В. Подолян у статті 2021 року, саме дефіцит емоційної підтримки в сім'ї й почуття самотності є одним із найсильніших чинників залучення підлітків до вживання психоактивних речовин. Для багатьох із них споживання стає способом самоствердження або пошуку групової приналежності, де наркотик виконує функцію соціального «клею» [10].

Аналізуючи вітчизняне дослідження 2022 року *Social and Psychological Rehabilitation of People Addicted to Psychoactive Substances: Research Results*, виявляємо, що у сім'ях, де є або були особи із залежністю, у членів родини формуються певні психологічні риси, які підвищують ризик отримання залежностей, а також підвищують рівень конформності – тенденцію людини орієнтуватися на думку оточення, наслідувати поведінку інших, уникати самостійних рішень. Рівень схильності до залежності у таких осіб на 27 % вищий, а рівень конформності – на 41 % вищий, ніж у тих, у чийх родинах залежності не спостерігалось [17].

Це свідчить про вищу психологічну вразливість та схильність до наслідування деструктивних поведінкових моделей, що притаманно дезадаптивним сімейним системам (рис. 2.3).



**Рис. 2.1. Відсоткові відмінності рівнів показників тесту Т. Лірі у осіб за наявності та відсутності залежних родичів**

У дорослому віці ці соціальні механізми набувають інших форм: втрата соціального статусу, безробіття, маргіналізація, відчуження від спільноти посилюють внутрішню порожнечу й потребу в штучному регулюванні емоційного стану. Дослідження *Psychosocial Dimension of Substance Use Disorder (2024)* підкреслює, що залежність часто розвивається як наслідок розриву соціальних зв'язків і кризи комунікації в сім'ї та оточенні: коли людині бракує емоційної взаємності, вона шукає тимчасову стабілізацію через змінені стани свідомості. Відтак наркотична залежність постає як патологічна форма соціальної адаптації – спроба знайти місце у спільноті, навіть якщо воно пов'язане з ризиком і саморуйнуванням [27].

Психологічний вимір наркотичної залежності полягає у порушенні базових процесів саморегуляції, емоційного реагування та формування ідентичності. Дослідження показують, що люди із залежністю часто мають підвищену чутливість до стресу, схильність до імпульсивних рішень і знижену

здатність усвідомлювати власні почуття [17]. Вживання психоактивних речовин у такому випадку стає механізмом тимчасового самозахисту від внутрішньої напруги та фрустрації, але поступово закріплюється як єдиний доступний спосіб емоційного регулювання. На рівні мотиваційної сфери це проявляється викривленням системи задоволення: природні джерела радості (спілкування, творчість, досягнення) втрачають значущість, натомість формується патологічна залежність від зовнішнього стимулу.

Серед осіб, які зловживають психоактивними речовинами, більша частка алекситимічних соціофобів, тобто людей, яким властиві труднощі у розпізнаванні та вираженні власних емоцій, а також уникнення міжособистісних контактів. Такі психологічні риси формують внутрішню напругу, що компенсується вживанням психоактивних речовин як засобом тимчасового «розблокування» емоційної сфери [2].

Отже, залежність має виразну соціально-психологічну складову, пов'язану з дефіцитом емоційної рефлексії, комунікативною закритістю та низькою толерантністю до стресу.

Часто в основі залежності лежить травматичний досвід і криза самоідентичності: людина не може інтегрувати власні емоції та створити цілісний образ «Я», тому наркотик стає засобом уникнення болю та відчуття провини [27]. Згідно з результатами українських досліджень, тривале вживання ПАР спричиняє вторинну деформацію особистості – зниження самооцінки, втрату віри у власні можливості, соціальну пасивність. Це формує замкнене коло, коли безпорадність і сором підживлюють подальше споживання, а залежність набуває рис емоційної та екзистенційної кризи [48].

В українському контексті, позначеному воєнними подіями, ці механізми лише посилюються. Дослідження фіксують зростання рівня тривожності, депресивних симптомів і використання психоактивних речовин як способу «відключення» від травматичної реальності. Таким чином, наркотична залежність може розглядатись як патологічна форма емоційної регуляції, що

виникає у відповідь на хронічну нестабільність, невизначеність і відсутність підтримки [19].

Отже, наркотична залежність постає як комплексна соціальна дезадаптація, у якій переплітаються травматичний досвід, емоційна дисрегуляція та руйнування соціальних зв'язків. Вона не зводиться до медичної проблеми, а потребує цілісного підходу до відновлення особистості – шляхом роботи з мотивацією, емоційною сферою та соціальними відносинами. Саме тому ключовим напрямом допомоги стає соціальна реабілітація, спрямована на відновлення цілісності «Я» та повернення до повноцінної участі в суспільстві.

## **2.2. Сучасні підходи до реабілітації осіб із наркотичною залежністю**

Соціальна реабілітація розглядається міжнародними стандартами як обов'язкова складова безперервного маршруту допомоги: від скринінгу й стабілізації до відновлення соціальних ролей та інтеграції в громаду.

Основні принципи лікування та реабілітації осіб із наркотичною залежністю сформульовані у спільному документі УНЗ ООН та ВООЗ *Principles of Drug Dependence Treatment* («Принципи лікування наркотичної залежності», 2008). Цей документ визначає дев'ять ключових засад, які становлять основу ефективної системи допомоги.

1. Доступність і доступ до лікування. Послуги мають бути своєчасними, економічно доступними, географічно рівномірно розподіленими, культурно чутливими й орієнтованими на потреби різних груп населення. Важливо зменшувати бар'єри, пов'язані зі стигмою, страхом переслідування чи високою вартістю.

2. Скринінг, оцінювання та планування лікування. Рекомендовано застосовувати стандартизовані інструменти для раннього виявлення

залежності, комплексної діагностики медичних, психологічних і соціальних потреб, а також розроблення індивідуальних планів реабілітації.

3. Доказовість лікування. Лікування має базуватися на науково обґрунтованих підходах, які поєднують фармакологічну терапію (за потреби) та психосоціальні інтервенції, орієнтовані на довготривалий супровід і міждисциплінарну співпрацю.

4. Права людини та гідність пацієнта. Принципи передбачають дотримання конфіденційності, добровільної згоди на лікування, заборону дискримінації та примусу, а також повагу до особистої автономії клієнта.

5. Орієнтація на вразливі групи. Лікування має враховувати особливі потреби підлітків, жінок, вагітних, людей із психічними розладами, осіб із подвійною залежністю, етнічних меншин і маргіналізованих спільнот.

6. Взаємодія з кримінальною системою. Принципом є надання лікування як альтернативи покаранню або як складової реабілітації осіб, що перебувають у місцях позбавлення волі, з забезпеченням безперервності допомоги після звільнення.

7. Участь громади та пацієнта. Ефективне лікування неможливе без залучення громади, сім'ї та самих клієнтів до планування, реалізації та оцінки програм, а також без подолання соціальної стигми через просвітництво.

8. Управління якістю лікувальних сервісів. Передбачає створення системи професійного менеджменту, кваліфікації кадрів, моніторингу ефективності, сталого фінансування та підзвітності сервісів перед громадою.

9. Політика та міжвідомча координація. Для ефективного функціонування системи необхідна розробка єдиної державної політики у сфері лікування та реабілітації, стратегічне планування, координація між медичними, соціальними та правоохоронними структурами, а також забезпечення безперервного циклу «лікування – реабілітація – ресоціалізація» [52].

Ці принципи стали методологічною основою для подальших міжнародних стандартів – *International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders (UNODC & WHO, 2020)*, які розвинули підходи у напрямі психосоціальної реабілітації та громадоцентричної мережевої взаємодії, підкреслюючи важливість інтеграції послуг у громадах та міжсекторальної співпраці.

Сучасна реабілітація осіб із наркотичною залежністю ґрунтується на біопсихосоціальній моделі допомоги, що передбачає поєднання медичних, психологічних і соціальних втручань. Згідно з міжнародними стандартами лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотиків, ефективні програми мають бути інтегрованими, міждисциплінарними та орієнтованими на відновлення функціонування особистості, а не лише на утримання від вживання психоактивних речовин. Центральне місце в них посідають психосоціальні інтервенції, серед яких – мотиваційне консультування, когнітивно-поведінкова терапія, групові методи підтримки, навчання життєвих навичок і робота з родиною [33].

У рекомендаціях ВООЗ щодо психічних неврологічних розладів та розладів залежності від ПАР (Mental Health Gap Action Programme, 2023) підкреслюється, що психосоціальні підходи є невід'ємною частиною лікування залежностей, особливо там, де фармакотерапія має обмежену доступність [43].

Український контекст підтверджує необхідність комплексного підходу: за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України (2023), програми реабілітації часто все ще зосереджені на медичному аспекті, тоді як соціально-психологічна підтримка сприяє кращому утриманні в програмі й зменшує ризик рецидиву [8].

Сучасні програми соціально-психологічної реабілітації осіб із наркотичною залежністю базуються на інтегрованому поєднанні психотерапевтичних, освітніх та соціальних практик, спрямованих на

відновлення адаптивного функціонування особистості. Найбільш поширеними є когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційне консультування, тренінги життєвих і соціальних навичок, групова підтримка та робота з родиною [16]. Такі методи дають змогу клієнтам розвивати навички саморегуляції, налагоджувати конструктивні стосунки, відновлювати почуття власної гідності та відповідальності за життя.

Найбільш результативними, за оглядовою статтею S. Alsubaie (2023), є програми, які поєднують індивідуальну психотерапію з соціально-побутовою інтеграцією клієнта. Це означає, що процес відновлення має виходити за межі клінічної чи кабінетної терапії та включати участь особи у діяльності громади, трудову чи волонтерську активність, освітні ініціативи та відновлення сімейних відносин. Такий підхід сприяє формуванню у клієнтів позитивної соціальної ідентичності, зниженню рівня тривожності й депресивних проявів, а також зменшує ризик рецидивів [43].

Українські фахівці А. Капська, Ю. Чернецька, Я. Галич, С. Щербина відзначають, що групові форми взаємодії та підтримуюче терапевтичне середовище створюють найсприятливіші умови для позитивних змін у поведінці, емоційному стані та мотивації клієнтів, ресоціалізації, зниження рецидивів. Реабілітація має бути інтегрованою – поєднувати психотерапевтичну, соціальну й освітньо-професійну складові. Саме взаємодія клієнта з реальним соціальним середовищем формує його готовність до самостійного життя та забезпечує довготривалу ремісію. [2; 4; 12; 13 ].

Як також відзначають А. Шиделько і Н. Майорчак, ключовим принципом українських програм реабілітації має стати поєднання медичної допомоги, психологічної підтримки та соціального супроводу, що забезпечує відновлення особистісних ресурсів і здатності до самостійного життя. Однак, ефективність програм залежить не лише від структури, а й від індивідуальних психологічних характеристик клієнта. Результати їхнього емпіричного дослідження засвідчують, що успішність психосоціальної реабілітації тісно

пов'язана з рівнем самооцінки, самоприйняття та внутрішнього локусу контролю. Особи, які не мають родинного досвіду залежності та з меншим терміном уживання психоактивних речовин, демонструють вищі показники соціально-психологічної адаптації і, відповідно, кращі перспективи до відновлення [48].

Розглянемо фактори ефективності програм реабілітації осіб з наркотичною залежністю.

Ключовим показником успішності програм соціально-психологічної реабілітації є покращення психосоціального функціонування особи, а не лише утримання від вживання психоактивних речовин. У чисельних дослідженнях підкреслюється обов'язковість психоемоційного скринінгу з метою відстеження динаміки реабілітації та виявлення прихованої мотивації до вживання, важливість чітких інструментів вимірювання для оцінки психосоціальних аспектів життя клієнтів [2; 16].

Успішна реабілітація передбачає відновлення автономії клієнта, розвиток комунікативних і життєвих навичок, покращення якості взаємодії з оточенням та повернення до соціальних ролей. Такі результати досягаються переважно в умовах мультидисциплінарних команд і підтримуючого середовища, де пацієнт залучений до групових форм терапії, трудової активності та освітніх програм [50].

У *Національному звіті ЦГЗ МОЗ України (2025)* зазначено, що саме показники соціальної інтеграції, працевлаштування, стабільності життєвих навичок, зниження рівня тривожності та стійкості ремісії повинні стати ключовими індикаторами ефективності програм реабілітації [9]. Такий підхід узгоджується з міжнародними стандартами ВООЗ, де результативність визначають: емоційна стабільність, розвиток навичок самоконтролю, соціальна інтеграція, залучення до праці та підтримка соціальних зв'язків [33].

Розглянемо поширені і доказові моделі реабілітації осіб із наркотичною залежністю.

Модель терапевтичної спільноти (Therapeutic Community Model) – одна з найвідоміших світових моделей реабілітації осіб із наркотичною залежністю. Вона ґрунтується на принципах групової взаємодії, самодисципліни, взаємної відповідальності та соціального навчання. Як зазначає G. De Leon у своїй праці *The therapeutic community: Theory, model, and method*, терапевтична спільнота розглядається як модель соціального середовища, у якій учасники не є пасивними пацієнтами, а стають активними агентами власних змін. Її структура включає чітку організацію повсякденного життя, розподіл обов'язків, підтримку через спільні ритуали та систему «рівний допомагає рівному». Програма реалізується поетапно – від вступної адаптації через основну фазу інтенсивної роботи до перехідної стадії ресоціалізації. Такий формат сприяє формуванню навичок самоконтролю, співпраці, відповідальності та готовності до життя поза реабілітаційною установою. [23].

У вищезгаданих стандартах лікування наркотичних залежностей ВООЗ підкреслюється, що модель терапевтичної спільноти є ефективною складовою резидентної психосоціальної допомоги, однак сучасні умови потребують її розширення у формат *community-based network* (громадоцентричний мережевий підхід) – підходу, заснованого на мережевій взаємодії різних структур громади. У межах цього підходу реабілітація реалізується не лише у спеціалізованих закладах, а й через координацію медичних, психологічних, соціальних і громадських сервісів – клінік, центрів соціальних служб, громадських організацій, груп самопомоги, *outreach* та *drop-in* пунктів [33]. Де *outreach* пункти – це пункти виїзної або вуличної роботи, мобільні або польові служби, які працюють безпосередньо у середовищі клієнтів – на вулиці, у громадах. Як зазначено у матеріалах Управління з протидії наркотикам США, такі фахівці виконують завдання освітнього, профілактичного та комунікаційного характеру: проводять інформаційні кампанії щодо ризиків уживання наркотиків, налагоджують партнерство з місцевими громадами, школами, релігійними та громадськими організаціями,

а також допомагають у реалізації програм профілактики залежностей і формуванні стійких антинаркотичних стратегій на рівні спільнот [53]. Drop-in пункти – центри або пункти низькопорогового доступу. Це стаціонарні приміщення, куди людина що вживає ПАР або перебуває у складній життєвій ситуації, може зайти без попереднього запису, щоб отримати базові соціальні або медичні послуги: консультацію, тестування, підтримку, направлення на лікування. Дослідження показують, що drop-in-пункти сприяють підвищенню участі в сервісах, зміцненню довіри до допомоги й зниженню бар'єрів для доступу до підтримки осіб із залежністю [44].

Така мережева модель забезпечує безперервність допомоги та поєднання медико-психологічного лікування із соціальною підтримкою в громаді. Вона сприяє ресоціалізації клієнтів, зниженню ризику рецидиву, відновленню сімейних зв'язків та залученню до трудової чи волонтерської діяльності. В українському контексті елементи community-based підходу вже реалізуються у практиці недержавних реабілітаційних центрів і громадських організацій, зокрема у рекомендаціях Центру громадського здоров'я МОЗ України та практики БФ «100 % Life» [3; 1]. Ці ініціативи демонструють перехід від вузько медичної до соціально-психологічної та громадоцентричної парадигми реабілітації, де центральним елементом виступає особистість і її активна участь у житті громади.

Minnesota Model (модель Міннесоти; Міннесотська модель) – один із найвідоміших інтегрованих підходів до лікування та реабілітації осіб із наркотичною залежністю, який поєднує медичну терапію, психотерапевтичну роботу, групову підтримку та духовно-моральну рефлексію. Як зазначає С. Cook (1988), ця модель виникла у середині ХХ століття в клініках *Hazelden Foundation* (США) як спроба поєднати біологічне лікування, психологічну допомогу й філософію взаємодопомоги, на якій базується програма *12 кроків* спільнот *Alcoholics Anonymous* та *Narcotics Anonymous* [21].

Основна ідея *Minnesota Model* полягає у біопсихосоціальної інтеграції – тобто розумінні залежності як багатофакторного явища, що потребує одночасної роботи з тілом, психікою, соціальними зв'язками й духовними цінностями. Програма реалізується мультидисциплінарною командою (лікар, психолог, соціальний працівник, консультант із залежності, священнослужитель) і передбачає три рівні втручання:

1. медичне відновлення – детоксикація, стабілізація фізичного стану;
2. психологічна реабілітація – групові й індивідуальні сесії, когнітивно-поведінкові техніки, робота з емоційними тригерами;
3. соціально-духовна інтеграція – участь у групах взаємодопомоги, волонтерство, формування нової системи цінностей і відповідальності.

За даними *Hazelden Betty Ford Foundation (2020)*, ефективність моделі забезпечується через тривалу постреабілітаційну підтримку, активну роль родини, а також створення терапевтичного середовища, у якому пацієнт розвиває навички саморефлексії та соціальної відповідальності [51; 21].

Попри ефективність у досягненні абстиненції (утриманні від вживання) та соціальної стабілізації, *Minnesota Model* не позбавлена критики. У своїй аналітичній статті С. Cook (1988, Part II) зазначає, що сильна сторона цієї моделі – у її комплексності та ідеологічній цілісності, однак саме це породжує ризик догматизму. Зокрема, релігійно-моральний компонент і концепція “духовного пробудження” можуть викликати опір у частини клієнтів, які не поділяють таких цінностей. Висловлюється критика “хворобної концепції залежності”, яка, хоч і пояснює поведінку залежного, може зменшувати акцент на соціальних і психологічних причинах.

Водночас, С. Cook підкреслює, що Міннесотська модель довела реальність досягнення тривалої ремісії: *«Модель демонструє, що досягнення абстиненції, разом із пов'язаними психосоціальними та медичними перевагами, є цілком досяжним, принаймні для частини пацієнтів»*. Її ефективність полягає у формуванні нової системи життєвих цінностей і

підтримувальних соціальних зв'язків, що забезпечує не лише утримання від ПАР, а й перебудову способу життя [20, с. 746].

Модель Міннесоти стала основою для більшості сучасних клінічних програм лікування залежності у світі, а її елементи активно впроваджуються в українських приватних і державних реабілітаційних центрах.

Модель «12 кроків» (12-Step Recovery Program) – це одна з найпоширеніших у світі форм соціальної та духовно-психологічної реабілітації осіб із залежністю, започаткована спільнотою *Alcoholics Anonymous* (Анонімні Алкоголіки) у 1935 р. Її головна ідея полягає у визнанні власної безсилості перед залежністю, прийнятті моральної відповідальності за власні дії та поступовому відновленні особистості через саморефлексію, взаємну підтримку й духовне зростання [14].

Програма складається з дванадцяти послідовних етапів – від усвідомлення проблеми та прийняття допомоги до формування нової системи цінностей і допомоги іншим, хто перебуває на шляху одужання. Вона практикується у спільнотах *Alcoholics Anonymous* (AA) та *Narcotics Anonymous* (NA), що мають осередки у більш ніж 180 країнах світу. За даними дослідження *Broadening the Base of Addiction Mutual-Help Organizations* (2012), участь у таких групах підвищує шанси на тривалу ремісію, знижує соціальну ізоляцію та сприяє формуванню стабільної підтримувальної мережі [35].

На відміну від професійних клінічних програм, «12 кроків» базується на моделі самодопомоги, а її ефективність забезпечується груповою динамікою, добровільністю участі та відчуттям приналежності до спільноти, що дає людині нову ідентичність і мотивацію до життя без психоактивних речовин. У сучасній практиці програма часто поєднується з психосоціальними або медичними формами лікування, зокрема в рамках Міннісотської моделі, слугуючи її духовно-соціальним підґрунтям.

У сучасних умовах поряд із класичною програмою «12-Step Recovery» розвиваються її світські та когнітивно орієнтовані альтернативи, що

відображають еволюцію підходів до подолання залежності. Програма *SMART Recovery (Self-Management and Recovery Training)* базується на принципах когнітивно-поведінкової терапії та навичках саморегуляції – замість духовної складової вона акцентує увагу на розвитку критичного мислення, управлінні емоціями та профілактиці рецидиву [45]. Аналогічно, рухи *LifeRing* і *Women for Sobriety* пропонують раціональні, гуманістичні підходи без релігійного компонента, орієнтовані на особистісну автономію й відповідальність [35].

Порівняльне дослідження S. Zetmore та ін. (2017) засвідчує, що альтернативні рухи *Women for Sobriety*, *LifeRing Secular Recovery* та *SMART Recovery*, демонструють співставні результати щодо рівня ремісії, задоволення від участі та психологічного благополуччя з класичними 12-кроковими спільнотами. Автори наголошують, що ці програми залучають учасників, яким ближчі раціональні, світські та когнітивно-поведінкові підходи замість духовно-релігійного компонента.

Таким чином, формування таких спільнот розглядається як природна еволюція системи самодопомоги у напрямку більшої наукової верифікації, гендерної адаптації та психологічної адаптації методів реабілітації [57].

Ю. Чернецька у своїй праці 2016-го року докладно описує модель соціально-педагогічної ресоціалізації наркозалежних, побудовану на поетапному відновленні соціального статусу особи. Автор визначає три ключові етапи: діагностико-адаптаційний, корекційно-розвивальний та соціально-адаптаційний (вихідний).

На першому етапі здійснюється соціально-психологічна діагностика, оцінюється рівень мотиваційної готовності до змін, ступінь соціальної дезадаптації, сімейні відносини й наявність ресурсів для відновлення.

Другий етап передбачає інтенсивну психокорекційну роботу з використанням групової психотерапії, соціально-рольових тренінгів, трудотерапії, арт-терапії, а також освітніх занять, спрямованих на розвиток навичок комунікації, самоконтролю та відповідальної поведінки.

Завершальний, соціально-адаптаційний етап, орієнтований на ресоціалізацію клієнта через залучення до волонтерських, культурних і трудових ініціатив, відновлення родинних стосунків, формування професійної спрямованості. Така модель розрахована на середньотривалу участь (від 3 до 9 місяців) і реалізується переважно у малій групі (8–12 осіб), що дозволяє поєднати індивідуальний підхід із підтримкою спільноти.

Ю. Чернецька підкреслює, що її модель наближається до реабілітаційної системи “Therapeutic Community”, яка поширена в міжнародній практиці, проте має соціально-педагогічне наповнення – більший акцент на навчанні соціальних ролей, розвитку трудової мотивації й відновленні морально-ціннісної сфери. У цьому сенсі вона поєднує педагогічний, психологічний та соціальний виміри реабілітації, що відповідає сучасним принципам психосоціального підходу.

Як зазначає Ю. Чернецька, ефективність програми визначається ступенем самостійності, рівнем соціальної адаптованості, готовністю до праці та участю у громадському житті. Ключовими умовами результативності є міждисциплінарна взаємодія фахівців і наявність підтримуючого соціального середовища, у якому колишній залежний поступово набуває нових соціальних ролей. Такий підхід дозволяє розглядати реабілітаційний центр не як ізольовану установу, а як простір формування відповідальної, соціально активної особистості [12]. Це повністю узгоджується з сучасною парадигмою біопсихосоціальної реабілітації.

Вітчизняна практика соціальної роботи з наркозалежними дедалі більше орієнтується на ресоціалізацію як фінальний етап реабілітаційного процесу. Як зазначають С. Щербина, Т. Новак і Ю. Гноєвой у своїй статті «Соціальна робота з ресоціалізації наркозалежних осіб в умовах реабілітаційних центрів» (2025), діяльність соціального працівника в реабілітаційному центрі має багатовимірний характер і поєднує психодіагностику, консультування, навчання життєвих навичок і постреабілітаційну підтримку.

Важливо, що автори підкреслюють мультидисциплінарність і громадоцентричний підхід як базові умови ефективності. Результативна ресоціалізація, за С. Щербиною, Т. Новак і Ю. Гноєвим, можлива лише за умов єдності медичного, психологічного та соціального компонентів, коли реабілітант проходить шлях від отримувача терапії до усвідомленої участі в соціальному житті громади. Особлива увага приділяється творчим і духовно-культурним практикам, які сприяють формуванню внутрішньої мотивації до змін і відновленню самоцінності особистості.

Висновки дослідження С. Щербини, Т. Новака і Ю. Гноєвого конкретизують трирівневу модель соціальної роботи з ресоціалізації осіб із наркотичною залежністю в умовах реабілітаційного центру. На діагностичному етапі визначаються соціально-психологічні характеристики клієнта, мотиваційна готовність до змін і особливості сімейного функціонування. Корекційно-реабілітаційний етап охоплює індивідуальну й групову психотерапію, формування навичок міжособистісної взаємодії, розвиток емоційної стабільності, подолання деструктивних сімейних залежностей і налагодження соціальної підтримки. Завершальний – етап соціально-психологічного супроводу – передбачає підтримку клієнта після виходу з центру, повторну психодіагностику, профілактику рецидиву, залучення до волонтерських та трудових ініціатив [13].

Описане вище відображає перехід від медико-орієнтованої моделі лікування до біопсихосоціальної парадигми відновлення особистості.

В Україні система соціально-психологічної реабілітації осіб із наркотичною залежністю перебуває на етапі активного розвитку та поступового наближення до міжнародних стандартів. Ефективність реабілітаційних центрів часто обмежується нестачею післямедичних і соціальних програм, відсутністю системної співпраці між медичними, психологічними та соціальними інституціями. За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України (2025), більшість закладів зосереджені на

медичній складовій – детоксикації та замісній підтримувальній терапії, тоді як психосоціальні інтервенції охоплюють лише частину клієнтів: «У наданні послуг особам з розладами вживання ПАР та алкоголю переважає медикаментозний підхід, що проявляється в лікуванні гострих станів, таких як гостра інтоксикація та синдром відміни, на противагу біопсихосоціальному підходу та лікуванню розладу вживання ПАР/алкоголю як хронічного розладу». Зазначається також, що програми первинної профілактики, які впроваджуються в країні, – фрагментарні, бракує програм доказової первинної профілактики, які базуються на посиленні «факторів захисту» [9].

Саме тому одним із перспективних напрямів розвитку вітчизняної системи є розширення психосоціальної складової, залучення фахівців різного профілю: психологів, соціальних працівників, трудотерапевтів, арттерапевтів та інтеграція реабілітаційних практик у громаду. Існує стійка необхідність покращення міжвідомчої координації та подолання фрагментарності післямедичного етапу і профілактичних програм.

Попри це, в останні роки розширюється практика міжвідомчої взаємодії, коли лікувальні заклади співпрацюють із соціальними службами, громадами та громадськими організаціями у сфері ресоціалізації й супроводу клієнтів.

ЦГЗ наголошує, що перспективним напрямом розвитку є інтеграція реабілітаційних практик у громаду – створення програм підтриманого проживання, залучення сім'ї, реєр-наставників і спільнот колишніх пацієнтів, що підвищує стійкість ремісії та якість соціального функціонування, а також зазначає у рекомендаціях свого річного звіту про необхідність збільшення психосоціальної складової у процесі реабілітації наркозалежних [9].

Отже, сучасні підходи до реабілітації осіб із наркотичною залежністю ґрунтуються на біопсихосоціальній моделі та міжнародних стандартах УНЗ ООН, ВООЗ, які передбачають інтеграцію медичних, психологічних і соціальних втручань, застосування доказових психосоціальних методів і

міждисциплінарної взаємодії. Ефективними зарекомендували себе моделі терапевтичної спільноти, громадоцентричного мережевого підходу, Міннесотська програма, «12 кроків» та їх світські альтернативи, а також українські соціально-педагогічні концепції, орієнтовані на відновлення автономії, соціальних ролей і життєвих навичок клієнта. Попри рух до біопсихосоціальної парадигми, українська система все ще характеризується домінуванням медичного підходу й фрагментарністю психосоціальних програм, що підкреслює необхідність посилення міжвідомчої координації та розвитку реабілітаційних практик у громаді.

### **2.3. Шляхи застосування музикотерапії у роботі з наркозалежними**

У сучасних підходах до реабілітації осіб із наркотичною залежністю особливе значення надається психосоціальним методам, спрямованим на відновлення емоційної стабільності, мотивації та соціальних навичок. У цьому контексті музикотерапія (далі - МТ) розглядається як один із перспективних інструментів. Її використання у програмах реабілітації наркозалежних спирається на розвинену доказову базу та емпіричні дані, які свідчать про ефективність активних та рецептивних музичних інтервенцій у зниженні тривоги, покращенні регуляції емоцій, саморефлексії, ресоціалізації і формуванні терапевтичної залученості. [31; 29; 39, 49].

У розділі 1.3 було проаналізовано механізми впливу музики на психіку, а в розділах 2.1 та 2.2 опрацьовано складне біопсихосоціальне явище розладів залежності від ПАР, узагальнено характерні прояви наркотичної залежності. Музикотерапія дозволяє цілеспрямовано працювати з цими проявами завдяки поєднанню емоційної експресії, сенсомоторної активності та групової взаємодії.

Аналіз наявних емпіричних даних свідчить, що музикотерапія має низку коротко- та середньострокових позитивних ефектів для осіб із залежністю.

Систематичний огляд L. Hohmann та ін. (2017) показує, що музичні інтервенції зменшують психічне напруження й вираженість афективних коливань у період детоксикації та раннього відновлення [31]. Огляд Cochrane (C. Ghetti та ін., 2017) підтверджує ці дані, відзначаючи також покращення співпраці пацієнтів із фахівцями та більшу готовність включатися в подальше лікування [29]. Було встановлено, що групове музикування й імпровізація підвищують активність учасників у терапевтичному процесі та полегшують вербальну взаємодію [26]. Окремі дослідження ритмічних технік демонструють зменшення інтенсивності позивів до вживання та стабілізацію поведінкових реакцій [54]. Активні музичні форми – імпровізація, ритмічні вправи, спільне створення звукових структур, груповий спів – сприяють формуванню конструктивної поведінки, усвідомленню власних станів і поступовому відновленню соціальної комунікації [15; 26; 31; 47].

Імпровізаційні техніки сприяють безпечному дослідженню внутрішніх станів та зниженню емоційного напруження, тоді як ритмічна синхронізація забезпечує стабілізацію поведінкових реакцій і покращує групову згуртованість [18; 54]. Також групове музичне залучення має високу психосоціальну цінність і може суттєво підсилювати ефекти терапевтичних та реабілітаційних програм. [30, 22].

Аналізування текстів та створення музичних композицій допомагають усвідомити власні переживання, мотиви та бар'єри до змін, що є важливим у процесі формування терапевтичної мотивації як показують клінічні дослідження M. Silverman 2009 року. Попри різноманітність методів і відсутність єдиних стандартів їх застосування, більшість досліджень вказують на здатність активної музичної діяльності підвищувати емоційну стабільність, покращувати комунікацію та підготовлювати клієнтів до подальшої терапевтичної роботи [49].

Розглянемо музикотерапію як засіб підвищення терапевтичної залученості.

Однією з ключових проблем у роботі з особами, які мають залежність, є низький рівень терапевтичної залученості, уникання вербальної взаємодії та нестійкість мотивації. Музикотерапія розглядається як ефективний інструмент подолання цих бар'єрів. Дослідження показують, що включення короткої музичної сесії перед груповими психотерапевтичними заняттями суттєво підвищує готовність клієнтів брати участь у дискусіях, знижує опір, полегшує встановлення первинного контакту та сприяє переходу до роботи з більш складними темами [26].

Активні музичні методи – імпровізація, ритмічна взаємодія, спільне створення музичних фрагментів – дають змогу швидко залучити учасників до групового процесу, навіть за наявності недовіри чи емоційної закритості. У вище згаданому дослідженні М. Silverman (2009) встановлено, що музично-психотерапевтичні техніки сприяють зростанню внутрішньої готовності до співпраці та позитивнішому сприйняттю терапевта. Учасники стають активнішими у комунікації, легше обговорюють власний досвід та прояви залежності, що значно підвищує результативність наступних психосоціальних інтервенцій [49].

Таким чином, музикотерапія може виконувати роль «вхідного модуля» до основних реабілітаційних програм, забезпечуючи кращу включеність у терапевтичний процес та створюючи сприятливі умови для роботи інших методів.

Розглянемо особливості використання музики та музикотерапії в реабілітаційних установах: порівняння програм із МТ та без неї.

Недавнє ізраїльське дослідження J. Lozon і М. Bensimon «Якісне дослідження використання (споживання) музики в центрах лікування залежностей із музикотерапією та без неї: виклики, ризики та успіхи» дало змогу порівняти досвід клієнтів у трьох типах реабілітаційних центрів для осіб із залежністю:

1. центрах із впровадженою музикотерапією,

2. центрах без музикотерапії з політикою повної заборони музики,
3. центрах без музикотерапії, але з вільним доступом до музики.

Результати виявили суттєві відмінності у впливі музики на перебіг реабілітації. У центрах із тотальною забороною музики переважали висока тривожність, відчуття обмеження та страх можливого контакту з тригерною музикою після виписки. Деякі учасники повідомляли, що така політика лише підсилювала уникання та створювала додаткову напругу, а в окремих випадках навіть сприяла рецидиву. У центрах з дозволеною, але неконтрольованою музикою ситуація була протилежною: наявність тригерних композицій у повсякденному просторі часто провокувала емоційні зриви, посилила ризики рецидиву та не давала змоги клієнтам виробити безпечні способи реагування на знайому “проблемну” музику [40].

На відміну від цих підходів, центри, де застосовувалася структурована музикотерапія, демонстрували принципово інший результат. Клієнти описували чотириетапний процес поступового опанування реакцій на так звану «проблемну музику» – композиції, тісно пов’язані з досвідом вживання.

1. Усвідомлення тригерів.  
На першому етапі учасники в безпечних умовах ідентифікували музичні фрагменти, що викликають гострі емоційні реакції або спогади про вживання. Музикотерапевт допомагав розпізнати, які саме елементи (ритм, тональність, текст) провокують напругу.
2. Тимчасове уникання.  
На другому етапі клієнти свідомо обмежували контакт із тригерною музикою, щоб стабілізувати стан та навчитися базових навичок саморегуляції, замінюючи її безпечними альтернативами.
3. Пошук і використання альтернативної музики.  
На цьому етапі учасники створювали власний «безпечний плейлист» – музику, яка не має асоціацій із вживанням, сприяє заспокоєнню, концентрації або підтримує ресурси в стресових ситуаціях.

#### 4. Формування толерантності до тригерної музики.

На фінальному етапі, під керівництвом терапевта, пацієнти поступово взаємодіяли з невеликими дозами «проблемної» музики, вчилися регулювати реакції та долати автоматичні імпульси. Це формувало здатність безпечно переживати такі зустрічі вже в реальному житті, де повне уникання неможливе.

Учасники відзначали, що саме музикотерапевтична робота дала відчуття «внутрішньої зібраності» та відновила здатність контролювати власні реакції на зовнішні тригери. Автори наголошують, що наявність терапевтичної структури є критичною: некероване чи заборонене використання музики підсилює ризики зриву, тоді як музикотерапія дає змогу впорядкувати досвід, зменшити тривожність і підвищити психологічну стійкість. Отримані дані підкреслюють важливість інтеграції музикотерапевтичних модулів у програми реабілітації залежних як засобу зниження тригерності музичного середовища та підвищення готовності до реального повернення у звичний соціальний простір [40].

Розглянемо роль ритмічних та сенсомоторних технік у стабілізації стану осіб із залежністю.

Сенсомоторні та ритмічні інтервенції займають окреме місце в музикотерапії для осіб із наркотичною залежністю, оскільки поєднують емоційне реагування з тілесною регуляцією. Дослідження М. Winkelman (2003) демонструє, що групове барабаніння та інші ритмічні техніки сприяють зниженню психічної напруги, врівноваженню дихання та загальному зменшенню фізіологічного збудження, що є особливо необхідним у періоди абстиненції та ранньої реабілітації. Синхронізація ритму в групі підсилює почуття структурованості й зібраності, а також стабілізує поведінку завдяки повторюваності й передбачуваності музичного процесу.

У низці емпіричних робіт відзначено, що ритмічна взаємодія має виражений ефект на психофізіологічний стан: учасники стають більш

сфокусованими, знижується рівень імпульсивності, а темп емоційних реакцій стає рівнішим. Сенсомоторний компонент музикотерапії активізує природні механізми нейропсихологічного заспокоєння – зокрема, ритмічні патерни допомагають зменшити хаотичні думки та нав'язливі образи, які можуть бути пов'язані з прагненням до вживання ПАР [31].

Крім того, ритмічні вправи посилюють групову взаємодію. Спільне утримання темпу та колективна імпровізація створюють досвід “узгодженості” з іншими, що важливо для клієнтів, які мають труднощі з соціальною взаємодією. Учасники часто описують, що ритм допомагає «повертатися в тіло», швидше відновлювати контроль над станом та зменшувати відчуття внутрішнього напруження, що є типовим для процесів відмови від вживання [39].

Отже, ритмічні та сенсомоторні техніки є дієвими інструментами стабілізації стану в реабілітації залежних, оскільки поєднують тілесну саморегуляцію, емоційне заспокоєння та групову підтримку. Їхнє включення до програм музикотерапії дозволяє швидко знижувати рівень збудження і створювати базу для подальшої психотерапевтичної роботи.

Розглянемо український контекст застосування музикотерапії у реабілітації осіб із залежністю.

В Україні застосування МТ у різних реабілітаційних програмах не є рідкістю. Однак, саме в роботі з особами, які мають наркотичну залежність, перебуває переважно на етапі окремих локальних ініціатив і не має системного характеру. Відчизняних наукових публікацій, присвячених музикотерапевтичним інтервенціям саме у реабілітації наркозалежних, небагато; серед них вирізняється робота Л. Литвинчука (2015), у якій обґрунтовується потенціал музикотерапії як засобу підвищення адаптаційних можливостей у осіб, що проходять лікування від наркотичної залежності. Однак емпірична база таких досліджень в Україні залишається обмеженою [5].

Окремі реабілітаційні центри декларують використання музикотерапевтичних практик у своїх програмах. Зокрема, у матеріалах наркологічного центру «Статус» описано застосування музичних занять як допоміжного інструменту для зниження тривожності та покращення психологічного стану клієнтів. Проте такі приклади мають переважно інформаційний характер і не містять стандартизованих методик чи даних про ефективність. Аналогічно, у діяльності окремих державних і громадських установ, що надають психосоціальні послуги наркозалежним (зокрема центрів соціальної підтримки та деяких осередків Товариства Червоного Хреста України), можуть використовуватися елементи творчих і музичних практик, однак вони переважно не оформлені як повноцінні музикотерапевтичні програми.

Загалом український контекст характеризується недостатньою формалізацією музикотерапевтичних підходів у сфері залежностей, браком науково описаних методик і відсутністю опублікованих досліджень, що оцінювали б їхню ефективність у реабілітації. Це зумовлює потребу у впровадженні структурованих музикотерапевтичних програм і проведенні їх емпіричної апробації, що й визначило орієнтацію практичної частини цього дослідження.

Таким чином, музикотерапія може ефективно доповнювати психосоціальні програми реабілітації осіб із наркотичною залежністю, конструктивно впливаючи на емоційний стан, поведінкову стабільність та мотивацію участі в терапії. Хоч довгострокові результати ефективності та впливу музикотерапії у реабілітації наркозалежних залишаються недостатньо вивченими, узагальнені дані міжнародних досліджень вказують на доцільність включення музикотерапії як допоміжного методу в комплексні програми реабілітації, особливо на ранніх етапах, коли вербальний контакт ускладнений і потрібні інструменти для швидкого зниження напруги та підвищення залученості. Однак, український досвід поки що обмежується окремими

практиками без належної стандартизації та оцінки результатів. Це зумовлює потребу в розробці та апробації структурованих музикотерапевтичних програм.

### **Висновки до другого розділу**

Наркотична залежність є комплексною соціальною дезадаптацією, що формується на перетині індивідуальних, сімейних і суспільних чинників. Вона пов'язана з травматичним досвідом, дефіцитом емоційної підтримки, порушенням ідентичності та руйнуванням соціальних зв'язків, а в умовах воєнної нестабільності додатково підживлюється хронічним стресом і невизначеністю майбутнього.

Залежність не зводиться до суто медичної проблеми: її перебіг визначається особливостями сімейної системи, рівнем соціальної підтримки, умовами соціалізації та особистісними рисами (алекситимія, соціофобія, низька стресостійкість, зовнішній локус контролю). Тому ефективна допомога потребує поєднання медичних, психологічних і соціальних втручань.

Сучасні підходи до реабілітації осіб із наркотичною залежністю ґрунтуються на біопсихосоціальной моделі й міжнародних стандартах (УНЗ ООН ВООЗ), які наголошують на доступності послуг, доказовості методів, міждисциплінарній команді та участі громади. Ключовими критеріями успішності програм виступають не лише показники абстиненції, а й рівень соціальної інтеграції, відновлення життєвих навичок, працевлаштування та стабільність ремісії.

Серед доказових моделей реабілітації виокремлюються «терапевтична спільнота», Міннесотська модель, модель «12 кроків» та її світські альтернативи, громадоцентричний мережевий підхід (community-based network), а також вітчизняні соціально-педагогічні моделі (Ю. Чернецька та ін.). Їх об'єднує орієнтація на поетапне відновлення соціальних ролей,

розвиток відповідальності, підтримку самодопоміжних спільнот та довготривалий супровід після виходу з реабілітаційних центрів.

Українська система соціальної реабілітації наркозалежних перебуває на етапі трансформації від переважно медикоцентричної до біопсихосоціальної парадигми. Попри позитивні зрушення (розвиток недержавних центрів, community-based ініціатив, міжвідомчої взаємодії), залишається недостатньо розвиненою психосоціальна складова, бракує стандартизованих програм і системного моніторингу їх ефективності.

Музикотерапія розглядається як перспективний компонент комплексної реабілітації: міжнародні дослідження демонструють її потенціал у зменшенні психічного напруження, стабілізації поведінки, підвищенні терапевтичної залученості та роботі з музичними тригерами. Водночас довгострокові результати й український досвід застосування МТ у роботі з наркозалежними залишаються недостатньо вивченими, що зумовлює потребу в розробці та емпіричній перевірці структурованих програм.

Узагальнені висновки другого розділу підтверджують, що ефективна соціальна реабілітація осіб із наркотичною залежністю має спиратися на інтеграцію доказових психосоціальних підходів та інноваційних методів, зокрема музикотерапії. Це стало підґрунтям для розроблення та апробації авторської музикотерапевтичної програми, опис якої подано в третьому розділі.

### РОЗДІЛ III

## ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОГРАМИ МУЗИКОТЕРАПІЇ У СОЦІАЛЬНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ НАРКОЗАЛЕЖНИХ

### 3.1. Характеристика та реалізація соціальної програми музикотерапії

У межах емпіричного дослідження було апробовано коротку музикотерапевтичну програму, що складалася з чотирьох групових занять і була спрямована на зниження емоційної напруги, розвиток навичок самовираження, покращення групової взаємодії та формування відчуття підтримки у реабілітантів із залежністю від психоактивних речовин.

Програма ґрунтувалася на принципах активної, рецептивної та інтегративної музикотерапії. Логіка її побудови передбачала поступове ускладнення діяльності: від базових ритмічних вправ та сенсомоторного залучення – до імпровізаційних форм і створення спільної музичної композиції за допомогою технології live-looping.

Кожне заняття мало свою мікроструктуру, що включала:

- вправи на ритмічну синхронізацію та налаштування групи;
- розвиток емоційної чутливості та взаємної музичної відповіді;
- колективне створення музичної картини (групове імпровізування);
- інтегративну частину із залученням лупера, де кожен учасник міг додати власний музичний фрагмент.

Узагальнено структура програми виглядала так:

Заняття 1: первинне знайомство, ритмічна синхронізація, обігрування інструментів, перша спроба групової імпровізації та створення спільного музичного ландшафту.

Заняття 2: розвиток навичок емоційної виразності, поглиблення взаємного слухання, робота з тембровими шарами і звуковими контрастами.

Заняття 3: координація в групових музичних діалогах, дослідження динаміки, використання аудіо ефектів, створення музичного «простору».

Заняття 4: підсумкова імпровізаційна сесія з ускладненими вправами, колективне створення завершеної композиції за допомогою лупера.

Вибір вправ був зумовлений тим, що активне музикування забезпечує природний доступ до емоційної сфери, ритмічна синхронізація сприяє згуртуванню групи, а техніка лупінгу дозволяє кожному учасникові внести індивідуальний вклад у спільний результат, переживаючи досвід творчого успіху та прийняття.

Схарактеризуємо музикотерапевтичні вправи, використані у програмі.

У процесі емпіричної частини дослідження було застосовано комплекс групових музикотерапевтичних вправ, що поєднували елементи активної, рецептивної та інтегративної музикотерапії, це дало змогу одночасно задіяти когнітивний, емоційний і сенсомоторний рівні психічної діяльності учасників.

Розкриємо зміст вступного (першого) заняття.

Вправа 1. «Ритмічна синхронізація».

Метою цієї вправи було створення відчуття згуртованості групи, концентрації уваги та регуляції емоційного стану через елементарні ритмічні дії.

Учасники розташовувались по колу та виконували прості ритмічні малюнки – два удари по ногах і один у долоні – у спільному темпі. Поступово кожен мав можливість додати власні ритмічні варіації. І хоч для налагодження синхронізації темпу та ритміки пішов певний час, така взаємодія сприяла встановленню спільного темпоритму дихання і руху, формувала почуття колективної єдності та розкнутості, створювала перше відчуття успіхів в

учасників – знижувала рівень психоемоційної напруги.

#### Вправа 2. «Групова музична імпровізація».

Центральною частиною заняття була колективна імпровізація, спрямована на самовираження та розвиток емоційної чутливості. Учасникам було запропоновано увійти себе в приємному, спокійному місці й за допомогою простих інструментів (калімби, ксилофони, перкусії, губна гармоніка, прості саморобні струнні інструменти (арфи), синтезатор, укулеле (для ведучого)) створювати спільну звукову картину.

Кожен учасник по чергово долучався до загального звучання, орієнтуючись на ритм і динаміку групи. Наголошувалося, що в цій діяльності немає правильних чи неправильних звуків або дій, а головним завданням є слухати інших і відчувати загальний настрій композиції, додаючи щось від себе. Такий підхід сприяв розкриттю індивідуальної ініціативи, розвитку емпатії, взаємної підтримки та почуття причетності до спільного творчого процесу, це було відзначено учасниками навіть поза анкетуванням і опитуванням.

#### Вправа 3. «Створення спільного музичного ландшафту».

Заключна частина заняття передбачала використання техніки запису і зациклювання по колу не довгих музичних фраз (*live looping*). Лупер (від англ. *loop / looper*) – пристрій для накладання й зациклювання звуків. Ведучий (автор цього дослідження) підходив з мікрофоном по колу до учасників. Кожен учасник по черзі додавав до загальної звукової композиції короткі звуки або ритмічні фрази, утворюючи багат шаровий «музичний пейзаж».

Роль ведучого полягала в організації черговості запису, регулюванні гучності та тембрового балансу, забезпеченні цілісності звучання. Також до мікрофону застосовувались аудіо ефекти такі як ехо – це давало додаткові можливості для музикування та ритмічну опору та довга реверберція – це створювало ефект великого простору схожого на гірську місцевість, що одразу відзначилося учасниками, це додавало атмосфери та сприяло експериментам,

новому розкриттю інструментів та взаємодії з ними. Таких композицій було створено декілька, кожен раз учасники за бажанням обмінювалися своїми інструментами, таким чином, кожен мав нагоду спробувати те що йому хотілося. Такий формат створював атмосферу співтворчості, відчуття себе творцем, активізував уяву й формував відчуття «спільної музики», що позитивно впливало на емоційний стан, почуття задоволення та внутрішньої гармонії.

Застосування зазначених вправ забезпечило поступове залучення учасників до музикотерапевтичного процесу: від фізичного ритмічного узгодження до спільної творчості та емоційної взаємодії.

Розглянемо зміст четвертого заняття.

Четверте заняття мало підсумковий характер і було спрямоване на закріплення навичок ритмічної взаємодії, розвиток комунікативної гнучкості, поглиблення самовираження та досвід створення більш складних форм колективної музичної творчості. Зміст заняття охоплював декілька послідовних етапів.

Вправа 1. «Єдиний ритм» (ритмічна синхронізація)

Заняття починалося з короткої ритмічної вправи на синхронізацію: учасники виконували просту послідовність плескань по долонях і ударах по стегнах у спільному темпі. Ведучий наголошував: *«щоб ми були одним цілим, як годинник рівно тікає»*. Ця вправа сприяла налаштуванню групи, відновленню спільного темпоритму та зниженню первинної психоемоційної напруги перед більш творчою частиною заняття.

Вправа 2. «Діалог звуків».

Після короткого ознайомлення з інструментами учасникам пропонувалося взяти участь у вправі «питання–відповідь». Ведучий чи один із учасників виконував коротку звукову фразу, а наступний мав відповісти власним звуком або ритмом.

Це формувало навички емпатичного слухання, комунікації через звук,

гнучкості й адаптивності у груповій взаємодії. Учасники відзначали, що ця вправа допомагала відчувати «присутність» іншого та реагувати на його емоційні сигнали.

Вправа 3. «Музична хвиля» (динамічне наростання звуку).

Після індивідуального діалогу група переходила до формування «музичної хвилі». Починаючи з мінімальних, м'яких звуків, учасники по колу поступово нарощували інтенсивність, насиченість та динаміку звучання. На другому проході до хвилі додавався простий барабанний ритм із синтезатора, що створював опору та дозволяв учасникам вільніше експериментувати з власними партіями. Вправа розвивала відчуття групового дихання, узгодження динаміки, координації та емоційного резонансу.

Вправа 4. «Колективне створення композиції» (з використанням техніки live looping).

У наступному етапі застосовувався лупер. Учасники по черзі додавали до загальної звукової картини свої короткі фрази, ритми або шумові ефекти, формуючи спільну композицію із численних індивідуальних внесків. Ця вправа давала змогу кожному відчувати себе невід'ємною частиною фінального результату, усвідомити значущість власного внеску та водночас пережити досвід колективної творчості.

Вправа 5. «Лупер у парах».

Заключним елементом заняття стала робота в парах із використанням кількох інструментів одночасно. Двоє учасників мали створити маленьку фрагментовану звукову сцену, яку потім записували у лупер. Ця вправа вимагала більшої взаємодії, узгодження ритмів і тембрів, здатності домовлятися та адаптувати власне виконання до партнера. Учасники відзначали, що робота в парах давала відчуття взаємної підтримки, експериментальності та емоційної близькості.

Розглянемо рефлексивний компонент.

Під час занять учасники регулярно висловлювали рефлексії щодо

власних емоційних вражень: відчуття задоволення від створеного звучання, приємні сенсорні переживання, інтерес до нових тембрів та способів взаємодії. Поряд із цим озвучувалися й труднощі – наприклад, невпевненість у власних музичних діях або складнощі з узгодженням ритму. Важливо, що динаміка відкритості до рефлексії поступово зростала: з кожним заняттям все більше учасників охоче ділилися емоціями, що свідчило про підвищення рівня довіри, прийняття та групової згуртованості.

Після виконання вправ учасники у більш розлогій обмінювалися враженнями, описували емоційні відчуття, ділилися труднощами та успіхами, ставили питання. Цей компонент поєднував когнітивне осмислення досвіду з емоційним завершенням заняття. На цьому етапі проводилося повторне анкетування.

Вправи четвертого заняття забезпечили логічне завершення музикотерапевтичної програми: від базових ритмічних навичок і первинної імпровізації група перейшла до складніших форм музичної взаємодії та колективної творчості. Учасники продемонстрували вищий рівень відкритості, синхронізації, здатності до партнерської комунікації та вираження власних емоцій у музичній формі. Така структура програми дала змогу прослідкувати поступове розширення творчих і соціально-комунікативних можливостей реабілітантів, що було підтверджено результатами анкетування.

Розроблена та апробована музикотерапевтична програма продемонструвала ефективність у поступовому залученні реабілітантів до активної творчої діяльності, посиленні їх емоційної відкритості, та групової взаємодії. Завдяки поєднанню ритмічних вправ, імпровізацій, музичного діалогу й техніки live-looping, учасники отримали досвід самовираження, взаємної підтримки та конструктивної комунікації, що стало підґрунтям для зниження психоемоційної напруги та формування відчуття спільності. У більш детальному вигляді програму представлено у додатку В.

### 3.2. Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження ефективності застосування музикотерапії в реабілітації осіб із наркотичною залежністю проводилося у форматі міжінституційної навчально-реабілітаційної групи. До участі були залучені реабілітанти з кількох державних і недержавних центрів соціально-психологічної допомоги, які на момент дослідження проходили програму психосоціальної підтримки. Такий формат забезпечив різноманітність досвіду учасників і дав змогу оцінити універсальність музикотерапевтичної програми в умовах різних реабілітаційних практик.

Метою емпіричного етапу була оцінка впливу короткої музикотерапевтичної програми (чотири групові заняття) на емоційний стан, рівень внутрішньої напруги, групову взаємодію та загальне самопочуття осіб із наркотичною залежністю.

У дослідженні взяли участь 10 реабілітантів віком від 19 до 56 років. До участі включалися особи, які перебували у відносно стабільному психоемоційному стані, мали досвід участі в груповій роботі та надали добровільну згоду на участь у програмі. Дані збиралися анонімно, без фіксації персональних даних, що могли б ідентифікувати учасників.

Дослідження складалося з кількох послідовних етапів.

Перший – підготовчий. На цьому етапі було:

- сформульовано структуру програми з чотирьох музикотерапевтичних занять;
- розроблено діагностичні анкети (Анкета А та Анкета В) для фіксації динаміки переживань;
- підготовлено музичний інструментарій та технічне обладнання (перкусійні та мелодичні інструменти, синтезатор, лупер, мікрофони, ефекти);
- узгоджено умови проведення занять із залученими центрами та

дотримання етичних вимог (добровільність участі, конфіденційність, безпечний формат взаємодії).

Другим етапом було проведення музикотерапевтичної програми.

Програма складалася з чотирьох групових музикотерапевтичних занять. Заняття включали вправи ритмічної синхронізації, взаємної музичної відповіді, створення «музичної хвилі», групової імпровізації, а також ключовий елемент – створення спільної композиції за допомогою лупера, коли кожний учасник додавав свій звук як окремий шар. Такий формат сприяв формуванню відчуття єдності, координації дій, переживанню досвіду колективної творчості та підсилював мотивацію до участі.

Третій етап дослідження – анкетування.

Вибір вправ і структура програми ґрунтувалися на ключових принципах активної та інтегративної музикотерапії. Елементи ритмічної синхронізації були включені для формування групового згуртування та регуляції темпоритму взаємодії. Вправи взаємної музичної відповіді та імпровізації забезпечували емоційну експресію та розвиток навичок слухання одне одного. Використання лупера мало на меті поступове залучення учасників, створення відчуття контролю над власним творчим внеском і переживання «ефекту успіху», що підсилює внутрішню мотивацію.

Для оцінки суб'єктивних змін було проведено два анкетування:

- перше анкетування – після першого заняття (оцінка вступної взаємодії та первинного досвіду участі у музикотерапевтичній сесії);
- друге анкетування – після завершення четвертого заняття (оцінка динаміки переживань і ставлення до програми).

Анкетування фіксувало емоційний стан, відчуття творчої свободи, рівень групової згуртованості, відкритість у спілкуванні, а також особисті враження від процесу спільного музикування та роботи з лупером. Анкети були розроблені відповідно до t-критерію Стюарта, що забезпечує їх змістовну валідність та відповідність заявленим цілям дослідження. Формулювання

запитань ґрунтувалися на реальних переживаннях учасників під час групової взаємодії, що підвищує надійність отриманих самооцінних даних у контексті малої вибірки.

Четвертий етап – аналіз та інтерпретація результатів.

На цьому етапі здійснювалися:

- порівняльний аналіз змін показників між першим і другим анкетуванням;
- якісний аналіз відкритих відповідей;
- інтерпретація результатів з урахуванням спостережень за поведінкою учасників під час групових занять;
- узагальнення даних для формулювання висновків щодо ефективності програми.

У роботі використано такі методи дослідження:

- анкетування (два етапи – після першого та після четвертого заняття);
- педагогічне та психологічне спостереження;
- порівняльно-аналітичний підхід (аналіз динаміки показників упродовж програми);
- якісний аналіз висловлювань і реакцій учасників;
- метод узагальнення для формулювання підсумкових висновків.

Дослідження ґрунтувалося на принципах добровільності участі, анонімності, конфіденційності, поваги до особистості, недопущення будь-якої форми стигматизації та відсутності ризику для фізичного й психічного здоров'я учасників.

Методика обробки результатів анкетування.

Для кількісної обробки результатів анкетування середній бал для кожного питання визначався шляхом обчислення середнього арифметичного всіх відповідей десяти учасників. Варіанти відповідей у першому анкетуванні мали шкалу від 1 до 5 (1 – «так», 2 – «скоріше так», 3 – «важко сказати», 4 – «скоріше ні», 5 – «ні»). Усі відповіді переводилися у числовий формат,

підсумовувалися та ділилися на загальну кількість респондентів. Отримані результати округлювалися до одного знака після коми для полегшення інтерпретації.

Окрім середнього значення, для кожного питання визначався відсоток позитивних відповідей, що включав варіанти «так» і «скоріше так». Підрахунок відсотка позитивних відповідей дозволив оцінити частотний розподіл реакцій учасників і виявити загальні тенденції групових переживань. Такий підхід є типовим для описової статистики у соціально-психологічних дослідженнях і підвищує точність інтерпретації результатів.

Таким чином, середній бал відображає загальну тенденцію групової відповіді:

- значення, близькі до 1,0–1,5, свідчать про високий рівень позитивних переживань;
- значення 1,6–2,5 – про помірну або неоднорідну реакцію;
- значення вище 2,5 – про відсутність вираженого ефекту або переважання нейтральних/негативних відповідей.

Водночас високий відсоток позитивних відповідей (понад 70–80 %) підтверджує стабільність позитивної динаміки у вибірці, оскільки засвідчує, що більшість учасників переживали схожі емоційні та соціальні ефекти після музикотерапевтичних занять.

Таким чином, організація емпіричного дослідження забезпечила послідовне та валідне оцінювання впливу музикотерапевтичної програми на учасників, поєднавши різнотипні методи збору даних: анкетування, спостереження, якісний аналіз висловлювань та порівняльну інтерпретацію результатів. Залучення реабілітантів із різних центрів підвищило різноманітність вибірки, а поетапна структура – від підготовки до інтегрованого аналізу – дозволила зафіксувати зміни у переживаннях, груповій взаємодії та ставленні до музичної активності. Використання двох анкет, розроблених відповідно до t-критерію Стюарта, дало можливість

простежити динаміку показників і підвищити змістову надійність результатів. Дотримання етичних вимог та застосування статистичних і якісних процедур забезпечили коректність і достовірність емпіричних висновків.

### **3.3. Аналіз, інтерпретація результатів експериментальної роботи та методичні рекомендації**

Проаналізуємо результати двох етапів анкетування, що дало змогу оцінити зміни в емоційному стані, рівні взаємодії, творчій активності та соціальній відкритості учасників у процесі виконання музикотерапевтичної програми.

У дослідженні брали участь 10 осіб (А–J): 7 чоловіків, 3 жінки. Віковий розподіл: 41–55 років – 4 особи, 25–40 – 4, до 25 – 1, старше 56 – 1. Отже, бачимо переважання групи 25–55 років.

Попередній досвід участі у музикотерапії: «немає» – 6 осіб, «так, багато разів» – 3, «так, 1-3 рази» – 1. Отже, досвід вибірки був незначним: 6 учасників не мали досвіду, 4 – мали епізодичний або регулярний.

Таким чином, вибірка є різномірною, що дозволило простежити вплив програми на учасників із різним рівнем підготовленості.

Було присвоєно числові значення відповідям: (1 – «так», 2 – «скоріше так», 3 – «важко сказати», 4 – «скоріше ні», 5 – «ні»); показник «позитивні відповіді» = частка 1–2. Із цих показників було виведено середні бали позитивних чи негативних відповідей кожного питання у вибірці.

Розглянемо питання що використовувались для першого збору даних – Анкета А (Додаток А). Крім того, далі наведено відсоток позитивних відповідей та середній бал кожного питання у вибірці.

1. Емоційний стан і саморегуляція. Цей блок відображає зміни у внутрішньому стані учасників після першого заняття.

– Q1. Після заняття я відчуваюся більш спокійно – 100% позитивних відповідей, середній бал 1,20.

– Q9. Після заняття мій настрій став кращим – 100% позитивних відповідей, середній бал 1,00.

Інтерпретація. Обидва показники демонструють виражений ефект емоційної стабілізації. Усі учасники відзначили зниження напруги та покращення настрою, що відповідає очікуваному впливу музики на емоційний стан.

2. Творча активність і самовираження. Питання цієї групи оцінюють здатність учасників генерувати ідеї, виражати емоції та відчувати творчу свободу.

– Q2. З'являлися несподівані музичні ідеї – 70% позитивних, середній бал 1,90.

– Q3. Відчував(-ла) свободу у діях та звуках – 80% позитивних, середній бал 1,50.

– Q4. Вдалося виразити емоції через музику – 80% позитивних, середній бал 1,80.

Інтерпретація. Переважають позитивні реакції. Хоч окремі учасники відчували невпевненість, більшість уже на першому занятті демонструвала готовність до імпровізації та емоційного самовираження.

3. Групова взаємодія. Оцінюється відчуття єдності, синхронізації та залучення в груповий процес.

– Q5. Відчував(-ла) взаємодію з іншими – 100% позитивних, середній бал 1,30.

– Q6. У групі вдалося створити спільну музичну картину – 80% позитивних, середній бал 1,60.

Інтерпретація. Усі учасники відзначили відчуття взаємодії, що підтверджує ефективність ритмічних та імпровізаційних вправ. Створення спільної звукової структури стало важливим елементом групового досвіду.

4. Сенсомоторна залученість.

– Q7. Гра допомогла краще відчувати рухи рук/пальців (вібрації, дотик)

– 90% позитивних, середній бал 1,20.

Інтерпретація. Високий рівень тілесної залученості є характерним ефектом перкусійних та інструментальних вправ. Це також сприяє «заземленню» і відчуттю контролю над власним тілом.

5. Комунікативна відкритість.

– Q8. Почуваюся більш відкритим(-ою) у спілкуванні – 70% позитивних, середній бал 1,70.

Інтерпретація. Уже на першому занятті майже три чверті учасників відзначили зростання відкритості, що є раннім маркером формування безпечного групового простору.

6. Загальна мотивація до участі.

– Q10. Хочу брати участь у таких заняттях ще – 100% позитивних, середній бал 1,60.

Високий рівень мотивації підтверджує прийняття формату занять та внутрішню готовність учасників продовжувати музикування.

Емоційний стан і саморегуляція. Найвищі показники в пунктах Q1 (спокій) та Q9 (покращення настрою) – по 100% позитивних. Це узгоджується з очікуваним ефектом рецептивних та активних форматів музикотерапії на емоційну сферу.

Групова взаємодія. Q5 (взаємодія) і Q6 (спільна «музична картина») демонструють відповідно 100% та 80% позитивних відповідей – для групової імпровізації це ключовий маркер успішності (спільний ритм, рольова черговість, слухання одне одного).

Сенсомоторна залученість. Q7 має 90% позитивних відповідей – інструментальна активність (ударні/перкусія, калімба, ксилофон) добре «заземлює» через дотик, вібрацію й рух.

Творча активність і самовираження. Q3 (свобода) та Q4 (вираження емоцій) – 80% позитивних; Q2 (ідеї) – 70%. Це типово для інтегративної музикотерапії з елементами імпровізації і лупінгу: не всі учасники одразу

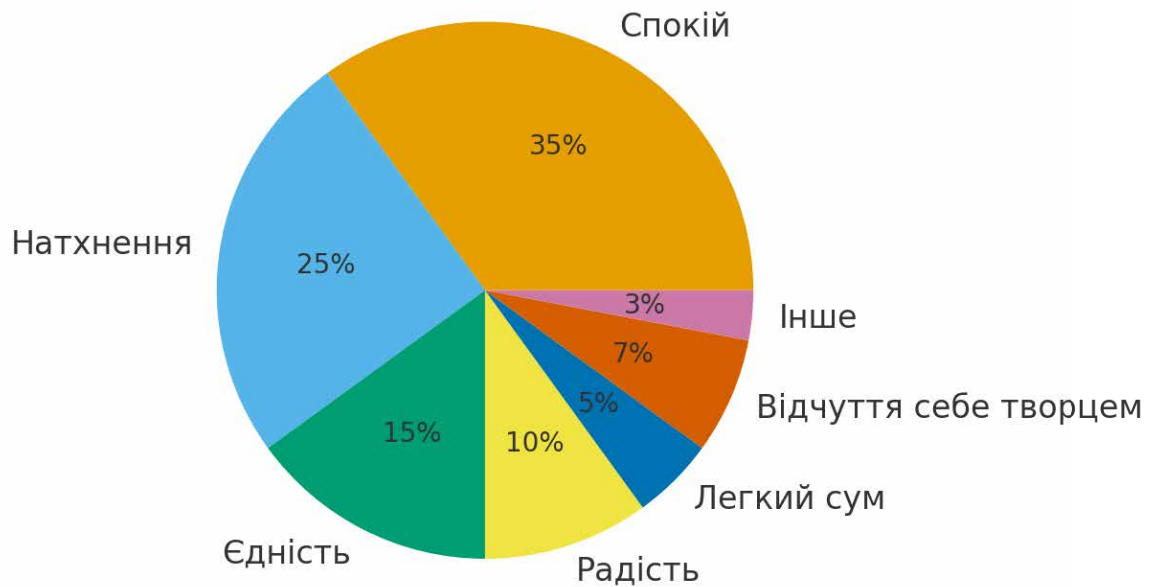
входять у вільний творчий режим, але більшість повідомляє про відчуття свободи та появу ідей.

Комунікативна відкритість. Q8 («відкритість у спілкуванні») має 70 % позитивних відповідей, середній бал 1,70. Це свідчить про формування безпечної атмосфери групової взаємодії, яка є необхідною умовою для подальшої емоційної роботи та творчого самовираження.

Загальна мотивація до участі. Q10 – 100% позитивних відповідей: груповий формат із лупером і поступовим добудовуванням шару звуків очевидно підвищив залученість і готовність продовжувати.

Якісні відповіді (питання 11, описово).

У відкритих відповідях учасники зазначали комплекс емоційних переживань, які виникали під час та після заняття. Найчастіше згадувалися стани спокою, натхнення, відчуття єдності з групою та радості. Окремі учасники звертали увагу на легкий сум, відчуття доброти, а також на важливий терапевтичний компонент – *відчуття себе творцем*, що є характерним для практик активної музикотерапії та колективного музикування. Якісний аналіз відповідей засвідчує, що переважають позитивні та ресурсні переживання, які відображають емоційну регуляцію та зростання внутрішньої гармонії після участі в сесії.



**Рис. 3.1** Розподіл емоційних станів, зазначених учасниками експерименту у відкритих відповідях першого анкетування

Розглянемо аналіз результатів підсумкового анкетування.

Отримані дані другого анкетування відображають стійкі позитивні результати у сфері психоемоційного стану, соціальної взаємодії та самовираження. Учасники продемонстрували високий рівень задоволення від занять, відчуття гармонії та бажання продовжувати участь у програмі.

У таблиці 3.1 наведено узагальнені результати другого анкетування (1 – позитивна відповідь, 2 – нейтральна, 3 – негативна). До кожного з них включено відповідні питання з анкети, які об'єднані за тематичними блоками: емоційний стан, творче самовираження, групова взаємодія, комунікація та загальна мотивація. Як видно з даних, найбільш позитивні результати отримано у сферах емоційного спокою, взаємодії в групі та загальної задоволеності заняттям.

Таблиця 3.1

**Узагальнені показники другого анкетування щодо результатів  
соціальної реабілітація осіб із наркотичною залежністю засобами  
музикотерапії**

№	Показник	Відповідні питання анкети	Середній бал	Позитивні відповіді (%)	Інтерпретація
1	Відчуття спокою після заняття	1, 2, 11	1,1	90	Стан внутрішньої рівноваги
2	Творча активність і натхнення	3, 4, 13	1,3	80	Підвищення самовираження
3	Взаємодія з іншими учасниками	5, 6, 12	1,2	90	Розвиток групової згуртованості
4	Відкритість у спілкуванні	8	1,5	70	Формування соціальної впевненості
5	Загальна задоволеність і мотивація	7, 9, 10	1,3	90	Позитивне ставлення до процесу терапії

Позитивна динаміка:

- творчі ідеї (+10 %)
- свобода у діях (+10 %)
- створення музичної картини (стабільно високі)
- групова взаємодія (високі на обох етапах)

Незначне зниження:

- «спокій» – з 100 % до 90 % (очікувано: зниження ефекту новизни)
- «сенсомоторика» – з 90 % до 80 % (учасники звикли до інструментів)
- «настрій» – з 100 % до 80 % (нормалізація емоційного тону)

З цього зробити висновок, що зростають саме ті показники, які формуються тренуванням – творчість, свобода, комунікація, взаємодія.

Якісний аналіз відкритих відповідей (питання 14) показав, що учасники найчастіше описували свій стан через позитивні або змішані емоції. Переважали відчуття спокою, натхнення, зацікавленості та емоційної єдності з групою. У декількох відповідях згадувалася легка тривога, яка поступово

переходила в розслаблення, що свідчить про адаптацію та зростання довіри в процесі занять.



**Рис. 3.2. Розподіл емоційних станів учасників експерименту за результатами відкритих відповідей (питання №14)**

Отримані результати свідчать, що емоційна регуляція та взаємодія в групі залишаються стабільно позитивними: понад 80 % учасників повідомили про відчуття спокою, легкості, гармонії та спільності. У більшості відповідей зберігається високий рівень комфорту та задоволення від колективного музикування, а також готовність до продовження занять.

Далі розглянемо порівняльний аналіз результатів двох етапів анкетування.

Для узагальнення динаміки змін показників емоційного стану та групової взаємодії було проведено порівняльний аналіз результатів першого та другого анкетувань. Він підтвердив стабільність позитивного впливу музикотерапії на емоційний стан учасників. Як і під час першого сеансу, усі респонденти продемонстрували високий рівень залученості, відкритості та

спільності. Найпомітніші позитивні зрушення відбулися у показниках творчої свободи (п. 2–3) та відчуття взаємодії (п. 5–6).

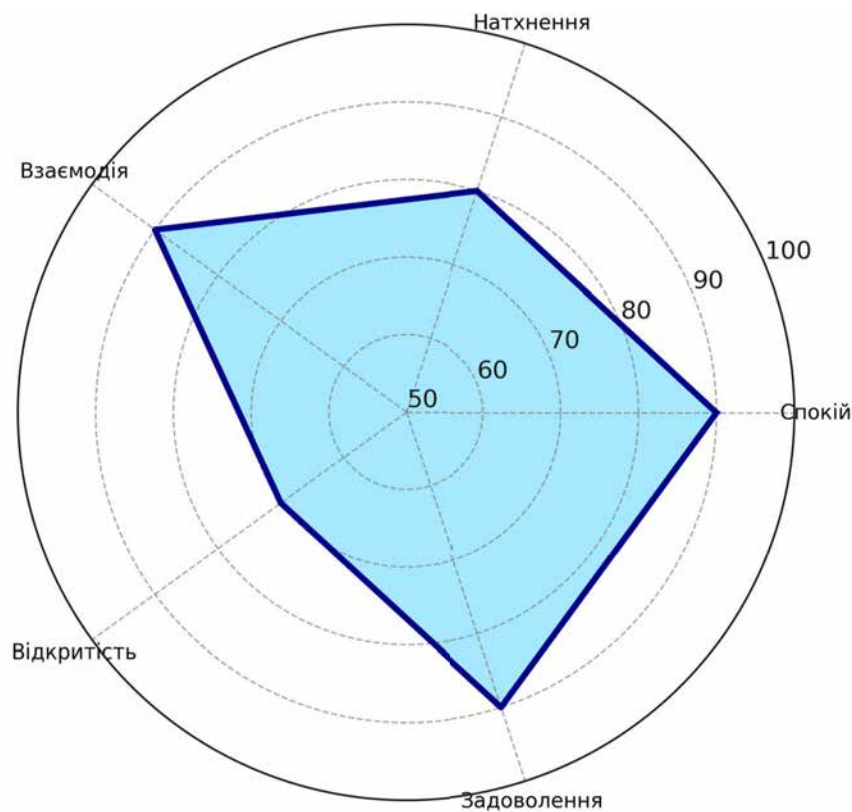
Таблиця 3.2

**Динаміка змін показників після першого та другого анкетувань у рамках соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю засобами музикотерапії**

№	Зміст питання (скорочено)	Середній бал (1-ше)	Середній бал (2-ге)	Позитивн і відповіді % (1-ше)	Позитивн і відповіді % (2-ге)	Тенденція
1	Відчуття спокою після заняття	1,20	1,10	100	90	Стабільно високе
2	Поява нових музичних ідей	1,90	1,30	70	80	Позитивна динаміка
3	Відчуття свободи у діях / звуках	1,50	1,20	80	90	Позитивна динаміка
4	Вираження емоцій через музику	1,80	1,40	80	80	Без змін
5	Взаємодія з іншими учасниками	1,30	1,20	100	90	Стабільно високе
6	Створення спільної музичної картини	1,60	1,30	80	80	Без змін
7	Сенсомоторна залученість (дотик, вібрація)	1,20	1,40	90	80	Незначне зниження
8	Відкритість у спілкуванні	1,70	1,50	70	70	Без змін
9	Покращення настрою	1,00	1,30	100	80	Незначне зниження
10	Бажання продовжувати заняття	1,60	1,30	100	80	Незначне зниження

Учасники відзначали, що повторна участь у сеансі дозволила їм глибше зрозуміти власні емоції, синхронізуватися з групою та сприймати музику як простір діалогу. Позитивний ефект проявився не лише у сфері емоційної регуляції, а й у розвитку комунікативних навичок і соціальної адаптації.

Таким чином, повторне проведення музикотерапевтичних занять підтвердило стабілізуючий і розвивальний ефект методу, а також показало тенденцію до поступового зростання емоційної виразності, довіри та згуртованості групи.



**Рис. 3.3. Емоційний профіль учасників експерименту після проходження програми музикотерапії (масштаб 50–100 %)**

Експериментальні результати засвідчили стійкий короткостроковий позитивний вплив музикотерапевтичної програми на учасників: вже після першого заняття було зафіксовано високий рівень емоційного заспокоєння,

покращення настрою, відчуття групової взаємодії та мотивації до подальшої участі, а повторне анкетування підтвердило збереження цих ефектів і зростання творчої свободи, появи нових музичних ідей та соціальної впевненості. Показники, пов'язані з ритмічною взаємодією, створенням спільної «музичної картини» та відчуттям єдності, залишалися стабільно високими, що вказує на значний потенціал групового музикування для формування згуртованості та підтримувального середовища. Незначне зниження окремих показників (спокою, настрою, сенсомоторної новизни) інтерпретується як ефект звикання до формату занять, а не втрата терапевтичного впливу. Загалом, порівняльний аналіз двох етапів анкетування дозволяє зробити висновок, що запропонована програма музикотерапії дієво сприяє емоційній регуляції, розвитку комунікативних навичок і підвищенню суб'єктивного відчуття залученості у процес реабілітації.

### **Висновки до третього розділу**

Проведене емпіричне дослідження показало, що апробована короткострокова програма музикотерапії (чотири групові заняття з елементами ритмічної синхронізації, групової імпровізації та live-looping) є методично здійсненою в умовах міжінституційної реабілітаційної групи та добре сприймається реабілітантами з різним попереднім досвідом участі у подібних заходах.

Результати двох етапів анкетування засвідчили виражений позитивний вплив програми на емоційний стан учасників: уже після першого заняття всі респонденти відзначили зниження внутрішньої напруги та покращення настрою, а після завершення програми зберігалися високі показники відчуття спокою, гармонії й задоволеності заняттями. Суттєве підвищення зафіксовано в показниках творчої активності та свободи самовираження, що свідчить про розвиток здатності використовувати музику як безпечний канал емоційної експресії.

Стабільно високими залишалися показники групової взаємодії та створення спільної музичної картини, що вказує на зміцнення почуття єдності, взаємної підтримки та довіри в групі. Зростання відкритості у спілкуванні й активізація рефлексії під час обговорень підтверджують позитивні зміни в комунікативній та соціально-психологічній сферах реабілітантів.

Порівняльний аналіз першого та другого анкетувань показав, що найбільшою мірою зростають саме ті показники, які формуються через тренування – творчі ідеї, свобода дій, комунікація та партнерська взаємодія. Незначне зниження окремих емоційних індикаторів (ефект новизни, сенсомоторна насиченість) можна розглядати як нормалізацію емоційного фону на тлі загального збереження позитивної динаміки.

Отже, результати дослідження дають підстави розглядати запропоновану програму музикотерапії як ефективний засіб психоемоційної підтримки та соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю, що може бути інтегрований у практику реабілітаційних центрів і програм психосоціального супроводу. Водночас подальші дослідження потребують розширення вибірки, збільшення тривалості програми та залучення контрольних груп.

## ВИСНОВКИ

У магістерській кваліфікаційній роботі теоретично обґрунтовано й емпірично перевірено ефективність музикотерапії як засобу соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю. Отримані результати дозволяють сформулювати такі висновки:

1. Проаналізовано соціальні та психологічні чинники, що зумовлюють формування наркотичної залежності. Описано фактори її формування, соціальні та психологічні механізми підтримання адиктивної поведінки, особливості емоційної та соціальної дезадаптації залежних осіб. Визначено, що ефективна реабілітація потребує інтегрованого підходу, який поєднує соціальні, медичні, психологічні та соціальні методи роботи, а також включає творчі й культурно-орієнтовані практики.

2. Узагальнено теоретичні засади та сучасні підходи до соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю. Показано, що музикотерапія здатна впливати на емоційно-вольову сферу, когнітивні процеси, міжособистісну взаємодію та тілесно-сенсорний досвід реабілітантів. На основі опрацьованої літератури систематизовано активні, рецептивні й інтегративні форми музикотерапії, а також механізми їх терапевтичної дії: ритмічна синхронізація, катарсис, емоційна експресія, комунікативна взаємодія, тілесне «заземлення», ефект спільної творчості.

3. Розроблено та впроваджено музикотерапевтичну програму у процес соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю. Програма складається з чотирьох послідовно ускладнених групових занять, що включають ритмічну синхронізацію, групові імпровізаційні практики, музичні діалоги та створення спільних композицій за допомогою live-looping техніки. Вибір вправ забезпечував поєднання емоційної експресії, сенсорного досвіду, групової взаємодії та творчої активності реабілітантів.

4. Проаналізовано результати впровадження музикотерапевтичної програми у процес соціальної реабілітації осіб із наркотичною залежністю. У

межах міжінституційної групи проведено апробацію програми та здійснено аналіз змін у стані 10 реабілітантів на основі анкетування та спостережень. Результати засвідчили виражене покращення емоційного стану (зниження напруги, підвищення настрою та відчуття спокою), зростання творчої свободи, появу нових музичних ідей, зміцнення групової взаємодії та комунікативної відкритості. Учасники відзначали переживання натхнення, єдності, зацікавлення та досвід «відчуття себе творцем». Порівняльний аналіз засвідчив сталу позитивну динаміку ключових психологічних показників. Встановлено практичну значущість програми музикотерапії. Розроблений підхід може бути інтегрований у діяльність реабілітаційних центрів, соціальних служб, програм психосоціального супроводу та груп взаємодопомоги. Структура занять, зібрані методичні матеріали й інструментарій анкетування можуть використовуватися у подальших реабілітаційних, корекційних та дослідницьких практиках.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Благодійна організація “100% Life”. Річний звіт 2024 року. *100% Life*. Київ. 2024. [Електронний ресурс]. URL: [https://network.org.ua/wp-content/uploads/2025/06/web\\_UA\\_report-100life\\_2024.pdf](https://network.org.ua/wp-content/uploads/2025/06/web_UA_report-100life_2024.pdf) (дата звернення: 01.11.2025).
2. Галич Я. В. Особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. *Юридична психологія*. Київ. 2022. 1 (30). с. 64-77. URL: <https://psychped.navs.edu.ua/index.php/psychped/article/view/1505> (дата звернення: 21.10.2025).
3. Залежність від психоактивних речовин. *Центр громадського здоров'я МОЗ України*. [Електронний ресурс]. Київ. 2024. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin> (дата звернення: 01.11.2025).
4. Капська А. Й., Завацька Л. М., Грищенко С. В. Технології соціальної роботи в зарубіжних країнах. Навчальний посібник. Слово. Київ. 2011. 248 с. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi79/0059464.pdf> (дата звернення: 15.03.2025).
5. Литвинчук Л. М. Застосування методів музикотерапії як метод підвищення адаптаційної здатності організму осіб, хворих на наркоманію. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Київ. 2015. 11(13). с. 79-88.. URL: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v11/i13/11.pdf> (дата звернення: 15.03.2025).
6. Львов О. О. Музикотерапія як напрямок: історія, розвиток, перспективи, техніки. *ResearchGate*. 2019. 12. 14 с. URL: [https://www.researchgate.net/publication/334593943\\_Muzikoterapia\\_ak\\_napravok\\_k\\_istoria\\_rozvitok\\_perspektivi\\_tehniki](https://www.researchgate.net/publication/334593943_Muzikoterapia_ak_napravok_k_istoria_rozvitok_perspektivi_tehniki) (дата звернення: 02.10.2025).
7. Музикотерапія в боротьбі із залежностями. *Центр-Статус: офіц. сайт*. Біла Церква. 2024. [Електронний ресурс] URL: <https://www.centr->

status.com.ua/novini-czentru/muzykoterapiya-v-borotbi-iz-zalezhnostyamy/ (дата звернення: 12.10.2025).

8. Наркополітика у світі та в Україні. Сучасні підходи до лікування наркозалежності. *Офіційний сайт «Центру громадського здоров'я МОЗ України»*. 02.02.2023. URL: <https://phc.org.ua/news/narkopolitika-u-sviti-ta-v-ukraini-suchasni-pidkhodi-do-likuvannya-narkozalezhnosti> (дата звернення: 15.03.2025).

9. Національний звіт щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні 2025 (за даними 2024 року). Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. Київ, 2025. 275 с. URL: <https://phc.org.ua/news/oprilyudneno-zvit-pro-narkotichnu-ta-alkogolnu-situaciyu-v-ukraini-za-danimi-2024-roku> (дата звернення: 27.10.2025).

10. Подолян В. Підліткова наркоманія в Україні: соціальний та психологічний аспекти. *Сімейна Медицина*, Вінниця. 2021. (2-3), с. 20–23. URL: <https://doi.org/10.30841/2307-5112.2-3.2021.240759> (дата звернення: 15.10.2025).

11. Соловійов В. А Катарсис як ефект впливу музичного твору *The Author*. 2018. 5. 2(20). с. 98-102. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/414096.pdf> (дата звернення: 02.11.2025).

12. Чернецька Ю. Теорія і практика соціально-педагогічної роботи з ресоціалізації наркозалежних в умовах реабілітаційних центрів : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.05. Старобільськ, 2016. 522 с. URL: [http://luguniv.edu.ua/wp-content/uploads/2016/06/chernetska\\_d.pdf](http://luguniv.edu.ua/wp-content/uploads/2016/06/chernetska_d.pdf). (дата звернення: 29.10.2025).

13. Щербина, С., Новак , Т., Гноевой, Ю. Соціальна робота з ресоціалізації наркозалежних осіб в умовах реабілітаційних центрів. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота»*.

2025. (1(56), 278–283. URL: <https://doi.org/10.24144/2524-0609.2025.56.278-283> (дата звернення: 29.10.2025).

14. Alcoholics Anonymous World Services. *Alcoholics Anonymous: The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism* (4th ed.) *Alcoholics Anonymous World Services*. New York. 2001. 575 p. URL: <https://www.aa.org/the-big-book> (дата звернення: 15.10.2025).

15. Aletraris L. Paino M., Edmond M., Roman P., Bride B. The Use of Art and Music Therapy in Substance Abuse Treatment Programs. *Journal of Addictions Nursing*. 2014. 25(4). 190-196 p. URL: [https://www.researchgate.net/publication/269773749\\_The\\_Use\\_of\\_Art\\_and\\_Music\\_Therapy\\_in\\_Substance\\_Abuse\\_Treatment\\_Programs](https://www.researchgate.net/publication/269773749_The_Use_of_Art_and_Music_Therapy_in_Substance_Abuse_Treatment_Programs) (дата звернення: 12.10.2025).

16. Alsubaie S. Psychosocial Life Aspects among Substance Misuse Clients who are at Rehabilitation Phase: A Narrative Review. *HPR*. 2023, 11(1), 1. URL: <https://doi.org/10.52965/001c.66174> (дата звернення: 21.10.2025).

17. Belfiore C., Galofaro V., Cotroneo D., Lopis A., Tringali I., Denaro V., & Casu M. A Multi-Level Analysis of Biological, Social, and Psychological Determinants of Substance Use Disorder and Co-Occurring Mental Health Outcomes. *Psychoactives*. 2024. No. 3(2). P. 194-214. URL: <https://doi.org/10.3390/psychoactives3020013> (дата звернення: 15.10.2025).

18. Bruscia K. E. A Survey of Treatment Procedures in Improvisational Music Therapy. *Psychology of Music*. 1988. 16(1). 10-24. URL: [https://www.researchgate.net/publication/247733271\\_A\\_Survey\\_of\\_Treatment\\_Procedures\\_in\\_Improvisational\\_Music\\_Therapy](https://www.researchgate.net/publication/247733271_A_Survey_of_Treatment_Procedures_in_Improvisational_Music_Therapy) (дата звернення: 11.10.2025).

19. Burlaka J., Johnson R. M., Marsack-Topolewski C. N., Hughesdon K., Owczarzak J., Serdiuk O., Bogdanov R., Burlaka V. Association Between Current Substance Use, Healthy Behaviors, and Depression Among Ukrainian College Students. *Int. J. Environ. Res Public Health*. 2024. 21(5). 586. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph21050586> (дата звернення: 20.10.2025).

20. Cook C. C. H. The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: Miracle, Method or Myth? Part II: Evidence and Conclusions. *British Journal of Addiction*. 1988. 83(7), 735–748. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb00505.x> (дата звернення: 03.11.2025).
21. Cook, C. C. H. The Minnesota Model in the Management of Drug and Alcohol Dependency: Miracle, Method or Myth? Part I: The Philosophy and the Program. *British Journal of Addiction*, 1988, 83(6), 625–634. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1988.tb02591.x> (дата звернення: 02.11.2025).
22. Crouch S. J. A Review of Group Singing and Social Cohesion: Recommendations for Assessing Social Cohesion in Utah’s Youth. *University of Utah, Utah Women’s Health Review*. 2024. 11. 6 p. URL: <https://uwhr.utah.edu/a-review-of-group-singing-and-social-cohesion-recommendations-for-assessing-social-cohesion-in-utahs-youth/> (дата звернення: 11.10.2025).
23. De Leon G. (2000). *The therapeutic community: Theory, model, and method*. Springer Publishing Company. New York. 2000. 472 p.
24. Dickerson D, Robichaud F, Teruya C, Nagaran K, Hser YI. Utilizing drumming for American Indians/Alaska Natives with substance use disorders: a focus group study. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2012. 38(5). 505-510. URL: [https://www.researchgate.net/publication/230761121\\_Utilizing\\_Drumming\\_for\\_American\\_IndiansAlaska\\_Natives\\_with\\_Substance\\_Use\\_Disorders\\_A\\_Focus\\_Group\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/230761121_Utilizing_Drumming_for_American_IndiansAlaska_Natives_with_Substance_Use_Disorders_A_Focus_Group_Study) (дата звернення: 12.10.2025).
25. Dimitriadis T. *Defining Music Therapy (3rd Edition)*, Kenneth Bruscia. *Approaches: An Interdisciplinary Journal of Music Therapy*. 2016. 10 (2). 10.56883. URL: [https://www.researchgate.net/publication/380626394\\_Defining\\_Music\\_Therapy\\_3rd\\_Edition\\_Kenneth\\_Bruscia](https://www.researchgate.net/publication/380626394_Defining_Music_Therapy_3rd_Edition_Kenneth_Bruscia) (дата звернення: 11.10.2025).
26. Dingle GA, Gleadhill L, Baker FA. Can music therapy engage patients in group cognitive behaviour therapy for substance abuse treatment? *Drug Alcohol Rev*. 2008. 27(2). 190-196. URL:

[https://www.researchgate.net/publication/5586997\\_Can\\_music\\_therapy\\_engage\\_patients\\_in\\_group\\_cognitive\\_behaviour\\_therapy\\_for\\_substance\\_abuse\\_treatment](https://www.researchgate.net/publication/5586997_Can_music_therapy_engage_patients_in_group_cognitive_behaviour_therapy_for_substance_abuse_treatment) (дата звернення: 12.10.2025).

27. Ediz Ç., Uzun S., Erdaş M., Psychosocial Dimension of Substance Use Disorder The Journal for Nurse Practitioners. 2024. Vol. 20, 1, 104826. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1555415523003288> (дата звернення: 17.10.2025).

28. Erkkilä, J., Brabant, O., Saarikallio, S. et al. Enhancing the efficacy of integrative improvisational music therapy in the treatment of depression: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2019. 20(244) URL: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-019-3323-6> (дата звернення: 01.11.2025).

29. Ghetti C., Chen X., Fachner J., Gold C. Music therapy for people with substance use disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017. Issue 3. Art. No.: CD012576. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6472527/> (дата звернення: 15.03.2025).

30. Good A. & Russo F. Changes in mood, oxytocin, and cortisol following group and individual singing: A pilot study. *Psychology of Music*. 2021. 50(4). 030573562110426. URL: [https://www.researchgate.net/publication/355608127\\_Changes\\_in\\_mood\\_oxytocin\\_and\\_cortisol\\_following\\_group\\_and\\_individual\\_singing\\_A\\_pilot\\_study](https://www.researchgate.net/publication/355608127_Changes_in_mood_oxytocin_and_cortisol_following_group_and_individual_singing_A_pilot_study) (дата звернення: 11.10.2025).

31. Hohmann L, Bradt J, Stegemann T, Koelsch S. Effects of music therapy and music-based interventions in the treatment of substance use disorders: A systematic review. *PLoS One*. 2017. 12(11). e0187363. URL: [https://pdfs.semanticscholar.org/1e84/2f48c222408af33f9f049ed9a04c18f6f95c.pdf?\\_gl=1\\*1yed1hf\\*\\_gcl\\_au\\*NTI1OTkzNDM3LjE3NjMwODk4Mjc.\\*\\_ga\\*MTgxNjk0ODIyOS4xNzYzMDg5ODI3\\*\\_ga\\_H7P4ZT52H5\\*czE3NjMwODk4MjYkbzEkZzAkdDE3NjMwODk4MjckajU5JGwwJGgw](https://pdfs.semanticscholar.org/1e84/2f48c222408af33f9f049ed9a04c18f6f95c.pdf?_gl=1*1yed1hf*_gcl_au*NTI1OTkzNDM3LjE3NjMwODk4Mjc.*_ga*MTgxNjk0ODIyOS4xNzYzMDg5ODI3*_ga_H7P4ZT52H5*czE3NjMwODk4MjYkbzEkZzAkdDE3NjMwODk4MjckajU5JGwwJGgw) (дата звернення: 02.11.2025).

32. Huron D. Sweet Anticipation: Music and the Psychology of Expectation. MIT Press. Cambridge, MA. 2006. 462 p. URL: <https://direct.mit.edu/books/monograph/1961/Sweet-AnticipationMusic-and-the-Psychology-of> (дата звернення: 12.10.2025).

33. International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: revised edition incorporating results of field-testing. United Nations Office on Drugs and Crime, World Health Organization. Vienna. 2020. P. 95 URL: <https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders> (дата звернення: 21.10.2025).

34. Kaiser AP, Berntsen D. The cognitive characteristics of music-evoked autobiographical memories: Evidence from a systematic review of clinical investigations. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*. 2023. 14(3). e1627. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36223919/> (дата звернення: 11.10.2025).

35. Kelly J. & White W. L. Broadening the Base of Addiction Mutual-Help Organizations. *Journal of Groups in Addiction & Recovery*. 2012. 7(2-4). 82-101. URL: [https://www.researchgate.net/publication/272121638\\_Broadening\\_the\\_Base\\_of\\_Addiction\\_Mutual-Help\\_Organizations](https://www.researchgate.net/publication/272121638_Broadening_the_Base_of_Addiction_Mutual-Help_Organizations) (дата звернення: 03.11.2025).

36. Koelsch S. Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Rev Neurosci*. 2014. 15(3). 170-180. URL: [https://stefan-koelsch.de/papers/koelsch\\_2014\\_brain\\_music\\_emotion.pdf](https://stefan-koelsch.de/papers/koelsch_2014_brain_music_emotion.pdf) (дата звернення: 11.10.2025).

37. Kreutz G., Bongard S., Rohrmann S. et al. Effects of Choir Singing or Listening on Secretory Immunoglobulin A, Cortisol, and Emotional State. *J Behav Med*. 27. 623–635 (2004). URL: [https://www.researchgate.net/publication/8063178\\_Effects\\_of\\_Choir\\_Singing\\_or\\_Listening\\_on\\_Secretory\\_Immunoglobulin\\_A\\_Cortisol\\_and\\_Emotional\\_State](https://www.researchgate.net/publication/8063178_Effects_of_Choir_Singing_or_Listening_on_Secretory_Immunoglobulin_A_Cortisol_and_Emotional_State) (дата звернення: 12.10.2025).

38. Li K., Weng L., Wang X., The State of Music Therapy Studies in the Past 20 Years: A Bibliometric Analysis. *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12, 697726. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.697726> (дата звернення: 01.10.2025).
39. Liu Yangyang. Music therapy in the treatment of drug addiction. *Journal of Clinical and Medical Images Case Reports*. 2024. 4(6). 1762. URL: [https://www.researchgate.net/publication/389769079\\_Music\\_therapy\\_in\\_the\\_treatment\\_of\\_drug\\_addiction](https://www.researchgate.net/publication/389769079_Music_therapy_in_the_treatment_of_drug_addiction) (дата звернення: 15.03.2025).
40. Lozon J., Bensimon M. A qualitative inquiry into music consumption at drug treatment centers with and without music therapy sessions – challenges, dangers, and successes. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*. 2025. 172. 209641. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2949875925000207> (дата звернення: 12.10.2025).
41. Lynch KA, Emard N, Liou KT, Popkin K, Borten M, Nwodim O, Atkinson TM, Mao JJ. Patient Perspectives on Active vs. Passive Music Therapy for Cancer in the Inpatient Setting: A Qualitative Analysis. *J Pain Symptom Management*. 2021. 62(1). P. 58–65. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8131401/> (дата звернення: 02.10.2025).
42. Mastnak, W. Music therapy: scientific perspectives and clinical prospects. *Proceedings of the European Academy of Sciences and Arts*, 2023. 2(1). 4081. 20 p. URL: [https://www.researchgate.net/publication/378110463\\_Music\\_therapy\\_scientific\\_perspectives\\_and\\_clinical\\_prospects](https://www.researchgate.net/publication/378110463_Music_therapy_scientific_perspectives_and_clinical_prospects) (дата звернення: 01.10.2025).
43. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. World Health Organization. Geneva. 2023. P. 95 URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240084278> (дата звернення: 21.10.2025).

44. Parast L, Tucker JS, Pedersen ER, Klein D. Utilization and Perceptions of Drop-in Center Services Among Youth Experiencing Homelessness. *J Behav Health Serv Res*. 2019. 46(2). P.: 234-248. URL: doi: 10.1007/s11414-018-9632-9 (дата звернення: 01.11.2025).
45. SMART Recovery. What is SMART Recovery [Електронний ресурс]. Mentor, OH. *SMART Recovery*. 2024. URL: <https://www.smartrecovery.org/what-is-smart-recovery> (дата звернення: 15.10.2025).
46. Salimpoor VN, Benovoy M, Larcher K, Dagher A, Zatorre RJ. Anatomically distinct dopamine release during anticipation and experience of peak emotion to music. *Nature Neuroscience*. 2011. 14(2). 257-262. URL: [https://www.academia.edu/5008150/Anatomically\\_distinct\\_dopamine\\_release\\_during\\_anticipation\\_and\\_experience\\_of\\_peak\\_emotion\\_to\\_music](https://www.academia.edu/5008150/Anatomically_distinct_dopamine_release_during_anticipation_and_experience_of_peak_emotion_to_music) (дата звернення: 11.10.2025).
47. Schneider L, Gossé L, Montgomery M, Wehmeier M, Villringer A, Fritz TH. Components of Active Music Interventions in Therapeutic Settings-Present and Future Applications. *Brain Sci*. 2022. 12(5). 622. URL: <https://www.mdpi.com/2076-3425/12/5/622> (дата звернення: 01.10.2025).
48. Shydelko A., Mayorchak N., Bamburak N., & Holovach T. Social and Psychological Rehabilitation of People Addicted to Psychoactive Substances: Research Results. *BRAIN*. 2022. No. 13(1), P. 387-419. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/13.1/290> (дата звернення: 15.10.2025).
49. Silverman M. The Use of Lyric Analysis Interventions in Contemporary Psychiatric Music Therapy: Descriptive Results of Songs and Objectives for Clinical Practice. *Music Therapy Perspectives*. 2009. 27(1). 55-61. URL: <https://academic.oup.com/mtp/article-abstract/27/1/55/1179597> (дата звернення: 12.10.2025).

50. Sinu E. Psychosocial Rehabilitation Services for Persons with Substance Use Disorder. *Qeios*. 2024. 10. 32388. URL: <https://doi.org/10.32388/3B8Z34> (дата звернення: 29.10.2025).
51. The Minnesota Model of Addiction Treatment. *Hazelden Betty Ford Foundation*. 23.07.2016. [Електронний ресурс] URL: <https://www.hazeldenbettyford.org/articles/the-minnesota-model> (дата звернення: 03.11.2025).
52. United Nations Office on Drugs and Crime; World Health Organization. Principles of Drug Dependence Treatment [Електронний ресурс]. *UNODC*. Vienna. 2008. 31 p. URL: <https://www.unodc.org/documents/drug-treatment/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment-March08.pdf> (дата звернення: 02.11.2025).
53. United States Drug Enforcement Administration. DEA Community Outreach Specialists. *Get Smart About Drugs*. 2024. URL: <https://www.getsmartaboutdrugs.gov/dea-community-outreach-specialists> (дата звернення: 01.11.2025).
54. Winkelman M. Complementary therapy for addiction: "drumming out drugs". *Am J Public Health*. 2003. 93(4). 647-651. URL: [https://www.researchgate.net/publication/10835867\\_Complementary\\_Therapy\\_for\\_Addiction\\_Drumming\\_Out\\_Drugs](https://www.researchgate.net/publication/10835867_Complementary_Therapy_for_Addiction_Drumming_Out_Drugs) (дата звернення: 12.10.2025).
55. Witte M., Aalbers S., Vink A., Friederichs S., Knapen A., Pelgrim T., Lampit A., Baker F. A., Hooren S. Music therapy for the treatment of anxiety: a systematic review with multilevel meta-analyses. *eClinicalMedicine*. 2025. Vol. 84. 103293. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537025002251> (дата звернення: 11.10.2025).
56. World Drug Report 2024. United Nations Office on Drugs and Crime. Vienna. 2024. URL: <https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2024/June/unodc-world-drug->

report-2024\_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html (дата звернення: 27.10.2025).

57. Zemore S. E., Lui C., Mericle A., Hemberg J., Kaskutas L. A longitudinal study of the comparative efficacy of Women for Sobriety, LifeRing, SMART Recovery, and 12-step groups for those with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2018. 88. 18 - 26. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547217304907> (дата звернення: 15.10.2025).

## Додатки

## Додаток А

**Анкета для учасників музикотерапії**

Анкета є анонімною. Відповіді конфіденційні. Тут немає «правильних» або «неправильних» відповідей – важлива лише ваша власна думка.

**Вік:**

- до 25     25–40     41–55     56 і старше

**Стать:**

- Чоловіча     Жіноча

**Чи брали Ви раніше участь у заняттях музикотерапії?**

- Так, багато разів     Так, 1-3 рази     Ні, це мій перший досвід

**Оцініть, будь ласка, свої відчуття після заняття:**

(Оберіть один варіант відповіді)

**1. Після заняття я почуваюся більш спокійно.**

- Так     Скоріше так     Важко сказати     Скоріше ні     Ні

**2. Під час гри в мене з'являлися несподівані музичні ідеї.**

- Так     Скоріше так     Важко сказати     Скоріше ні     Ні

**3. Я відчував(ла) свободу у своїх діях та звуках.**

- Так     Скоріше так     Важко сказати     Скоріше ні     Ні

**4. Мені вдалося виразити свої емоції через музику.**

- Так     Скоріше так     Важко сказати     Скоріше ні     Ні

**5. Я відчував(ла) взаємодію з іншими учасниками групи.**

- Так     Скоріше так     Важко сказати     Скоріше ні     Ні

**6. Під час заняття нам вдалося створити спільну музичну картину.**

- Так     Скоріше так     Важко сказати     Скоріше ні     Ні

**7. Гра на інструменті допомогла краще відчувати рухи рук і пальців (вібрації, дотик).**

- Так     Скоріше так     Важко сказати     Скоріше ні     Ні

**8. Я почуваюся більш відкритим(ою) у спілкуванні з іншими після заняття.**

- Так     Скоріше так     Важко сказати     Скоріше ні     Ні

**9. Після заняття мій настрій став кращим.**

- Так     Скоріше так     Важко сказати     Скоріше ні     Ні

**10. Я хочу брати участь у таких заняттях ще.**

- Так     Скоріше так     Важко сказати     Скоріше ні     Ні

**11. Які у вас враження після музикотерапії? Які саме емоції Ви відчували під час гри (радість, спокій, сум, роздратування, натхнення, зацікавлення, тощо)?**


---




---



---



---

Дякуємо за участь! 

Ваші відповіді допоможуть зробити музикотерапію більш корисною та цікавою.

**АНКЕТА ДЛЯ УЧАСНИКІВ МУЗИКОТЕРАПІЇ**

Ваші відповіді конфіденційні. Важливо лише, що Ви відчули особисто.

**Вік:**  до 25  25–40  41–55  56 і старше

**Стать:**  Чоловіча  Жіноча

**Чи брали Ви раніше участь у заняттях музикотерапії?**

Так, багато разів  Так, декілька разів у цій програмі

**1. Як змінився ваш емоційний стан після заняття?**

Став спокійнішим  Без змін  Став більш напруженим

**2. Як змінився ваш настрій?**

Покращився  Без змін  Погіршився

**3. Чи було вам легко зосередитись на музиці під час гри?**

Так  Частково  Ні

**4. Чи відчували ви, що через музику можете передати свої емоції?**

Так  Частково  Ні

**5. Як ви сприймали взаємодію з іншими учасниками під час гри?**

Була приємна і легка  Нейтральна  Було важко взаємодіяти

**6. Під час заняття я відчував(ла), що разом із групою ми створюємо щось спільне.**

Так  Частково  Ні

**7. Чи відчували ви покращення координації або рухів під час гри на інструменті?**

Так  Частково  Ні

**8. Як змінилося ваше бажання спілкуватися з іншими після заняття?**

Зросло  Без змін  Зменшилося

**9. Чи з'явилося у вас бажання продовжити участь у музикотерапії?**

Так  Не впевнений(а)  Ні

**10. Які справи найбільше вам сподобались?**

групове імпровізування  діалог звуків  групове створення музики з лупером.

**11. Порівняно з першим заняттям, зараз я почуваюся:**

Спокійнішим(ою)  Без змін  Напруженішим(ою)

**12. Порівняно з першим заняттям, мені стало легше спілкуватися з іншими учасниками.**

Так  Частково  Ні

**13. Порівняно з першим заняттям, я краще можу передавати свої емоції через музику.**

Так  Частково  Ні

**14. Які у вас враження після музикотерапії? Які саме емоції Ви відчували під час гри (радість, спокій, сум, роздратування, натхнення, зацікавлення, тощо)?**

---



---



---



---

Дякуємо за участь!

**«Спільний звуковий ландшафт»**

Програма групової імпровізаційної музикотерапії для осіб із залежністю від ПАР з елементами live-looping технік

**Анотація**

**Мета програми:** зниження емоційної напруги, розвиток навичок самовираження, покращення групової взаємодії та формування відчуття підтримки у реабілітантів із залежністю від психоактивних речовин.

**Завдання програми:**

1. Сприяти емоційній регуляції та зменшенню внутрішньої тривоги через активне музикування.
2. Розвивати навички творчого самовираження та відчуття особистої ефективності.
3. Поглиблювати досвід безпечної групової взаємодії, емпатії та взаємної підтримки.
4. Формувати досвід «спільної музики» як ресурсу для відновлення самооцінки та довіри до інших.

**Форми та методи роботи:** групові музикотерапевтичні вправи (ритмічна синхронізація, групова імпровізація, колективне створення композицій), елементи рецептивної музикотерапії, інтегративні техніки з використанням live-looping, рефлексивні обговорення.

**Обладнання:** прості перкусійні інструменти (бубни, шейкери, малюкі ударні), калімба, ксилофон, губна гармоніка, прості струнні інструменти (невеликі арфи, укулеле), синтезатор, лупер, ефекти реферберації та ехо, мікрофон, акустична система.

**Склад групи:** 6–10 осіб.

**Тривалість програми:** 4 групові заняття по 60–75 хвилин.

**Періодичність зустрічей:** 1–2 рази на тиждень (залежно від режиму реабілітаційної установи).

**Контингент учасників:** реабілітанти з досвідом вживання психоактивних речовин, які перебувають на етапі психосоціальної реабілітації.

**Віковий діапазон:** орієнтовно 16-70 років (може адаптуватися до конкретної групи).

### Пояснювальна записка

Залежність від психоактивних речовин супроводжується високим рівнем емоційної напруги, труднощами у вираженні почуттів, порушенням соціальних зв'язків та зниженням довіри до себе й інших людей. У цих умовах важливою складовою психосоціальної реабілітації стають методи, які дозволяють безпечно «діставати» й проживати емоції, відновлювати досвід позитивної взаємодії в групі, формувати нові способи самовираження.

Музикотерапія, особливо в активних групових форматах, створює можливість для безпечної творчої експресії без вимоги спеціальної музичної підготовки. Ритм, звук і спільне музикування сприяють зниженню тривоги, відновленню відчуття тіла, формуванню досвіду синхронізації з іншими учасниками, що є важливим ресурсом для подальшої соціальної адаптації.

Запропонована програма ґрунтується на принципах активної, рецептивної та інтегративної музикотерапії. Логіка її побудови передбачає поступове ускладнення діяльності: від базових ритмічних вправ і сенсомоторного залучення – до імпровізаційних форм та створення спільної музичної композиції із використанням технології live-looping. Програма може бути інтегрована в існуючі психосоціальні програми реабілітаційних центрів як окремий цикл занять чи як модуль у складі ширшого тренінгового курсу.

### Тематичний план програми

1. **Заняття 1. «Початок спільної музики»**  
Знайомство, ритмічна синхронізація, обігрування інструментів, перша групова імпровізація та створення простого музичного ландшафту з використанням лупера.
2. **Заняття 2. «Емоції в звуках»**  
Розвиток емоційної виразності, робота з тембровими шарами та контрастами, поглиблення навичок взаємного слухання.
3. **Заняття 3. «Діалог і простір»**  
Координація у музичних діалогах, дослідження динаміки, використання аудіоефектів, створення більш структурованого музичного «простору».
4. **Заняття 4. «Спільна композиція»**  
Підсумкова сесія: вправи на ритмічну єдність, «діалог звуків», музична хвиля, колективне створення завершеної композиції з використанням live-looping, рефлексивне обговорення.

## Заняття 1. «Початок спільної музики»

### Мета

- знизити первинну емоційну напругу й тривогу;
- сформувати базове відчуття групової єдності;
- познайомити учасників із інструментами та принципом «безоцінного» музикування;
- започаткувати досвід створення спільної музичної картини.

### заняття:

### Структура та орієнтовний час:

1. Вступ, правила безпеки, коротке знайомство – 10 хв.
2. Вправа «Ритмічна синхронізація» – 10–15 хв.
3. Вправа «Групова музична імпровізація» – 20 хв.
4. Вправа «Створення спільного музичного ландшафту» (з лупером) – 20–25 хв.
5. Рефлексивне обговорення – 15 хв.

### Вступна частина (10 хвилин)

- Коротке коло знайомства (ім'я, як сьогодні почуваюсь – одним словом/звук/жест).
- Окреслення правил: відсутність критики, право «мовчазної участі», конфіденційність, повага до особистих меж.

Пояснення: «Тут немає правильних і неправильних звуків», акцент на досвіді та відчуттях, а не на «музичності».

### Вправа 1. «Ритмічна синхронізація»

**Час:** 10–15 хвилин.

### Мета:

- створити відчуття групової згуртованості;
- налаштувати увагу на спільний ритм;
- знизити рівень психоемоційної напруги через прості, повторювані рухи.

### Хід виконання:

1. Учасники розташовуються по колу, сидячи на стільцях.
2. Ведучий пропонує простий ритмічний малюнок: *два удари по стегнах – один у долоні* в помірному темпі.
3. Спочатку всі повторюють ритм синхронно з ведучим; далі ведучий поступово зменшує голосові підказки, залишаючи тільки рухи.
4. Після кількох повторів учасникам пропонується по черзі «запропонувати» свій варіант ритму (невелика варіація, наприклад: *стегна–стегна–долоні–долоні* чи додатковий клац пальцями).
5. Група повторює ритм кожного учасника 3–4 такти, після чого ритм змінює наступний учасник.

### Рекомендації ведучому:

- Стежити за темпом: краще повільніше, ніж занадто швидко.
- Підкреслювати, що помилки – частина процесу, «ми просто повертаємось у ритм».

– Звернути увагу групи на момент, коли рухи стають більш синхронними («здається, ми вже дихаємо в одному ритмі»).

---

## Вправа 2. «Групова музична імпровізація»

**Час:** близько 20 хвилин.

### Мета:

- надати учасникам досвід безпечного творчого самовираження;
- розвивати емоційну чутливість і взаємне слухання;
- сформуванню первинний досвід «спільної музики».

### Хід виконання:

1. Ведучий демонструє на столі/у центрі кола доступні інструменти: калімба, ксилофон, шейкери, бубни, губна гармоніка, прості струнні, синтезатор (у ведучого), тощо.
2. Кожен учасник обирає інструмент «на інтуїції» – що хочеться спробувати саме зараз.
3. Ведучий пропонує коротку уявну сцену: «Уявіть, що ви опинилися в приємному, спокійному місці – кожен у своєму. Спробуйте передати це місце звуками».
4. Спочатку звучить тільки один інструмент (ведучий або доброволець), через 10–15 секунд до нього приєднується наступний учасник тощо, доки не заграє вся група.
5. Ведучий слідкує за загальною динамікою, м'яко пропонує зробити звучання тихішим/голоснішим, нагадує:
  - *«Спробуйте не заглушати інших»;*
  - *«Послухайте, що вже звучить, і додайте щось своє».*
6. Після кількох хвилин звучання ведучий жестом або словами повільно «завершує» імпровізацію – пропонує всім поступово стихати до повної тиші.

### Питання для короткої міні-рефлексії (2–3 хв):

«Що вам було легше – слухати чи грати?»

«Чи змінилося ваше самопочуття порівняно з початком заняття?»

---

## Вправа 3. «Створення спільного музичного ландшафту» (live-looping)

**Час:** 20–25 хвилин.

### Мета:

- дати учасникам досвід вкладення «свого» звуку в спільний результат;
- посилити відчуття творчого успіху та причетності;
- поглибити групову взаємодію через багатопарове звучання.

### Хід виконання:

1. Ведучий коротко пояснює принцип роботи лупера:
  - «Ми будемо по черзі записувати короткі звукові фрази. Коли цикл замкнеться, вони почнуть звучати разом, утворюючи спільний музичний пейзаж».

2. Ведучий задає перший шар – простий ритм або фоновий звук (наприклад, м'які акорди на синтезаторі) та записує його в лупер.
3. Далі ведучий по колу підходить до кожного учасника з мікрофоном. Кожен додає:
  - короткий ритм;
  - звук свого інструмента;
  - одноразовий шумовий ефект (шерех, подряпування, удар паличкою тощо).
 Важливо: фрази мають бути короткими й простими, щоб уникнути перевантаження.
4. Після проходження кола ведучий програє отриманий «ландшафт», регулюючи гучність окремих шарів і за потреби додаючи легкі ефекти (ехо, реверберацію), які підсилюють відчуття простору.
5. За бажанням групи можна створити 2–3 таких композиції, щоразу дозволяючи учасникам мінятися інструментами.

### Рекомендації ведучому:

Перед записом кожному учаснику можна сказати:

- «Тут не потрібно грати красиво, достатньо чесно й просто»;
- «Обирайте звук, який вам зараз відгукується».

Слідкувати, щоб жоден учасник не лишився осторонь (можна запропонувати найсором'язливішим зробити дуже короткий звук або навіть стук по корпусу інструмента).

### Рефлексивне обговорення (10 хвилин)

**Мета:** допомогти учасникам усвідомити власні переживання, закріпити позитивний досвід та сформулювати очікування від наступних зустрічей.

#### Приблизний хід:

1. Коротке коло: кожен називає одним-двома словами свій стан «на виході» із заняття (наприклад: «спокійніше», «цікаво», «втома+задоволення», «легкість»).
2. Орієнтовні запитання ведучого:
  - «Що для вас сьогодні було найлегшим? Що – найважчим?»
  - «Як вам було – вкладати свій звук у спільну композицію?»
  - «Чи було відчуття, що ви тут *разом*, а не кожен сам по собі?»
3. Ведучий коротко підсумовує:
  - відзначає моменти співпраці, підтримки;
  - підкреслює, що «ми вже створили перший спільний музичний досвід», і наступні заняття будуть розвивати цю здатність до взаємодії та творчості.

### Заняття 2. Емоційна виразність та взаємне музичне слухання.

**Мета:** Розвиток емоційної чутливості, поглиблення навичок емпатичного слухання, формування комунікації через звук, розширення можливостей самовираження в групі.

**Тривалість:**

60–80 хвилин

**Необхідні**

Калімби, ксилофони, перкусія, губна гармоніка, шумові інструменти, синтезатор, мікрофон і лупер.

---

**інструменти:****Вправа 1. «Емоційний тембр» (емоційне налаштування)****Час:** 10 хвилин**Мета:** Допомогти учасникам усвідомити власний емоційний стан і передати його через звук.**Хід роботи:**

1. Ведучий пропонує кожному учаснику коротко визначити свій стан (словом або відтінком настрою).
2. Після цього кожен обирає інструмент, який «найкраще підходить» цьому стану.
3. Учасники по черзі виконують короткий звук/фразу, що символізує їхню емоцію.

**Обговорення:**

- Які інструменти обиралися найчастіше?
  - Чи було легко передати емоцію через звук?
  - Чи співпало ваше відчуття з тим, що почули інші?
- 

**Вправа 2. «Звуковий діалог» (комунікація через музику)****Час:** 15 хвилин**Мета:**

Розвинути вміння слухати й відповідати музично, формувати емпатичну реакцію та гнучкість.

**Хід роботи:**

1. Група сидить по колу.
2. Ведучий подає коротку фразу або ритмічний мотив.
3. Наступний учасник відповідає своєю фразою — як «емоційною реакцією».
4. Діалог триває по колу, створюючи «ланцюг музичних висловлювань».

**Обговорення:**

- Чи було відчуття «розмови»?
  - Як змінювався ваш звук залежно від того, що сказав попередній учасник?
- 

**Вправа 3. «Текстури та контрасти» (динамічне дослідження групового звучання)****Час:** 15–20 хвилин**Мета:**

Вивчення тембрових шарів, уміння чути простір, формування чутливості до інших виконавців.

**Хід роботи:**

1. Група ділиться на 3 підгрупи:
  - ритм,
  - мелодичні інструменти,
  - шумові/атмосферні звуки.
2. Кожна підгрупа по черзі створює свій «шар», інші підлаштовуються.
3. Після кількох хвилин звучання групи міняються завданнями.

**Обговорення:**

- У який момент композиція звучала найбільш збалансовано?
  - Як змінювався ваш звук під впливом групи?
- 

**Вправа 4. «Музичний діалог у парах» (розвиток довіри)****Час:** 10–12 хвилин**Мета:**

Поглибити індивідуальну чутливість та навички взаємної музичної відповідності.

**Хід роботи:**

1. Учасники працюють у парах.
2. Один — «ведучий» — створює короткі фрази чи ритми.
3. Інший — «дзеркало» — відображає їх, але з невеликою варіацією (гучність, тембр, ритм).
4. Через 3–4 хвилини ролі змінюються.

**Обговорення:**

- Чи легко було «впізнати» і відобразити звук партнера?
  - Що відчувалося при зміні ролей?
- 

**Вправа 5. «Спільний ландшафт» (міні-імпровізація з лупером)****Час:** 15–20 хвилин**Мета:**

Створення першого спільного музичного простору в ускладненій формі.

**Хід роботи:**

1. Ведучий записує базову петлю (ритмічну або гармонічну).
2. Група по черзі додає короткі звуки (1–2 секунди) або текстури.
3. Після створення кількешарового звучання учасники можуть за бажанням додати другий внесок.
4. У фіналі група слухає композицію 1–2 хвилини без додавання нових елементів.

**Обговорення:**

- Що ви відчули, коли ваш звук став частиною композиції?
  - Чи була різниця між першим і другим внеском?
-

**Рефлексивна частина****Час:** 7–10 хвилин

Учасники

- що сьогодні було найскладнішим;  
 – де відчули найбільше свободи;  
 – які моменти дали «почуття групи».

**Акцент:** підкреслюється важливість слухання, емоційної відкритості й пошуку власного музичного жесту.

**Заняття 3. Групова координація, динаміка та музичний простір****Мета:**

Поглибити навички координації в груповому імпровізаційному процесі, розвинути відчуття музичної динаміки, простору та емоційного резонансу.

**Тривалість:**

60–80 хвилин

**Інструменти:**

Перкусія, калімби, шумові інструменти, синтезатор, укулеле (ведучий), аудіоефекти (ехо, реверб), мікрофон + лупер.

**Вправа 1. «Динамічне дихання групи»****Час:** 10 хвилин**Мета:** Налаштувати групу на спільний темпоритм та тональність взаємодії.**Хід**

- Учасники створюють м'які звуки в унісон, змінюючи інтенсивність за сигналом ведучого (тихіше/голосніше).  
 – Фокус — *одночасність переходів та узгодженість звучання.*

**роботи:****Мікрообговорення:**

В який момент звучання стало «єдиним»? Що заважало синхронізації?

**Вправа 2. «Музичний простір» (темброві та просторові контрасти)****Час:** 15–20 хвилин**Мета:**

Розвиток слухової уважності, здатності відчути «розташування» звуку в просторі.

**Хід**

- Учасники створюють звуки різної гучності, тривалості та «відстані» (ближче/далі до мікрофону).  
 – Група працює з контрастами: *м'яке–різке, високе–низьке, широке–точкове.*  
 – Ведучий додає просторовий ефект (реверб), що посилює занурення.

**роботи:****Коротке**

Що допомагало орієнтуватися у спільному просторі? Який тембр легше «вписувався»?

**обговорення:****Вправа 3. «Звукові діалоги у тріадах»****Час:** 10–12 хвилин

**Мета:**

Навчити координації в малих групах; розвинути навички швидкого реагування.

**Хід**

- Група ділиться на триади.  
 – Один задає фразу → другий продовжує → третій завершує.  
 – Зміна ролей кожні 1–2 хвилини.  
 – Завдання: *зберегти логіку, тон і динаміку* партнерів.

**роботи:****Коротке**

У яких ролях було найскладніше? Хто задавав найбільше напрямків імпровізації?

**обговорення:****Вправа 4. «Музична хвиля 2.0» (з аудіопорою)**

**Час:** 15–20 хвилин

**Мета:**

Відчутти спільний ритм групи при використанні зовнішнього музичного імпульсу.

**Хід**

- Учасники створюють хвилю від тихих звуків до піку й назад.  
 – На другому колі додається легкий ритмічний патерн із синтезатора.  
 – Завдання: слухати зміну динаміки, не перебиваючи інших.

**роботи:****Обговорення:**

Чи допоміг ритм синтезатора? Чи стало легше координуватися?

**Вправа 5. «Створення атмосферного простору» (аудіоефекти)**

**Час:** 10–12 хвилин

**Мета:**

Розкрити інструменти в новому звучанні, активізувати уяву та сенсорне сприйняття.

**Хід**

- Ведучий додає до мікрофона ефект затримки (ехо).  
 – Учасники по черзі експериментують короткими звуками.  
 – Завдання: створити «простір» — не мелодію, а атмосферу.

**роботи:****Коротке**

Які інструменти найкраще реагували на ефекти? Що ви відчували, коли звук «полишав слід»?

**обговорення:****Вправа 6. «Міні-композиція з трьох шарів» (підготовка до лупінгу)**

**Час:** 10 хвилин

**Мета:**

Тренувати створення структур, які потім легко перенести у live-looping.

**Хід**

- Група поділяється на три блоки: ритм, фон, фрази.  
 – Створюється коротка композиційна схема (30–40 секунд).  
 – Ведучий допомагає з динамікою та завершенням.

**роботи:****Обговорення:**

Що складніше: почати чи завершити композицію? Чи було відчуття цілісності?

## Рефлексія групи

**Час:** 5–7 хвилин

- Питання для кола:
- Що сьогодні дозволило вам відчути групу?
  - Які елементи динаміки були найприємнішими/найскладнішими?
  - Які відкриття зробили про себе в імпровізації?

## Заняття 4. Підсумкова імпровізаційна сесія та створення колективної композиції

### Мета:

Закріпити навички ритмічної взаємодії, розвитку комунікації через звук, емоційної виразності та колективної творчості; сформувати досвід завершеної спільної музичної роботи.

### Тривалість:

70–90 хвилин

### Інструменти:

Перкусія, калімби, шумові інструменти, синтезатор, укулеле (ведучий), мікрофон, лупер, аудіоефекти.

---

### Вправа 1. «Єдиний ритм» (ритмічна синхронізація)

**Час:** 8–10 хвилин

#### Мета:

Швидке вирівнювання групового темпу, зниження первинної напруги перед творчою частиною.

#### Хід

#### роботи:

- Учасники виконують просту послідовність: *плескання* — *удари по стегнах* у спільному темпі.
- Додається варіативність за сигналом ведучого (прискорення/уповільнення, акценти).
- Наголос: «Працюємо як єдиний механізм».

#### Обговорення:

Чи легко було налаштуватися на групу? Де виникав «розрив» ритму?

---

### Вправа 2. «Діалог звуків» (питання–відповідь)

**Час:** 10 хвилин

#### Мета:

Розвиток навичок слухання партнера, емоційної комунікації та гнучкості у груповій взаємодії.

#### Хід

#### роботи:

- Ведучий або учасник задає коротку звукову фразу.
- Наступний відповідає власним звуком, підтримуючи інтонацію або настрої.
- Проходження по колу; зміна ведучих фраз.
- Завдання: *не змагатися*, а «підхоплювати» емоційний сенс.

**Мікрорефлексія:**

Яка роль була легшою: запит чи відповідь? Чи відчувалася емоційна присутність партнера?

---

**Вправа 3. «Музична хвиля» (динамічне зростання + ритм синтезатора)**

**Час:** 15–18 хвилин

**Мета:**

Відчутти групове «дихання» через спільну динаміку, підготувати до більш складних структур.

**Хід**

1-й

- Початок з мінімальних, майже нечутних
- Поступове підсилення групою до піку – плавне розсіювання.

**роботи:**

цикл:

звуків.

2-й

- Додається простий ритм із синтезатора (легка опора).
- Учасники вибудовують власні партії на основі ритмічної зони.

цикл:

(легка опора).

**Обговорення:**

Що легше — рух до піку чи до тиші? Чи допомагав зовнішній ритм тримати структуру?

---

**Вправа 4. «Колективна композиція» (техніка live-looping)**

**Час:** 20–25 хвилин

**Мета:**

Створити багатопшарову спільну композицію, у якій кожен має індивідуальний внесок.

**Хід**

- Ведучий із мікрофоном підходить по колу; кожен учасник записує *один звук/фразу/ритм*.
- Формуються **3 шари:** ритм → фон → короткі фрази.
- Застосовуються ефекти (реверб/ехо) для об'єднання звучання.
- Учасники можуть міняти інструменти між циклами.

**роботи:****Результат:**

Отримується цілісна композиція з індивідуальних елементів, що створює «ефект успіху».

**Мікрообговорення:**

Як змінилося самовідчуття, коли ваш звук «залишився» у композиції?

---

**Вправа 5. «Лупер у парах» (взаємодія 2-х учасників)**

**Час:** 15 хвилин

**Мета:**

Розвинути навички партнерської взаємодії, довіри та музичної адаптивності.

**Хід**

- Учасники працюють по двоє: створюють коротку сцену із двох-трьох інструментів.
- Пара домовляється про структуру: хто починає, хто підтримує, хто завершує.
- Сцена записується у лупер як окремий фрагмент.
- Після кожної пари короткий коментар групи: що вдалося, що було цікавим.

**роботи:****Мікрорефлексія:**

Що допомагало узгоджуватися? Чи легше працювати в парі чи в групі?

---

### Підсумкова рефлексія групи

**Час:** 7–10 хвилин

- Питання для завершального кола:
- Як ви пережили сьогоднішню спільну творчість?
  - Яка вправа дала найбільше відчуття свободи?
  - Що допомогло вам відчувати себе частиною групи?
  - Що хотіли б спробувати в майбутніх сеансах?