

**Український культурний фонд
5 окрема штурмова київська бригада
За підтримки
УКРАЇНСЬКОГО КУЛЬТУРНОГО ФОНДУ**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
«Музичні інтервенції у практиці роботи з військовими та пораненими»**

В межах проекту «Вібрації відновлення. Оркестр для реабілітації»

Укладачі:

Ксенія Ємець – психолог, спеціаліст з психодрами, гештальттерапевт, фахівець із психотерапії військовослужбовців.

Юлія Ніколаєвська – доктор мистецтвознавства, професор Харківського національного університету мистецтв імені І.П. Котляревського, музичний терапевт.

Рецензент: професор Найджел Осборн, MBE BA BMus (Oxon) DLitt DHumLitt honPhD FRCM FEIS FRSE, IMHSD, Reid School of Music, University of Edinburgh, Alison House, Nicolson Square, Edinburgh EH8 9DF, United Kingdom.

Анотація: методичні рекомендації пропонують модель використання рецептивних музичних інтервенцій у військовому шпиталі у форматі «концерт + фасилітована рефлексія». Окреслено покроковий протокол роботи психолога та мультидисциплінарної команди (психолог-фасилітатор, музиканти, волонтери, медичний персонал), принципи безпеки й етики, алгоритми кризового реагування та прості інструменти оцінювання ефективності. Запропонований підхід базується на доказових даних і травмо-інформованих принципах, що робить його надійним і практичним для реабілітації військовослужбовців.

Зміст

Пояснювальна записка.....	5
Вступ.....	7
1. Мета методичних рекомендацій.....	9
2. Цільова аудиторія.....	9
3. Теоретичні засади.....	9
3.1. Психологічний вплив музики.....	10
3.1.1. Музика як ресурс у воєнних умовах.....	10
3.1.2. Музика і емоційна регуляція.....	10
3.1.3. Модулювання лімбічної системи та фізіологічних параметрів.....	12
3.2.Копінг через музику: досвід українців у період війни.....	12
3.2.1.Військовий контекст: музика і реінтеграція.....	13
3.2.2. Українські приклади.....	13
4.Особливості психоемоційного стану військових після бойового досвіду.....	16
4.1.Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).....	17
4.2.Тривожність та панічні реакції.....	20
4.3.Агресивність / подразливість.....	21
4.4.Провина та моральна травма.....	22
4.5.Коморбідність: депресія, біль, безсоння.....	24
5.Травмо-інформований підхід у культурних інтервенціях.....	27
5.1. Основні принципи.....	27
5.2. Додаткові аспекти впровадження травмо-інформованого підходу у шпиталях.....	30
5.3. Протоколи безпеки і етики.....	31
5.4. Розподіл функцій і меж компетенцій у мультидисциплінарній команді.....	
5.5. Алгоритм реагування на кризові стани.....	37
5.6. Система умовних сигналів для команди під час кризових ситуацій.....	38
6.Рекомендації з добору музичного матеріалу.....	40
7.Мануал проведення події «Концерт + рефлексивна група».....	44
7.1. Етап 1. Підготовка простору.....	44
7.2. Етап 2. Підготовка учасників і вступна частина події.....	47
7.3. Етап 3. Проведення концерту (рецептивна музична терапія).....	50
7.4. Етап 4. Перехід до групи рефлексії.....	54
7.5. Етап 5. Супровід після події.....	55
8.Методи короткої оцінки ефективності.....	56
9.Висновок.....	60
10. Джерела.....	64
11.Додатки.....	72
11.1. Додаток 1. Чек-лист для фасилітатора.....	72
11.2. Додаток 2. Анкета після концерту (для глядачів).....	74

11.3. Додаток 3. Анкета після групи рефлексії.....	75
11.4. Додаток 4. Чек-лист підготовки простору.....	77
11.5. Додаток 5. Протоколи реагування в госпіталі.....	78
11.6. Додаток 6. Шаблон нотатки психолога.....	81
11.7. Додаток 7. Вибіркові списки творів для виконання камерним оркестром (в обробці для камерного оркестру Є.Жаку та В.Солодовникова).....	82

Пояснювальна записка

В умовах військового стану в Україні є нагальна потреба для систематизації та впровадження інноваційних практик підтримки та психологічної та соціальної реабілітації військовослужбовців, поранених, ветеранів. Серед таких інноваційних методик є залучення музичних інтервенцій для різних груп. Історія подібних впливів частково висвітлюється в наукових дослідженнях, проте пропонований документ є одним з небагатьох, що поєднує огляд викликів реабілітації військовослужбовців в умовах війни в Україні з сучасним описом терапевтичного впливу музики та детальними пропозиціями щодо конкретного інтервенційного підходу.

Вивчення статистичних та наукових матеріалів дозволяє зазначити, що чинні стандарти та протоколи для військових роблять акцент на невідкладній підтримці, але майже не пропонують підходів, які б поєднували емоційну інтеграцію, соціальну реінтеграцію та розвиток внутрішніх ресурсів – саме те, що може забезпечити музика як у рецептивному, так і в інших форматах. Відтак надмета пропонованих рекомендацій – заповнення «реабілітаційної прогалини» та віднайдення інтегрованих маршрутів допомоги.

Основні настанови, якими керувались автори методичних рекомендацій – розуміння травмаінформованості як основного методу та Trauma-focused Music and Imagery (TMI), адаптований до українських реалій, а саме – рецептивну музичну терапію (прослуховування, аналіз). Важливо зазначити, що під час реалізації проєкту задля психологічної безпеки було свідомо прийнято рішення не застосовувати стандартизовані клінічні шкали — шкала посттравматичного зростання (Post-traumatic Growth Inventory, Tedeschi & Calhoun), PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder Scale), шкала впливу подій (Impact of Event Scale-Revised), шкала депресії та тривоги (DASS-21).

У шпитальному середовищі, де військовослужбовці перебувають у стані фізичної втоми, післяопераційного болю або психологічної вразливості,

використання довгих тестових форм могло би спровокувати ретравматизацію, активувавши болючі спогади; підвищити тривожність і гіперпильність через сприйняття опитувань як «перевірки»; зменшити готовність до участі в музикотерапевтичному процесі через відчуття перевантаження або недовіри.

Таким чином, обрано два основних методики:

Рецептивна музикотерапія – прослуховування спеціально підібраних музичних творів (виконуються оркестром музикантів). Відтак – стає задача підбору творів, підготовка та належне їх виконання.

Психоемоційний моніторинг – складена система спостереження та визначення динаміки стану учасників. Відтак – стає задача розробки алгоритмів дій на всіх етапах реалізації інтервенцій.

Основними фокусними групами стали поранені військовослужбовці, ветерани та персонал військового шпиталю.

Серед очікуваних результатів інтервенцій передбачено зниження рівня тривожності, агресії, посттравматичних проявів, підвищення психологічної стійкості в цілому та формування позитивного емоційного середовища.

Вступ

У сучасних умовах війни та тривалої служби військовослужбовці часто стикаються з посттравматичним стресовим розладом (далі по тексті – ПТСР), депресивними й тривожними розладами, проблемами адаптації та соціальної ізоляції. Традиційні підходи до психотерапії ефективні, проте не завжди доступні чи прийнятні у шпитальному середовищі. Одним із напрямів підтримки є рецептивна музикотерапія, що поєднує прослуховування музики з фасилітованою психологом рефлексією.

Переживання бойового досвіду, поранення, тривала госпіталізація і посттравматичні реакції – це лише частина того, з чим стикаються військовослужбовці в шпиталях. Вони часто переживають гостру самотність, відчуття соціального відчуження, інституційне обмеження автономії. Сучасні дослідження показують, що саме ці психосоціальні прогалини - недоотримана соціальна підтримка, обмежений доступ до ресурсів – посилюють ризики депресії, ПТСР і порушень адаптації.

Повномасштабне вторгнення російської федерації суттєво підірвало систему психіатричної та психосоціальної допомоги в Україні, що особливо відчутно в умовах стаціонарного лікування військових. Дослідження ВООЗ [1] фіксують кадровий дефіцит, перевантаження стаціонарів і високу частку госпіталізацій з військовими травмами, що ускладнює доступність та безперервність підтримки під час та після ушпиталення. Це підсилює ризики хронізації ПТСР, депресії, тривоги, а також коморбідних розладів (наслідки ЧМТ/акубаротравм, больові синдроми, порушення сну). Сучасні опитування й оцінки потреб українських ветеранів і військових вказують на системні «прогалини» у шпитальній та перехідній (post-discharge) допомозі а саме:

- нестача психосоціальної підтримки й соціальної зв'язності (особливо під час стаціонарного лікування та в перші місяці після виписки); наявні бар'єри - стигма, бюрократичні труднощі, нерівний доступ для різних груп (зокрема жінок-ветеранок, за дослідженнями ветеранського фонду [2]).

- реабілітаційний розрив: значна частка військових повідомляє про неможливість пройти реабілітацію або її недостатню тривалість; процедури отримання послуг часто описуються, як «хаотичні» (згідно посібнику з реабілітації 2024 р.[3]).
- потреба в інтегрованих маршрутах допомоги (медичній, психологічній, соціальній) та чітких перехідних планах із госпіталю в громаду; міжнародні огляди й стратегії (WHO, VA-практики) наполягають на розбудові саме таких безшовних маршрутів (дослідження 2024 р. [4]).
- тривалі наслідки полону/катувань і вибухових уражень (ЧМТ, сенсорна гіперчутливість, безсоння, гіперпильність), що потребують довготривалої психологічної підтримки та обережного сенсорного середовища в шпиталях (висновки досліджень 2024 р.[5]).

Як результат маємо те, що у шпитальному середовищі військовим бракує стабілізуючих, ресурсних і соціально зв'язуючих форматів, які були б безпечними, короткими, контрольованими за ризиками та легко масштабованими. Саме цим критеріям відповідають рецептивні музичні інтервенції з подальшою фасилітованою рефлексією – формату, що поєднує емоційну регуляцію, соціальну взаємодію та контроль тригерів у межах чітких протоколів. Методичні мануали і стандарти для військових у таких умовах наразі акцентують увагу на невідкладній підтримці, однак бракує спеціальних підходів, які поєднують емоційну інтеграцію, соціальну реінтеграцію, ресурсо-орієнтованість - саме те, що може забезпечити музика в рецептивному форматі. Далі у розділах ми спираємось на сучасні огляди та випробувані протоколи, щоб описати, як такі інтервенції безпечно інтегрувати у шпиталі (з огляду на дослідження 2025 р.[6]).

1. Мета методичних рекомендацій

Описати основи використання рецептивних музичних інтервенцій (прослуховування концерту + фасилітована психологом рефлексія) у військовому шпиталі.

Завданнями є:

- надати чіткий протокол роботи психолога-фасилітатора: як підготувати учасників, супроводжувати під час концерту, проводити рефлексію та завершувати зустріч.
- забезпечити безпечне впровадження цього формату: вказати ризики та способи їх запобігання.
- дати короткі орієнтири для оцінки ефективності (анкета, візуальна шкала, прості інструменти зворотного зв'язку).
- надати рекомендації для складання музичної програми (тривалість, перелік музичних номерів, підготовка музикантів).

2. Цільова аудиторія

Методичні рекомендації розраховані на:

- психологів шпиталів та реабілітаційних центрів, які працюють із військовими під час лікування та відновлення.
- волонтерів та фасилітаторів культурних ініціатив (оркестри, мистецькі проекти), що співпрацюють із клінічними командами.
- медичних та соціальних фахівців, залучених до підтримки військових у шпиталі.
- керівників шпитальних відділень та програм реабілітації, які ухвалюють рішення щодо впровадження інноваційних форматів психосоціальної допомоги.
- дослідників та освітян у сфері психології, музикотерапії та військової медицини, які апробують і вдосконалюють моделі «музика + психологічний супровід».

3. Теоретичні засади

3.1. Психологічний вплив музики

3.1.1. Музика як ресурс у воєнних умовах

Під час війни культурні та музичні події набувають значення не лише мистецького, але й психосоціального ресурсу. Вони створюють можливість на певний час відволіктися від інформаційного потоку, знайти безпечний простір для вираження почуттів і переживань, які складно вербалізувати. Як показують українські дослідження (Dmytriv, 2025 [7]; Chuprii, 2023 [8]), участь у культурних заходах корелює з кращим психологічним благополуччям і нижчим рівнем стресу під час війни. Подібні висновки підтверджують міжнародні наукові розвідки (Мак, 2023 [9]; Viola, 2024 [10]), які демонструють позитивний вплив культурної участі на здоров'я і стійкість спільнот.

3.1.2. Музика і емоційна регуляція

Музика має унікальну здатність впливати на гормональні, нейрофізіологічні та психологічні процеси, що лежать в основі емоційної регуляції. Дослідження доводять, що слухання музики зменшує рівень кортизолу, стимулює дофамінові й серотонінові шляхи, знижує тривожність та покращує настрій.

Зниження рівня кортизолу (гормон стресу)

Систематичний огляд Fancourt & Finn (2018) [11] виявив, що у половині клінічних досліджень прослуховування музики знижувало рівень кортизолу (стресового гормону), незалежно від жанру або тривалості прослуховування. У контексті домашнього і лабораторного прослуховування, Tervaniemi та ін. (2021) [12] зафіксували значне зниження кортизолу після 10 хв улюбленої музики – як вдома, так і в лабораторії. Крім того, відомо, що груповий спів сприяє зниженню кортизолу (більше, ніж при просто слуханні музики) – можливо, завдяки синхронізації дихання й емоційній інтеграції (Taruffi, 2027 [13]). У холистичному огляді Arnold (2024, [14]) описує, як музика здатна модулювати складні нейрохімічні й фізіологічні процеси: від периферійних

реакцій до активності в лімбічній системі. Це створює мультирівневі ефекти – релаксації, зниження тривожності й підвищення емоційного стану.

Активація дофамінових і серотонінових шляхів

Коли людина слухає улюблену музику, в мозку активується система винагороди. Це підтверджено дослідженнями нейровізуалізації (Koelsch, 2009 [15]): вже за кілька хвилин зростає активність у вентральному стріатумі та прилеглому ядрі — ключових зонах, де вивільняється дофамін. Саме цей нейромедіатор дарує відчуття радості, внутрішнього піднесення й мотивації.

Останні роки дослідники ще більше поглибили розуміння цього механізму. Наприклад, Ferreri та колеги (2021, [16]) показали, що музика «вмикає» мезолімбічний шлях, який відповідає за очікування приємного досвіду та формування внутрішньої нагороди. Інші експерименти, як-от колективна робота (Riby & Co, 2023, [17]), продемонстрували навіть фізіологічні маркери цього процесу: під час прослуховування класичної музики зростала частота моргання - відомий непрямий індикатор вивільнення дофаміну.

Ще один важливий аспект стосується серотоніну – нейромедіатора, який регулює емоційний фон і рівень тривожності. Zaatar та співавт. (2023, [18]) показали, що приємна музика підвищує рівень серотоніну в організмі (за маркерами в тромбоцитах), тоді як неприємна – навпаки, знижує. Це пояснює, чому музика, яка подобається слухачеві, має заспокійливий і стабілізуючий ефект.

Клінічні спостереження останніх років підтверджують цю картину. Ning та колеги (2022, [19]) у систематичному огляді відзначили, що музика стимулює роботу вентрального тегментального ядра - центрального вузла дофамінової системи – допомагаючи відновити функції винагороди, які часто порушуються при ПТСР. А Flores-García (2025, [20]) підкреслив, що музика може впливати на дофамінові ланцюги, зменшуючи як емоційний, так і фізичний біль, і тим самим працювати як немедикаментозний засіб знеболення.

3.1.3. Модулювання лімбічної системи та фізіологічних параметрів

Лімбічна система – це «емоційний центр» мозку, який включає мигдалик, гіпокамп та гіпоталамус. Вона відповідає за формування емоцій, пам'яті та реакцій на стрес. Саме ці структури часто страждають під час травматичних подій: мигдалик стає гіперактивним і запускає тривожні реакції, гіпокамп погано тримає нову інформацію, а гіпоталамус дестабілізує роботу серцево-судинної та дихальної систем.

Дослідження показують, що музика може врівноважити ці процеси. Наприклад, Koelsch (2014, [21]) описує, як спокійні музичні твори знижують активність мигдалика, зменшуючи інтенсивність страху та тривожності. У той же час, за визначенням Arnold&Co (2024, [22]) музика стимулює роботу гіпокампу, покращуючи пам'ять і навчання, а також гармонізує діяльність гіпоталамуса, що стабілізує вегетативні функції – серцебиття, дихання, рівень гормонів стресу.

Кілька конкретних досліджень підтверджують ці ефекти. Так, у роботі C. Särkämö та колег (2008, [23]) доведено, що регулярне прослуховування музики пацієнтами після інсульту сприяє відновленню когнітивних функцій і покращує емоційний стан. У свою чергу, В. Vickhoff та ін. (2023, [24]) показали, що спів у хорі синхронізує серцевий ритм і дихання учасників, що пов'язано з ритмічною структурою музики та її здатністю викликати фізіологічну синхронізацію. А в систематичному огляді J. Bradt і C. Dileo (2021, [25]) підтверджено, що музичні інтервенції у клінічних умовах знижують частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск і рівень тривожності в пацієнтів перед та після медичних процедур.

3.2. Копінг через музику: досвід українців у період війни

В умовах тривалого воєнного стресу музика дедалі частіше стає для українців стратегією самодопомоги. Опитування Gradus Research (2024, [26]) показують, що частота прослуховування музики зросла від початку війни, і для багатьох вона стала настільки ж важливою щоденною практикою, як і спілкування з близькими. Це підтверджує міжнародний досвід Papini, M. R. та

колег (2015, [27]): музика здатна зменшувати як психологічний, так і фізичний біль, активуючи нейронні механізми, пов'язані з відчуттям безпеки й задоволення.

Окрему роль відіграє жива музика. Її вібрації, акустичні хвилі та навіть відчуття «мурашок по шкірі» (chills) створюють унікальний тілесний досвід, що посилює відчуття присутності й безпеки. Дослідження підтверджують: живий музичний контакт допомагає відновлювати зв'язок із власним тілом, який часто порушується після травматичних переживань (Bradt, J.2024, Leech, K. 2024 [28; 29]). Для людей, які перенесли поранення, біль чи тривалий страх, це має особливе значення – позитивний тілесний досвід через музику допомагає поступово відновлювати цілісність сприйняття себе.

3.2.1. Військовий контекст: музика і реінтеграція

У програмах роботи з ветеранами виявлено, що музика може бути потужним засобом зменшення ізоляції та відновлення соціальних зв'язків. Дослідження *phased group music therapy* показали, що музичні групові формати допомагають ветеранам із травмами мозку і ПТСР відновлювати взаємодію та сприяють соціальній реінтеграції (Vetro-Kalseth, Danielle, 2021, [30]). В інших програмах військові використовують музику для емоційної регуляції, зменшення агресії та вираження почуттів, які важко артикулювати словами (Gooding, L., Langston, D. 2019, [31]).

3.2.2. Українські приклади

Світовий досвід роботи з реабілітацією військових в Україні та інших країнах, доводить, що іноді рецептивну модель складно реалізувати без підтримуючих додаткових активностей. До того ж, військові з ПТСР можуть проявляти неспокій, труднощі концентрації, тривогу, депресивні стани та іноді дратівливість. Натомість активна залученість у процес іноді спрацьовує на користь реабілітаційним процесам і значно допомагає. Наприклад:

- безпосередня участь у музиці (спів, перкусійні інструменти),
- творчі активності (написання пісень),
- елементи терапії з уявною візуалізацією.

У сучасному українському контексті музичні ініціативи для військових і ветеранів реалізуються у кількох форматах, що мають психосоціальне значення.

«*VETERANOBAND*» (Київ). За інформацією електронного ресурсу [32] це ветеранський музичний гурт, створений у співпраці з вокальними тренерами, що забезпечує простір для колективного співу та репетицій. Участь у групі сприяє розвитку дихальної регуляції, вираженню емоцій через вокал і зниженню рівня депресивності. Очікуваний ефект: поліпшення емоційної регуляції та підвищення відчуття соціальної включеності.

Ветеранський гурт у Тернополі. Організований на базі місцевого центру підтримки захисників [33], цей формат передбачає регулярні музичні репетиції та виконання пісень. Групова музична діяльність сприяє подоланню відчуття ізоляції та формуванню спільної ідентичності ветеранів. Очікуваний ефект: зміцнення соціальних зв'язків та зменшення симптомів емоційного виснаження.

Центр Unbroken (Львів). У програмі комплексної реабілітації [34] запроваджено рецептивні музичні практики та живі виступи для пацієнтів із пораненнями та посттравматичними розладами. Формат спрямований на зменшення рівня тривожності, стабілізацію психоемоційного стану та підтримку мотивації до відновлення.

Проект «*Victory Beats*» [35]. Благодійна ініціатива, орієнтована на адаптацію музикотерапевтичних методик для військових та цивільних, що постраждали від війни. Основний акцент робиться на травма-орієнтованих підходах та використанні музики як засобу психосоціальної підтримки й емоційного відновлення. Очікуваний ефект: зменшення симптомів тривожності, підвищення стресостійкості та формування позитивних coping-стратегій.

У співпраці з «*Victory Beats*» та Центром експертизи з лікування бойової травми Superhumans Center став можливим проєкт *Renaissance* (2025) – результат тривалої роботи проєкту Art Therapy Force громадської організації

«Арт Дот» (2022-20225). Здійснено відкриту сесію з симфонічним оркестром та діджеєм, що включала спеціально написану музику Найджела Осборна і обробку для симфонічного оркестру пісень (які писались на основі матеріалу, що виник під час музикотерапевтичних занять із військовими в реабілітаційному центрі Unbroken). В межах нового напрямку – програми травмочутливого мистецтва – Львівською філармонією заплановано декілька сесії таких відкритих сесій.

Таким чином, у період війни музика для багатьох українців стала не лише способом культурного вираження, а й практичним ресурсом щоденного подолання стресу. Живі концерти, ветеранські гурти й терапевтичні програми підсилюють цей ефект, поєднуючи емоційне полегшення, тілесну стабілізацію і відновлення соціальних зв'язків. Такі ініціативи демонструють, що музика не лише покращує психоемоційний стан, але й підтримує відчуття спільності, надії та мотивації.

Описані вище механізми – від гормональних змін до досвіду живої музики – показують, що вплив музики є багаторівневим.

Нижче наведено таблицю, яка демонструє, як ці процеси трансформуються у клінічно значущі результати для військових у шпиталі.

Таблиця 1. Передбачуваний вплив музики на військовослужбовців у шпиталі

<i>Рівень впливу</i>	<i>Наукові механізми</i>	<i>Очікуваний ефект у шпиталі</i>	<i>Значення для реабілітації</i>
<i>Гормональний</i>	↓ кортизолу, ↑ дофаміну, ↑ серотоніну	Зменшен ня стресу, стабілізація настрою	Зниження тривожності, підтримка мотивації
<i>Нейрофізіологічний</i>	Регуляція мигдалеподібного тіла, гіпокампу, синхронізація серцебиття й дихання	Менше флешбеків, стабілізація тіла	Відновлення когнітивних функцій, відчуття безпеки

<i>Психологічний</i>	Coping через улюблену музику; інтеграція складних емоцій	Полегшення тривоги, вираження емоцій	Зменшення симптомів ПТСР, емоційна регуляція
<i>Соціальний</i>	Колективне слухання, ветеранські гурти	Відчуття спільності, подолання ізоляції	Соціальна підтримка й колективне зцілення

Таким чином, дані з міжнародних і українських досліджень підтверджують: музика не лише знижує стрес і покращує настрій, а й допомагає військовим і ветеранам повернути відчуття спільності, відновити соціальні зв'язки й адаптуватися після травми. Це створює науково й практично обґрунтовану основу для включення рецептивних музичних інтервенцій у програми госпітальної реабілітації.

4.Особливості психоемоційного стану військових після бойового досвіду

Військовослужбовці, які проходять лікування у шпиталях, перебувають під подвійним тягарем – фізичні травми й наслідки бойового стресу. У таких осіб часто виявляються ПТСР, тривожність, агресивність, провина, проблеми зі сном, соматичні скарги й соціальна дезадаптація.

Наприклад, у дослідженні аналізу госпіталізацій військових у Києві (2014–2018) виявлено, що 73 % пацієнтів мали порушення сну й флешбеки, 84 % – тривожність і дратівливість, а 80,9 % – хронічну втому й депресивний настрій (Druz; Chaban, 2025, [36]).

Офіційні дані Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства оборони України, а також міжнародні клінічні настанови VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder (2023, [37]) підтверджують, що найчастіше у військовослужбовців діагностують посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні розлади, агресивність, депресивні прояви, почуття провини та так звану «моральну травму». Додатково поширеними є порушення сну,

хронічний біль, зловживання психоактивними речовинами та соціальна дезадаптація, що суттєво ускладнює процес реабілітації.

В умовах шпиталю ці стани можуть проявлятися особливо гостро: фізичний біль, відрив від підрозділу, невизначеність щодо майбутнього та складні бюрократичні процедури посилюють дистрес. Саме тому розуміння психологічного стану військових є критично важливим для ефективного впровадження будь-яких психосоціальних інтервенцій, зокрема музикотерапевтичних програм.

У цьому розділі розглядаються основні кластери симптомів і проблем, характерних для військовослужбовців у період лікування, а також практичні рекомендації щодо врахування цих особливостей у процесі реабілітації.

4.1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Визначення

Посттравматичний стресовий розлад – це психічний розлад, який виникає після переживання або свідчення подій, що безпосередньо загрожували життю, здоров'ю чи безпеці людини. Для військовослужбовців такими подіями є участь у бойових діях, перебування під обстрілами, поранення, втрата побратимів, перебування в полоні, катування чи свідчення загибелі інших.

Основні прояви

У клінічній практиці виділяють чотири групи симптомів, характерних для військових після бойового досвіду:

1. Повторне переживання травматичних подій:

- нав'язливі спогади, які виникають у несподівані моменти;
- нічні кошмари зі сценою бою чи поранення;
- відчуття, ніби подія відбувається знову («флешбек»);
- сильна емоційна або фізична реакція на звуки чи запахи, що нагадують про травму (салют, гуркіт дверей, запах гару).

2. Уникання:

- свідоме уникання думок, розмов, людей чи місць, пов'язаних із травмою;
- відмова від участі у групових заходах у шпиталі;
- небажання переглядати новини або слухати розмови про війну;
- відчуження від близьких, уникання емоційного контакту.

3. Негативні зміни у мисленні та емоціях:

- постійне відчуття провини («вижив я, а не побратим»);
- сором за власні дії чи бездіяльність;
- втрата інтересу до життя, відсутність радості;
- відчуття відчуженості, ніби людина «не така, як раніше»;
- песимістичне бачення майбутнього («немає сенсу жити»).

4. Підвищена збудливість (гіперактивація):

- труднощі із засинанням або часті пробудження;
- підвищена пильність, очікування небезпеки навіть у безпечному місці;
- дратівливість, агресивні реакції, конфліктність;
- підвищена реакція переляку — сильна реакція на раптовий звук чи рух.

Для порівняння позначимо, що у міжнародних стандартах найчастіше використовується класифікація DSM-5 (Американська психіатрична асоціація, [38]), яка визначає ПТСР через такі групи симптомів:

1. Фактор травматичної події:

- пряме переживання небезпеки або смерті,
- спостереження за травматичною подією,
- отримання звістки про травму близької людини,
- повторний вплив травматичних деталей (напр., військові медики, сапери тощо).

2. Інтрузивні симптоми:

- нав'язливі спогади,

- нічні кошмари,
- флешбеки,
- психологічне та фізіологічне напруження при нагадуваннях.

3. Уникнення:

- уникнення думок, спогадів, відчуттів,
- уникнення людей, місць, ситуацій, пов'язаних із травмою.

4. Негативні зміни у мисленні й емоціях:

- відчуженість, байдужість,
- зниження інтересу до діяльності,
- відсутність позитивних емоцій,
- почуття провини, сорому, власної небезпорадності,
- переконання «світ небезпечний», «мені не можна довіряти людям».

5. Гіперзбудливість:

- дратівливість, спалахи гніву,
- гіперпильність,
- перебільшена реакція переляку,
- труднощі концентрації,
- порушення сну.

Для діагнозу симптоми повинні тривати понад 1 місяць і впливати на соціальне, професійне або інше важливе функціонування.

Особливості проявів у шпиталі

У шпитальному середовищі симптоми посттравматичного стресового розладу набувають особливої специфіки. Уникання може проявлятися у небажанні виходити на зустрічі, брати участь у групових заходах чи навіть у відмові контактувати з медичним персоналом. Повторне переживання часто виявляється у нічних пробудженнях, коли військовий кричить або поводить себе так, ніби знову перебуває в бою. Негативні зміни у мисленні й емоційній сфері поглиблюються через ізоляцію від підрозділу та сім'ї, що посилює відчуття відчуженості й безнадії. Підвищена збудливість значно ускладнює лікування:

пацієнти можуть відмовлятися від процедур, виявляти агресивність або підозрілість до оточення.

Поширеність та наслідки

Дослідження, проведене у психіатричній клініці військового шпиталю в Києві (2014–2018), показало, що серед поранених військових переважають стрес-асоційовані та невротичні розлади, зокрема тривожність, дратівливість, порушення сну й флешбеки (Druz, O., Chaban, O., 2025, [36]).

Опитування понад 4 400 військовослужбовців у 2024 році засвідчило, що значна частина мала виражені симптоми посттравматичного стресового розладу, а невеликий відсоток потребував навіть невідкладної психологічної допомоги (Ткаченко, О., Бондар, Т., Ляхова 2024) [39].

Подібні тенденції підтверджуються й іншими українськими дослідженнями: серед учасників антитерористичної операції частка осіб із проявами ПТСР сягала понад чверть вибірки (Чорна & Со, 2023, [40]).

За відсутності своєчасної допомоги ПТСР має тяжкі наслідки: соціальну ізоляцію, зловживання алкоголем і медикаментами, а також підвищення ризику суїцидальних думок і поведінки.

4.2 Тривожність та панічні реакції

Визначення

Тривожний розлад у військовослужбовців – це стійкий стан надмірного внутрішнього напруження й страху, що не відповідає реальній загрозі. Панічна реакція - раптовий напад сильного страху або дискомфорту, який супроводжується яскравими фізіологічними симптомами й може виникати навіть у безпечних умовах, наприклад, у шпиталі.

Основні прояви

У військових тривожність зазвичай проявляється як підвищене відчуття небезпеки, емоційна напруженість, зниження концентрації, порушення сну (труднощі із засинанням, нічні пробудження). Панічні реакції включають

прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння, відчуття нестачі повітря, слабкість, дереалізацію, страх втратити контроль або померти.

Особливості проявів у шпиталі

У шпитальному контексті тривожність часто загострюється через шум, скупченість палат, чергування вночі, непередбачені процедури. Військові можуть демонструвати підвищену настороженість, неспокій, нереалістичну активацію на будь-які звуки чи рухи персоналу. Панічні реакції здебільшого провокуються сенсорними тригерами, що нагадують про бойові умови, або відчуттям фізичного обмеження (наприклад, під час процедур).

Поширеність та наслідки

Одне з останніх досліджень в Україні (2024, [41]) показало, що рівень тривожності серед військовослужбовців значно підвищився після повномасштабного вторгнення, перевищивши навіть рівень, зафіксований під час пандемії COVID-19.

Інші автори вказують, що після бойових дій у військових виникають симптоми паніки, дратівливості, збудження, з труднощами з концентрацією, втому, безсонням, серцебиттям і задишкою - всі ці феномени присутні у військовому шпиталі, навіть якщо не є пов'язаними з ПТСР, але створюють аналогічну клінічну картину (Hukovsky & Co, 2024, [42]).

Загалом, тривожність і паніка часто супроводжують інші психотравматичні стани, погіршують залученість пацієнтів у реабілітацію, викликають уникання процедур, агресивність або підозрілість, що гальмує ефективність лікування і сприяє психосоціальній дезадаптації.

4.3 Агресивність / подразливість

Визначення

Агресивність і подразливість – це прояви підвищеної дратівливості, конфліктної поведінки і труднощів у контролі емоцій, які можуть виникати внаслідок травматичних подій. У контексті ПТСР та бойового досвіду у військових це часто стає способом вираження внутрішнього напруження.

Основні прояви

За результатами досліджень, серед військовослужбовців із ПТСР психологічна агресивність (вербальні напади, лайка, різкий тон) зустрічається частіше, ніж фізична агресія. Зокрема, в одній з вибірок 84,7 % повідомили про тижневі прояви психологічної агресії, водночас 11,4 % – про щотижневі фізичні агресивні дії. Найхарактерніші форми: крик, образи, демонстрація гніву через різкі рухи або вирішення ситуації через конфлікт (за даними дослідження 2022 р., [43]).

Особливості проявів у шпиталі

У шпитальному середовищі агресивність і дратівливість часто проявляються як конфліктність із персоналом, небажання йти на контакти, нетерпимість до чекання чи процедур. Саме таке поєднання емоційного напруження з фізичним болем, безсонням та обмеженням свободи руху може посилити агресивні реакції й ускладнити лікувальний процес.

Поширеність і наслідки

Систематичні спостереження (у шпиталях, реабілітаційних програмах) свідчать, що агресивні симптоми є частими клінічними проявами ПТСР і тривожних станів. Подібні реакції асоціюються з гіршими показниками реабілітації, перешкоджають соціальній адаптації, погіршують стосунки з оточенням і можуть сприяти ескалації міжособистісних конфліктів.

4.4.Провина та моральна травма

Визначення

Моральна травма – це стійкий емоційний, психологічний, соціальний або духовний розлад, який виникає у відповідь на ситуації, що порушують глибокі моральні переконання людини, її цінності чи віру в моральне. Такі ситуації можуть передбачати дії, спостереження або бездіяльність, що суперечать власним етичним нормам. Моральна травма виникає тоді, коли людина:

- була змушена діяти всупереч своїм моральним переконанням, або
- не змогла запобігти тому, що вважає моральним злом,
- або стала свідком страждання, на яке не могла вплинути.

Серед основних реакцій на моральну травму позначають почуття провини, сорому, зневіру в собі або в лідерах, втрату довіри, розрив ідентичності та глибоке моральне страждання (VA National Center for PTSD, 2023, [44]; Zasiékina, 2022, 2023, [45, 46]).

Основні прояви

Почуття провини (за дослідженням *Psychology Today*, 2024 [47]) виражається через постійне нарікання на власну поведінку: «я вчинив негідно», «я винен». Сором трансформується в глобальне припущення «я – поганий». Учасники моральної травми можуть відчувати глибоку злість, відчуження від інших, критичне самооцінювання або неспроможність прощати себе.

В українських військових це часто виявляється як:

- почуття провини за тих, кого не вдалося врятувати,
- гнів на «несправедливість світу»,
- сильна внутрішня роздвоєність між «тим, ким я був» і «тим, ким я став»,
- відчуття, що ніхто «в цивільному світі» не здатен по-справжньому зрозуміти їхній досвід.

Це критично важливо, бо музика і спільне музикування можуть виступати місцем інтеграції та відновлення цілісності «я».

Особливості проявів у шпиталі

У шпитальній обстановці ці прояви поглиблюються: ізоляваність від підрозділу й родини провокує поглиблене самоосудження, часто виявляють уникання розмов на теми війни чи власних дій. Діалоги з персоналом можуть викликати відчуття негідності чи страх осуду, а суміш фізичного болю, втрати ролі захисника й безсоння поглиблює моральне страждання.

Поширеність і наслідки

У військовому середовищі моральна травма часто співіснує з посттравматичним стресовим розладом, однак є окремим феноменом, який потребує специфічного підходу (Koenig, 2019, [48]). Серед ветеранів, які брали участь у бойових операціях, висока інтенсивність моральної травми

асоціюється із слабкістю психологічного благополуччя, проблемами у стосунках і високим ризиком суїцидальних думок (Griffin&Co, 2025, [49]).

4.5. Коморбідність: депресія, біль, безсоння

Визначення

Коморбідність у військовослужбовців – це одночасна наявність двох або більше психічних та/або соматичних розладів, які взаємно підсилюють негативні прояви. У нашому контексті часто йдеться про поєднання депресії, хронічного болю та порушень сну (особливо безсоння).

Основні прояви

Депресія

У військовому середовищі депресивні симптоми включають: зниження настрою, ангедонію (втрату задоволення), зниження енергії, песимізм, соціальну ізоляцію. За даними мета-аналізу (Moradi &Co, 2021, [50]), серед активних військових поширеність депресивних розладів лежить приблизно у межах 23 % (95 % довірчого інтервалу 20-26 %).

Хронічний біль

Біль часто супроводжує фізичні травми й поєднується з психологічними симптомами. Хронічні болі можуть поглиблювати депресію й впливати на сон (хоча в відкритих джерелах української специфіки конкретних досліджень не знайдено, цей патерн підтверджений світовими даними).

Безсоння

Безсоння – це розлад сну, що проявляється у труднощах засинання, частих пробудженнях або неможливості відновити сон. За даними 2020 р. ([52]) у ветеранів після 2001 року рівень безсоння може досягати до 57 %; за даними 2021 р. (Mysliwies, 2021, [51]) серед військовослужбовців поширеність безсоння оцінюється від 27 % до 54 %, залежно від популяції та умов служби. У мета-аналізі 2024 р. (Zhu &Co, [53]) виявлено, що серед військових та ветеранів сумарна поширеність порушень сну сягає в середньому 69 %, а серед активних – майже 58 %.

Біологічні і функціональні взаємозв'язки

Безсоння, хронічний біль і депресія є взаємопов'язаними: фізіологічні та нейрохімічні механізми (наприклад, дисфункція дофаміну) створюють підґрунтя для підсилення одного стану іншим (Finan, 2013, [54]).

Особливості проявів у шпиталі

У шпитальному контексті симптоми можуть взаємно посилюватися:

- депресія поглиблюється відчуттям ізоляції, безнадії через тривалу реабілітацію;
- біль ускладнює виконання медичних процедур, підсилює емоційне виснаження;
- безсоння погіршує здатність регулювати емоції та фізичне самопочуття.

Подібна коморбідність часто спричиняє зниження мотивації до участі в реабілітаційних заходах, збільшує ризики суїцидальних станів і знижує ефективність лікування.

Поширеність і наслідки

1. Депресія: приблизно у п'ятої частини активних військових діагностуються депресивні розлади (Moradi, 2021, [50]).

2. Коморбідність ПТСР і депресії: у військових вона часто перевищує 50 % (Flory, 2015, [55]).

3. Безсоння як предиктор: серйозні порушення сну передбачають виникнення депресії і тривожності; поганий сон є вагомим сигналом ризику (Kelly, 2022, [56]).

Аналіз клінічних і наукових даних свідчить, що у військовослужбовців у період лікування та реабілітації найчастіше проявляються посттравматичний стресовий розлад, підвищена тривожність, панічні реакції, агресивність, почуття провини та моральна травма, а також коморбідні стани – депресія, хронічний біль та безсоння. Ці симптоми не лише ускладнюють перебіг лікування, але й впливають на ефективність реабілітації та взаємодію з медичним і психологічним персоналом. Для практиків важливо вчасно розпізнавати характерні ознаки кожного стану та мати прості, науково

обґрунтовані алгоритми реагування. Нижче подано узагальнену таблицю-чеклист, яка систематизує основні прояви травматичних реакцій та рекомендовані дії психолога у форматі нашого проекту «концерт + фасилітована рефлексія». Для зручності використання в додатку 1 міститься чеклист для психолога-фасилітатора для розпізнавання симптомів та станів, алгоритмом дій та важливими акцентами щодо супроводу.

Таблиця 2. Практичні акценти для психолога

Симптом / стан	Як помітити (прояви у шпиталі)	Що робити (рекомендації психолога)
ПТСР	Уникання зустрічей, нічні пробудження з криком, недовіра, агресивні реакції	Пояснити структуру заходу, дати право «вийти» чи зробити паузу, застосовувати вправи на стабілізацію (дихання, заземлення), мати алгоритм маршрутизації у разі загострення
Тривожність	Постійна напруга, надмірна пильність, труднощі з концентрацією, проблеми зі сном	Використати короткий скринінг (GAD-7), забезпечити передбачуваність і спокійний тон, навчати простим технікам саморегуляції (контроль дихання, «заземлення»)
Панічні реакції	Раптове серцебиття, тремор, задишка, страх смерті, відмова від процедур	Пояснити безпечність простору, застосувати вправи на дихання (короткий вдих — довгий видих), за потреби — ізолювати у «тиху зону», після нападу пояснити нормальність реакції
Агресивність / подразливість	Конфліктність, крик, різкі рухи, недовіра до персоналу	Зберігати спокійний тон і дистанцію, уникати провокуючих висловів, дати простір для паузи, використовувати вербальні техніки деескалації, за потреби — індивідуальна робота
Провина / моральна травма	Висловлювання «винен, що вижив», сором, замкненість, уникання теми війни	Нормалізувати почуття як природну реакцію, підтримати вираження емоцій, фасилітувати обговорення без оцінок, за готовності — спрямовувати до терапій, що працюють із травмою (СРТ, EMDR тощо)

Депресія	Апатія, відмова від участі, песимізм, ізоляція від групи	Використати РНQ-9, створювати відчуття значущості навіть у малих діях, стимулювати залучення у групову підтримку, поступово активізувати через музичний досвід
Хронічний біль	Часті скарги на біль, дратівливість при процедурах	Враховувати біль як тригер тривожності, співпрацювати з медперсоналом, пропонувати техніки релаксації (прогресивне розслаблення, музика з ритмом дихання)
Безсоння	Скарги на нічні пробудження, кошмари, денна втома	Пояснити зв'язок сну з психічним здоров'ям, рекомендувати базову гігієну сну, завершувати концертні сесії вправами на релаксацію

5. Травмо-інформований підхід у культурних інтервенціях

Травмо-інформований (травмо-чутливий) підхід (Trauma-Informed Approach – ТІА) був розроблений у сфері охорони психічного здоров'я та лікування залежностей (SAMHSA, [57]) і поступово поширився на освітні та культурні практики (Classen, 2017, [58]; Feakins, 2024, [59]). Зокрема, у 2023 р. SAMHSA було складено практичні рекомендації щодо його застосування [60].

5.1. Основні принципи

Основні принципи травмо-інформованої політики – безпека, довіра, прозорість, вибір, співпраця, підсилення автономії та культурна чутливість – стали орієнтиром для організації подій, що мають на меті психосоціальну підтримку (Мосол, 2024, [61]).

У культурному контексті цей підхід був застосований до театру, музейних експозицій та роботи з культурною спадщиною (Feakins & Co, 2024, [59]; Sajjani, 2014, [62]). У центрі опинився досвід учасників: від художньої досконалості зміщено акцент на безпеку, емоційну підтримку та можливість особистісного висловлювання. Мистецькі практики розглядаються не лише як джерело естетичного переживання, але й як форма турботи й догляду, здатна створювати простір для внутрішнього відновлення. Для музикантів це означає

не просто виконання творів на високому технічному рівні, а й уважне ставлення до потреб аудиторії. Якість музичного досвіду тут вимірюється тим, наскільки він стає особистісно значущим для слухача, допомагає у відновленні відчуття контролю та безпеки (Frazier, 2024, [63]).

В українському контексті, де триває війна, травмо-інформований підхід набуває особливого значення. Національна програма з психічного здоров'я «Ти як?» та дорожня карта МНПСС для України наголошують на необхідності впровадження принципів травмо-інформованості у всі рівні підтримки, включно з медичними та культурними інтервенціями (World Health Organization, IASC) [4; 64]. У шпиталях, де військовослужбовці поєднують фізичні травми та психологічні наслідки бойового досвіду, цей підхід дає змогу створити більш безпечні умови реабілітації.

Особливо важливим є забезпечення передбачуваності й прозорості процесів: пацієнти мають знати мету та тривалість заходів, мати можливість відмовитися від участі або залишити простір у будь-який момент. Використання попереджень про чутливий контент і практики інформованої згоди знижує ризик повторної травматизації. Участь психолога-фасилітатора стає ключовою для підтримки балансу між автономією та емоційною безпекою учасників. Саме він відповідає за виявлення тригерних реакцій, надання підтримки в моменті та подальшу маршрутизацію до фахівців у разі потреби.

Важливим аспектом є міждисциплінарна взаємодія: музиканти, психологи, медичний персонал і волонтери діють спільно, створюючи цілісний досвід, де мистецтво виконує роль терапевтичного чинника. У цьому підході музиканти розглядаються як «провідники досвіду», а не лише як виконавці, тоді як психологи відповідають за фасилітацію безпечної рефлексії та регуляцію групової динаміки.

Таким чином, травмо-інформований підхід у роботі з військовими у шпиталях – це не додатковий елемент, а базовий стандарт. Його імплементація дозволяє уникнути ризику повторної травматизації, сприяє формуванню

безпечного простору для емоційної регуляції й відновлення, а також підвищує ефективність культурних інтервенцій як складової психосоціальної підтримки.

У цьому методичному матеріалі ми спираємось на дослідження Найджела Осборна, який з 1992 року працює як музичний терапевт в гарячих точках планети (Osborn, [65-70]) і який з 2022 р. втілює теоретичний та практичний досвід в різних інституціях України (університети, школи, зустрічі з професійними спільнотами, заняття з пораненими у Центрі «Unbroken» тощо). Його музична діяльність в цілому та формат активної музичної терапії (спільне музикування) реалізує підхід, що заснований на принципах травма-інформованого підходу:

Також важливим для методичних матеріалів є наукові дослідження А. Широкої та М. Кузій (Shyroka, 2023, [71]; Shyroka, A., Kuziy, 2025, [72]). Зокрема, в останньому було запропоновано сім базових принципів травма-інформованих музичних подій. Ці принципи є цінними для практики у військових шпиталях і становлять каркас для організації інтервенцій у форматі «концерт + фасилітована рефлексія».

Наближення (Bridging). Мета цього принципу полягає у зменшенні фізичної та психологічної дистанції між музикантами та учасниками. Умови безпосереднього контакту й відсутності бар'єрів створюють атмосферу довіри й співпричетності, що критично важливо для військових, які часто відчувають ізоляцію.

Структура (Structure). Чітка організація та повторюваність подій забезпечують відчуття стабільності й передбачуваності. Це відповідає базовій потребі у безпеці, яка є вкрай важливою для людей із травматичним досвідом.

Супровід (Curating). Ретельна побудова події дозволяє мінімізувати ризику повторної травматизації. Добір музичного матеріалу, послідовність творів, поєднання з психоедукаційними та регуляційними елементами допомагають учасникам поступово входити у досвід і виходити з нього.

Ресурсність (Resourcing). Музика надає можливість відновлювати позитивні емоційні стани - спокій, натхнення, мрійливість, відчуття сили. Це створює основу для внутрішньої рівноваги й формує ресурси, необхідні для процесу реабілітації.

Утримання (Holding). Подія стає безпечним простором для вираження власних почуттів і досвіду. Це сприяє зменшенню почуття ізольованості та формує відчуття прийняття, що є важливим у колективних умовах шпиталю.

Приналежність (Belonging). Музичні події відновлюють відчуття зв'язку з іншими, зменшують почуття відчуженості й створюють спільноту підтримки. Для військових це допомагає знову відчутися частиною групи, навіть поза межами підрозділу.

Трансцендентність (Transcendence). Через музику учасники отримують можливість вийти за межі власної травми й підключитися до ширшого культурного, духовного чи історичного контексту. Це створює відчуття перспективи та внутрішнього сенсу, який допомагає витримувати стрес і біль.

Таким чином, травмо-інформований підхід у культурних інтервенціях – це не лише методологія організації подій, а й фундаментальна стратегія турботи й підтримки. Адаптація принципів травмо-інформованого підходу до шпитального контексту дозволяє перетворити музичні події на важливий елемент психосоціальної реабілітації військових, спрямований на відновлення безпеки, довіри, ресурсності та відчуття приналежності.

5.2. Додаткові аспекти впровадження травмо-інформованого підходу у шпиталях

Важливо наголосити, що травмо-інформованість у культурних інтервенціях має не лише підтримувальний, а й превентивний характер. Будь-який захід, навіть такий позитивний, як музичний концерт, може містити ризик повторної травматизації. Звуки, мелодії чи асоціативні образи здатні викликати флешбеки або посилювати симптоматику ПТСР. Тому обов'язковим завданням є попереднє інформування учасників про зміст

програми, використання «контент-попереджень», а також надання права вибору: залишитися чи вийти без пояснень.

В українських військових шпиталях значна частина пацієнтів перебуває у стані «подвійного тягаря»: вони поєднують фізичні травми з психоемоційними наслідками бойового досвіду. У такому контексті травмоінформовані музичні події не є розвагою, а стають інтегрованою частиною процесу відновлення. Вони допомагають знизити рівень тривожності, полегшити переживання болю та створити ресурс для подальшої реабілітації.

Особливу роль у цьому процесі відіграє психолог-фасилітатор. Його функція – бути мостом між мистецькою подією та клінічною безпекою. Він координує взаємодію між музикантами, медичним персоналом та пацієнтами, відстежує тригерні реакції, забезпечує алгоритм реагування у разі загострення та сприяє тому, щоб рефлексія після концерту була конструктивною і безпечною.

Застосування принципів травмо-інформованого підходу дозволяє перетворити культурні інтервенції на передбачуваний і масштабований інструмент підтримки. Це формує підґрунтя для інтеграції музичних подій у систему медико-психологічної допомоги, роблячи їх невід’ємною складовою комплексної реабілітації військових.

5.3. Протоколи безпеки і етики

Важливо підкреслити, що самі по собі принципи травмо-інформованого підходу не можуть бути ефективними без чітких етичних рамок та протоколів безпеки. У військовому шпиталі будь-яка культурна чи психосоціальна інтервенція відбувається в умовах підвищеної вразливості учасників: фізичний біль, гострі симптоми ПТСР, тривожність чи агресивність можуть несподівано загостритися під час події. Тому завершальним елементом теоретичного блоку є визначення стандартів безпеки та етики, які забезпечують добровільність участі, передбачуваність, уникнення повторної травматизації та належну реакцію команди на кризові стани.

Визначення

Протоколи безпеки та етичні стандарти визначають базові рамки, в яких відбувається будь-яка психосоціальна або культурна інтервенція у військовому шпиталі. Вони спрямовані на те, щоб забезпечити добровільність участі, захистити учасників від повторної травматизації, створити атмосферу довіри та підтримки, а також визначити межі професійної компетенції команди.

Добровільність і право вибору

Участь військовослужбовців у культурних заходах має бути виключно добровільною. Це узгоджується з принципами травма-інформованого підходу, сформульованими (SAMHSA, 2014, [57]), де підкреслюється важливість надання людині контролю над власною участю та поваги до її вибору. У практиці це означає: військовий має право відмовитися від участі або залишити захід у будь-який момент без пояснень.

Запобігання повторній травматизації

Одним із ключових ризиків є тригери – відтворення звуків, образів чи тем, які викликають флешбеки або загострення симптомів ПТСР. Міжнародні рекомендації наголошують, що всі інтервенції повинні передбачати контент-попередження та уникати небезпечного матеріалу (IASC, 2007, [64]). У шпитальному контексті це означає ретельний добір музичного репертуару, уникнення надмірно гучних чи «бойових» звукових ефектів, а також попереднє інформування учасників про структуру події.

5.4. Розподіл функцій і меж компетенцій у мультидисциплінарній команді

Травмо-інформовані інтервенції у військових шпиталях вимагають чіткого розмежування ролей між членами команди. Це не лише підвищує ефективність роботи, а й запобігає повторній травматизації та порушенню професійної етики.

Роль психолога-фасилітатора

Психолог виступає основним координатором безпеки у процесі культурних інтервенцій. Згідно з VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of PTSD (VA/DoD, 2023, [37]), саме психолог відповідає за виявлення ознак загострення симптомів, застосування стабілізаційних технік, фасилітацію групової рефлексії та маршрутизацію до медичного персоналу в разі потреби. Його завдання полягає не у клінічному лікуванні, а у створенні безпечного простору, де військові можуть пережити й осмислити власний досвід.

Основні етичні принципи роботи психолога у шпиталі (з урахуванням особливостей роботи з військовими)

1. Доброзичливе й безоціночне ставлення.

Психолог зобов'язаний будувати взаємодію на основі поваги, прийняття та відсутності оцінних суджень. Це критично для військових, які можуть відчувати сором, провину чи стигму. Завдання психолога – створити атмосферу безпеки, де клієнт почувається комфортно та захищено.

2. Орієнтація на цінності клієнта.

У процесі роботи важливо спиратися на внутрішні норми та цінності військового, а не лише на соціально прийнятні вимоги. Це дає відчуття автентичності, допомагає відновити контроль над власним життям і поступово інтегрувати особистий досвід у мирний контекст. Якщо деякі переконання перешкоджають відновленню, психолог може обережно працювати над їх переосмисленням, але без примусу.

3. Заборона нав'язування порад.

Психолог не дає готових рішень і не бере на себе відповідальність за вибір клієнта. Його роль – створювати умови для самостійного усвідомлення й прийняття рішень. Це особливо важливо для військових і колишніх полонених, адже досвід втрати контролю чи залежності від наказів може підсилювати відчуття безпорадності.

4. Конфіденційність та анонімність.

Уся інформація, отримана під час консультування, є конфіденційною. Винятки – лише випадки, коли існує безпосередня загроза життю або здоров'ю самого військового чи оточення. Клієнт має бути завчасно поінформований про ці винятки. Анонімність підтримує довіру й зменшує страх «бути викритим».

5. Розмежування професійних і особистих стосунків.

Психолог не може вступати у подвійні відносини з військовим (дружні, романтичні тощо). Феномени переносу й контрпереносу є особливо вираженими у військовому середовищі, тому їхнє усвідомлення й контроль – обов'язкова умова. У разі неможливості зберегти професійну дистанцію надання допомоги має бути передано іншому фахівцю.

6. Добровільність участі та інформована згода.

Будь-яка взаємодія – індивідуальна чи групова – відбувається лише за добровільною згодою військового. Психолог повинен чітко пояснити мету, можливі реакції та право клієнта зупинити участь у будь-який момент. Це знижує ризик повторної травматизації й підвищує відчуття контролю.

7. Культурна та контекстуальна чутливість.

Психолог має враховувати унікальний воєнний досвід, культурні коди, духовні переконання та значення подій для клієнта.

Роль музикантів

Музиканти розглядаються не як терапевти, а як «провідники досвіду». У травмо-інформованому підході їхня функція полягає в тому, щоб створити емпатичну та безпечну атмосферу через музику. Якість виступу визначається не лише технічним рівнем, але й здатністю сприяти особистісно значущим переживанням учасників (Shyroka, 2023, [71]). Музиканти не беруть участі у психотерапевтичних процесах і не надають індивідуальних порад, щоб уникнути перетину меж компетенції.

Роль медичного персоналу

Лікарі та медсестри є клінічною опорою команди. Їхнє завдання – оцінювати фізичний стан пацієнтів, реагувати у випадку соматичних

ускладнень (наприклад, під час панічної атаки з вираженою тахікардією) та забезпечувати невідкладну допомогу. Відповідно до WHO mhGAP Humanitarian Intervention Guide, 2017, [73]), медичні працівники повинні бути інтегровані у психосоціальні інтервенції як частина мультидисциплінарного підходу.

Роль волонтерів та фасилітаторів

Волонтери та фасилітатори культурних подій можуть виконувати допоміжні функції – організація простору, логістика, підтримка учасників у побутових питаннях. Їхня участь важлива для створення атмосфери прийняття та довіри, однак вони не мають брати на себе психологічних чи терапевтичних ролей. Згідно з IASC Guidelines on MHPSS (2007, [63]), залучення волонтерів можливе лише після базового навчання принципам травмоінформованості та етики. В таблиці 3 наведено розподіл функцій і меж компетенцій у мультидисциплінарній команді.

Таблиця 3. Розподіл функцій і меж компетенцій у мультидисциплінарній команді

<i>Фахівець / роль</i>	<i>Основні функції</i>	<i>Межі компетенції</i>
<i>Психолог-фасилітатор</i>	Координує безпеку, проводить стабілізаційні фасилітує рефлексію, маршрутизує до медиків	Не замінює психіатра чи медика; не дає клінічних призначень
<i>музиканти</i>	Виконують музичні твори, створюють атмосферу емпатії, сприяють переживанню позитивних емоцій	Не здійснюють психотерапії, не консультують учасників

<i>Медичний персонал</i>	Моніторить фізичний стан, надає медичну допомогу, реагує на кризові соматичні стани	Не фасилітує групову роботу, не проводить арт- чи музикотерапію	чи
<i>Волонтери фасилітатори</i>	/ Організують простір, забезпечують логістику, підтримують учасників побутово	Не виконують функцій психолога чи лікаря	

5.5. Алгоритм реагування на кризові стани

У випадку кризових реакцій (панічна атака, флешбек, агресивний спалах, емоційне розрядження чи ступор) команда повинна діяти злагоджено, відповідно до визначених протоколів. Основними завданнями є:

- забезпечення фізичної та емоційної безпеки учасника,
- застосування стабілізаційних технік (повільне дихання, заземлення, спокійна вербальна підтримка),
- за потреби — маршрутизація до медичного персоналу або психіатра.

Таблиця 4. Узагальнений розподіл функцій і меж компетенцій у мультидисциплінарній команді під час виникнення кризових станів учасників

<i>Фахівець / роль</i>	<i>Основні функції у кризових ситуаціях</i>	<i>Межі компетенції</i>
<i>Психолог-фасилітатор</i>	Раннє розпізнавання кризових проявів (панічна атака, флешбек, агресивна реакція, емоційне розрядження); застосування стабілізаційних технік (дихання, заземлення, фокусування на «тут і тепер»);	Не призначає медикаментозне лікування; не виконує функцій психіатра чи лікаря; не бере на себе роль музиканта або волонтера

	підтримка вербальним контактом; фасилітація групової динаміки; ухвалення рішення про залучення медиків; документування випадку для подальшої маршрутизації	
<i>Музиканти</i>	За сигналом психолога змінюють або призупиняють виконання музики; адаптують темп і гучність; створюють спокійнішу атмосферу; підтримують емоційний баланс через добір репертуару	Не здійснюють психотерапії; не втручаються у кризове консультування; не відповідають за клінічні рішення
<i>Медичний персонал</i>	Надає невідкладну допомогу при соматичних ускладненнях (тахікардія, задуха, втрата свідомості); контролює життєві показники; забезпечує транспортування у разі потреби; консультує психолога щодо фізичного стану учасників	Не фасилітує групову роботу; не проводить арт- чи музикотерапії; не замінює роль психолога у стабілізації емоцій
<i>Волонтери / фасилітатори</i>	Організують простір (забезпечення тиші, ізоляція тригерів, підготовка «безпечної кімнати»); супроводжують учасника до безпечного місця; надають базову підтримку (вода, ковдра, присутність, ненав'язливий контакт);	Не виконують функцій психолога чи лікаря; не застосовують спеціалізованих інтервенцій; не приймають клінічних рішень

допомагають з логістикою евакуації у разі потреби	
---	--

5.6. Система умовних сигналів для команди під час кризових ситуацій

Для ефективною та ненав'язливою взаємодію команда має узгоджені невербальні та короткі вербальні сигнали. Це дозволяє уникати хаосу та не привертати зайвої уваги інших учасників.

Таблиця 5. Система умовних сигналів для команди під час кризових ситуацій

<i>Ситуація</i>	<i>Сигнал</i>	<i>Дії</i>	<i>Дії</i>	<i>Дії</i>
	<i>психолога-фасилітатора</i>	<i>музикантів</i>	<i>медичного персоналу</i>	<i>волонтерів</i>
<i>Ознаки панічної атаки / флешбеку</i>	Піднята відкрита долоня вгору	Зменшити гучність і темп, перейти на нейтральний музичний фон або зробити паузу	Бути напоготові, оцінювати фізичний стан учасника	Забезпечити вільний прохід, супроводити до безпечного місця
<i>Агресивна поведінка</i>	Знак «стоп» рукою + коротка фраза «пауза»	Повністю припинити виконання	Перейти ближче до зони ризику, готовність до втручання	Допомогти з простором, відвести інших учасників

<i>Соматичні симптоми (задуха, втрата свідомості)</i>	Рука на серці або коротка команда «медик»	Припини ти виконання	Негайн о підходять, оцінюють стан, надають допомогу	Допомагають із тишею, приносять необхідні речі
<i>Емоційне розрядження (сильний плач, істерика)</i>	Легкий рух рукою вниз («заспокоїти»)	Знизити динаміку виконання, перейти на повільний ритм	Не втручаються, якщо немає фізичних ускладнень	Супроводжують учасника в тихе місце, пропонують базову підтримку

У попередніх частинах методичних рекомендацій було систематизовано ключові психологічні засади інтеграції музики в процес реабілітації військовослужбовців у шпитальному середовищі. Було визначено науково обґрунтовані механізми впливу музики на нейропсихологічні та емоційні процеси, окреслено характерні особливості психоемоційного стану військових після бойового досвіду, а також сформульовано принципи травмо-інформованого підходу та протоколи безпеки й етичної взаємодії. Ці елементи забезпечують базову рамку для створення безпечного простору, де музика функціонує не як фонове явище, а як структурований психосоціальний інструмент.

Разом ці положення формують методологічний фундамент, необхідний для переходу до наступного етапу – розгляду музичного наповнення інтервенцій. Саме вибір музичного матеріалу визначає якість емоційної динаміки, здатність заходу викликати відчуття безпеки, ресурсності та надії. Тому наступний розділ, підготовлений фахівцем з музичної терапії, зосереджується на рекомендаціях щодо добору репертуару та критеріїв його використання у форматі «концерт + фасилітована рефлексія».

6.Рекомендації з організації музичної події та добору музичного матеріалу

У музиці неможливо «маскувати» емоційний стан, це чесний процес. Тому головні принципи музикотерапевтичного втручання з урахуванням травмо-інформованого підходу такі.

1. Безпека. Музика є, а для групи має стати безпечним простором, у якому людина може вільно відчувати й виражати емоції без страху чи осуду. Вона створює межі, що допомагають стабілізувати психоемоційний стан пацієнта після травматичного досвіду. Безпечна атмосфера починається з тиші, з уважного ставлення до індивідуальних реакцій, гучності, темпу й навіть тембру звучання.

2. Спокійний акустичний простір. Важливо забезпечити *передбачувану структуру* музичної сесії: знайомі інтонації, ритмічна стабільність, поступове наростання і спад напруги. Простір має бути акустично м'яким, без різких звуків чи шумових подразників. Підтримуюча група (психолог-фасилітатор, музиканти, медперсонал) виступає як опора, що допомагає знизити тривожність.

3. Довіра і прозорість. Кожен учасник має знати, що відбуватиметься під час заняття, і відчувати контроль над ситуацією. Прозорість у діях всіх членів команди формує довіру – основу для відкритого спілкування та внутрішнього відновлення. Важливо. Є обізнаність команди, зокрема музикантів, щодо принципів травма-інформованості, типових військових травм, видів реакції та можливих наслідків, типів поведінки тощо (рекомендовано короткий інструктаж всіх учасників події).

4. Підтримка рівних (peer support). У активних групових сесіях військові можуть підтримувати один одного – не лише словами, а й через *спільне звучання*. Бути «разом у звуці» означає розділяти емоційний досвід, не вимагаючи вербалізації. Така взаємодія відновлює відчуття спільноти й бойового братерства у мирному контексті. Під час рецептивної сесії відчуття «рівний-рівному» не менш важливо.

5. Співпраця та взаємність також може стати метою музичної сесії (інтервенції). Усвідомлення того, що музична подія створюється *разом*, без ієрархії та примусу – є запорукою успішної інтервенції. Команда виступає не як «керівник», а як партнер у процесі. Це формує атмосферу взаємоповаги, де кожен звук — внесок у спільне відновлення.

6. Голос і вибір. Кожен учасник сам визначає, наскільки активно він залучається: підспівує чи просто слухає. Важливо залишати простір для вибору – це повертає відчуття контролю, якого люди часто позбавлені в умовах війни.

7. Культурний контекст. Велике значення має залучення знайомих *мелодій, пісень, образів і звуків*, які мають емоційну вагу для учасників. Українські народні пісні, марші, духовні наспіви або сучасні композиції стають каналом між особистою та колективною пам'яттю, допомагають відчутти належність і внутрішню опору.

Отже, підбір музичного матеріалу має здійснюватися з огляду на конкретний запит та контекст.

Нижче наведено загальні правила:

- репертуар повинен бути емоційно і культурно релевантним, але не травматичним.
- надмірно відомі пісні можуть викликати непередбачувані спогади, тому їх добір потребує обережності.
- інструментальна музика часто є найбільш безпечним вибором для перших етапів.

Рекомендація: починати з структурованої музики з поступовим розвитком і передбачуваними переходами (класична музика, камерні твори, повільні імпровізації тощо).

Інструментарій може бути також доволі різноманітним, але варто враховувати настрій та рівень підготовленості учасників. Ми наполягаємо на принципі «акустичної емпатії» – коли інструмент має «дихати» разом зі слухачами: флейта – повторює дихання, струнні – відтворюють пульсацію

життєвих ритмів, ударні – завдають ритм кроку. Це формує відчуття тілесного й емоційного контролю.

Узагальнюючи спостереження, для музичних інтервенцій у військових шпиталях рекомендації щодо використання музичних інструментів і музичного матеріалу можуть бути такі:

1. Інструменти мають бути прості, «безпечні», з м'яким, теплим тембром. Перевагу слід надавати інструментам, що не мають різких атак звуку, легко контролюються, не асоціюються з бойовими або тривожними шумами. *Такими є* гітара, укулеле, бандура, арфа (м'який тембр); флейта, блокфлейта, сопілка (тембр більш металевий, або дерев'яний, м'який, звучання використовує стовбур дихання, що може сприяти стабілізації дихання у реципієнтів); фортепіано (якісне акустичне або електронне піаніно з м'яким тембром) – важливе для відчуття гармонічної опори. Розмаїття ударних та шумових інструментів (кахон, шейкери, маракаси, дзвіночки, невеликі барабани чи джембе) можуть бути залучені для відчуття ритму, моторики; для колективної ритмізації, коли група вже стабілізована. Варто уникати дуже гучних, металевих або різко звучних інструментів (труба, тромбон, литаври, тарілки), бо вони можуть викликати сенсорну або емоційну реактивацію (нагадування про вибухи, сирени тощо). Однак при сприятливих умовах (фізичний та емоційний стан відвідувачів) звучання духових інструментів може додати енергії, відчуття сили і драйву.

2. При підборі музики для прослуховування (рецептивна терапія) перевага надається *передбачуваним, мелодичним, неагресивним творам*. Серед таких рекомендацій:

- барокові й класичні твори (Кореллі, Вівальді, Бах, Моцарт, Гайдн та ін.) завдячуючи структурованості та гармонійності;
- романтичні твори (без розлого широкої амплітуди емоцій) – може сприяти емоційному очищенню;
- кінематографічна музика (Ейнауді, Сильвестров, Циммер та ін.) – сприяє зануренню у спогади;

- українські народні мелодії, колискові, ліричні пісні – нададуть ефект культурної ідентичності, спогадів;
- джазові балади, лаунж-аранжування, камерна інструментальна музика – створить м'яке залучення до відчуття «тут і тепер», важливе у процесі реабілітації.

Варто уникати (зокрема, на перших етапах) творів з різкими контрастами, маршеvimи ритмами, тривожними гармоніями, дисонансами, похмурим, гнітючим колоритом, зловісним звучанням (наприклад, пов'язаних із трагічними подіями чи похоронною тематикою).

3. У роботі з групами доречно використовувати живе виконання камерних складів:

- струнний квартет або тріо;
- камерний оркестр без ударних;
- духовий ансамбль із флейт, кларнетів, гобоїв (уникаючи труб і тромбонів);
- народний ансамбль у м'яких тембрах (цимбали, бандура, сопілка, акордеон).

Таке звучання створює відчуття спільності, «живого дихання» і водночас не перевантажує акустику приміщення шпиталю.

В цілому музика може стати містчком між минулим і майбутнім. Тому з одного боку, рекомендується включати твори, знайомі з дитинства або з довоєнного часу, бо вони створюють відчуття безперервності життя. З іншого боку, поруч мають з'являтися нові композиції, написані українськими сучасними композиторами, бо це є сигналом, що культура жива і розвивається і життя продовжується.

Вибірково списки можливих творів представлено у Додатку 7.

Структура сесії рецептивної музикотерапії (з медійованою концертною програмою) може бути наступна.

- Підготовка простору
- Підготовка учасників

- Музичний прослуховувальний сегмент (основний блок)
- Завершальна частина: вербалізація / обговорення / рефлексія

Кожен з етапів описано у наступному розділі методичних рекомендацій.

В основному блоці музика має бути обрана відповідно до терапевтичних цілей. Виконання медійованої програми відбувається або наживо, або у високоякісному аудіоформаті. Рекомендується уникати різких динамічних контрастів, особливо у перші сесії. Тривалість блоку може змінюватися залежно від стану групи (рекомендовано 30-40 хвилин).

7. Мануал проведення події «Концерт + рефлексивна група»

Теоретичні положення, викладені у попередніх розділах, створюють основу для практичного застосування формату «концерт + фасилітована рефлексія» у військовому шпиталі. Проте ефективність цього підходу залежить не лише від добору музичного матеріалу, а й від чіткого алгоритму дій усієї команди. Саме тому даний розділ пропонує покроковий мануал, який може слугувати орієнтиром для психологів, музикантів, волонтерів і медичного персоналу під час проведення події.

Мануал описує ключові етапи роботи – від підготовки простору й вступної психоедукації до проведення концерту, фасилітації групової рефлексії та завершення зустрічі. Для кожного етапу наведено практичні рекомендації, приклади формулювань і стабілізаційних технік, що допомагають забезпечити безпеку учасників, знизити ризик повторної травматизації та створити умови для відновлення ресурсності.

Етап 1. Підготовка простору

Чому це важливо?

Травмо-інформований підхід вимагає передбачуваного, безпечного, сенситивного до тригерів середовища: воно знижує тривогу, мінімізує ризик повторної травматизації і підтримує саморегуляцію учасників. Саме на рівні простору реалізуються базові принципи безпеки, довіри, вибору, прозорості та співпраці, як описано в керівництві SAMHSA «Trauma-Informed Approaches

and Programs» [57]. Для гострих реакцій (паніка, флешбек, дисоціація) заздалегідь готується «тиха зона» та алгоритм деескалації згідно з рекомендаціями WHO mhGAP Humanitarian Intervention Guide [73]. У військовому контексті доцільно зменшувати фізичну дистанцію між виконавцями та слухачами, уникаючи підняття сцени чи інших бар'єрів, щоб підтримувати відчуття рівності й безпеки («bridging»). Частина принципів SAMHSA також акцентує на цьому аспекті.

Принципи організації простору:

- приміщення має бути достатньо тихим, з мінімальною кількістю тригерних звуків.
- сидіння мають бути розташовані так, щоб забезпечити відчуття безпеки та не викликати ізоляції.
- освітлення має бути м'яким, без різких змін яскравості.
- слід заздалегідь обговорити можливість виходу учасника зі сесії, якщо він відчує дискомфорт.

Принцип передбачуваності та контролю.

Посадку учасників варто організувати так, щоб виходи з приміщення були добре видимі. Військовослужбовець, який переживає наслідки бойового стресу, має відчувати можливість у будь-який момент залишити простір. Для цього доречно дозволяти тим, хто бажає, обирати місця ближче до виходу. На початку події ведучий має коротко пояснити тривалість заходу, його послідовність та наголосити на праві кожного учасника зробити паузу чи залишити простір. За рекомендацією SAMHSA [57] доречна наявність «тихої зони» (місця для усамітнення у випадку перевантаження), що підсилює відчуття безпеки й контролю. «Тиха зона» – окремий куточок у межах приміщення (або сусідня кімната), ізольований від основного звукового потоку. Вона призначена для учасників, у яких може з'явитися тривожна реакція, дисоціація чи паніка. Наявність такої зони реалізує право вибору та добровільність участі.

Принцип зниження сенсорного навантаження.

Для людей із симптомами ПТСР різкі сенсорні подразники можуть бути тригерними. Тому важливо уникати різких звукових піків, миготливого освітлення чи сторонніх шумів. Приміщення має бути захищене від випадкових гучних звуків (закриті вікна та двері). Телефони та інші пристрої переводяться у беззвучний режим. Музиканти попередньо домовляються про готовність у будь-який момент знизити динаміку чи зробити паузу, якщо цього потребуватиме група. Такі умови відповідають міжнародним клінічним рекомендаціям для профілактики повторної травматизації [74].

Розташування музикантів.

Бажано щоб музиканти не перебували на подіумі чи за фізичними бар'єрами, якщо це можливо, а залишались «на рівні очей» із учасниками. За спостереженнями А. Широкої та М. Кузій (Shyroka, A., 2023, [72]), це зменшує ієрархічну дистанцію, створює атмосферу довіри й сприяє відчуттю співпричетності. Учасники можуть краще спостерігати за виразами обличчя та рухами виконавців, що підсилює емоційний контакт і робить досвід більш автентичним.

Принцип доступності допомоги.

Усі проходи мають залишатися вільними для швидкого доступу медичних працівників. Поруч має бути доступ до води, серветок та організоване місце для усамітнення – «тиха зона». Усі члени команди заздалегідь ознайомлені з алгоритмом реагування на кризові стани (панічні атаки, флешбеки, дисоціація), що наведений у таблиці 4. За рекомендаціями WHO [4] це дозволяє мінімізувати ризики й гарантувати швидку підтримку.

Принцип культурної чутливості.

Оформлення простору має залишатися нейтральним, без використання символів чи візуальних елементів, які можуть нагадувати про бойові дії. Важливо уникати навіть потенційно тригерних маркерів: військової символіки, різких звуків чи запахів. Культурно сенситивне середовище підвищує ймовірність того, що учасники почуватимуться у безпечному просторі та зможуть вільніше проживати свій емоційний досвід [4; 73].

Брифінг команди перед подією (5–7 хв)

- нагадати умовні сигнали (психолог піднімає долоню – «тихіше/пауза»; слово «медик» – негайний підхід медичного персоналу);
- повторити алгоритм криз (паніка/флешбек/агресивний спалах/соматична криза);
- домовитися про короткі ролі: психолог – спостереження/деескалація/комунікація; музиканти – динаміка/пауза; медики – життєві показники/евакуація; волонтери – простір/супровід.

В Додатку 4 наведено чек-лист підготовки простору для проведення концерту з рефлексією.

Етап 2. Підготовка учасників і вступна частина події

Чому це важливо?

Для військових, які перебувають у шпиталі, передбачуваність та м'який вхід у подію є вирішальними. Саме вступна частина знижує рівень тривоги, створює відчуття безпеки та дає учасникам відчуття контролю над тим, що буде відбуватися далі. Це відповідає травмо-інформованим принципам «прозорості» й «вибору» [57; 71]. Підготовленими мають бути всі учасники події. Тож пропонується наступна структура:

- коротке пояснення мети сесії, принципу сприйняття музики, очікуваної тривалості.
- підкреслення того, що учасник не зобов'язаний «відчувати щось конкретне».
- можна дозволити закривати очі, змінювати положення тіла, але не залишаючи простір без попередження.

Структура вступу (15 хвилин).

1.Привітання та налаштування.

Психолог-фасилітатор коротко представляє команду: психолога, музикантів, медичного працівника, волонтерів. Надається базова інформація:

тривалість події, структура («спочатку музика, потім коротке обговорення»), право вийти у будь-який момент, наявність «тихої зони». На початку події фасилітатор обов'язково наголошує, що участь є добровільною, і кожен учасник має право залишити простір у будь-який момент без пояснень чи негативних наслідків. Це формує відчуття контролю й зменшує ризик повторної травматизації. Також важливо чітко озвучити принцип конфіденційності: усе, що відбувається під час концерту та групової рефлексії, не виходить за межі цієї групи. Це створює безпечні умови для самовираження.

Рекомендована фраза: «Сьогодні ми запрошуємо вас у простір музики та безпеки. Ви самі вирішуєте, наскільки активно брати участь. Ваша участь сьогодні є повністю добровільною. Якщо ви відчуєте, що хочете зробити паузу чи вийти – це абсолютно нормально. Ми поважаємо ваш вибір. Також хочу підкреслити: все, що буде сказано чи пережито в нашому колі, залишиться лише тут».

2.Проговорення можливих реакцій і інструкція «що робити, якщо важко».

Військовослужбовці можуть відчувати під час музики чи обговорення різні стани – від спокою й розслаблення до тривоги, сліз чи тілесного напруження. Заздалегідь озвучене попередження допомагає знизити страх перед власними реакціями та надає інструменти для самодопомоги.

Рекомендована фраза: «Коли ми слухаємо музику, можуть виникати різні реакції. Хтось відчує спокій, хтось може розплакатися, хтось - напруження чи навіть втому. Усе це природно. Якщо вам стане важко, ви можете скористатися простою технікою: зробіть кілька повільних вдихів і видихів, подивіться навколо й знайдіть щось, що вас заспокоює. Також ви завжди можете вийти до “тихої зони” чи попросити про підтримку. Зараз ми з вами разом спробуємо короткі техніки самодопомоги на випадок складних реакцій. Це займе близько 2-х хвилин часу».

Цей крок знімає напругу очікувань, нормалізує широкий спектр реакцій і підсилює відчуття безпеки, що є базовим для травмо-інформованих інтервенцій.

3. Вправи на заземлення і стабілізацію.

2–3 хвилини простих технік для зниження фізіологічної напруги.

Варіанти:

Вправи на заземлення і стабілізацію: методика «4 стихії».

Мета: швидке зниження рівня тривожності, повернення відчуття контролю над тілом і емоціями, стабілізація уваги «тут і тепер».

Тривалість: 3–5 хвилин.

Алгоритм проведення. Фасилітатор пропонує учасникам зосередитися на образах і тілесних відчуттях, пов'язаних зі стихіями природи:

Земля.

- Інструкція: «Відчуйте опору під ногами. Відчуйте, як підлога чи земля тримає вас. Подумайте про місце, яке для вас символізує стабільність і силу».
- Мета: відновлення відчуття безпеки й стабільності.

Вода.

- Інструкція: «Уявіть воду – річку, море чи навіть ковток чистої води. Зверніть увагу на рух дихання: вдих – як хвиля, видих - як відступ. Дозвольте напрузі “стекти” вниз разом із видихом».
- Мета: відновлення плавності, зниження тілесного напруження.

Вогонь.

- Інструкція: «Згадайте вогонь – полум'я свічки чи багаття. Уявіть, як його тепло торкається вас, зігріває й додає енергії. Сконцентруйтеся на внутрішній силі, яка пробуджується разом із цим образом».
- Мета: мобілізація життєвої енергії, активація внутрішнього ресурсу.

Повітря.

- Інструкція: «Зробіть кілька спокійних вдихів і видихів. Уявіть свіже повітря, яке наповнює ваші легені, дає простір і свободу. Відчуйте, як кожен вдих відкриває новий простір у вас».
- Мета: заспокоєння, розширення внутрішнього простору, відчуття легкості.

Завершення.

Фасилітатор підсумовує: «Ви щойно звернулися до чотирьох стихій – землі, води, вогню й повітря. Кожна з них може стати вашим ресурсом у моменті. Коли відчуваєте тривогу чи напруження, пригадайте цю вправу й повертайтеся до неї».

4. Інструкція «як слухати».

Завдання полягає не у «правильному» сприйнятті музики, а у дозволі собі реагувати так, як відчуває тіло та емоції. На цьому етапі важливо зняти з учасників очікування «правильних» реакцій і надати свободу індивідуального досвіду.

Рекомендована фраза: «Ми не очікуємо від вас жодної правильної реакції. Хтось може закрити очі і поринути в сон, хтось – уважно дивитися на музикантів і слухати. Дозвольте собі будь який досвід перебування тут».

Ця інструкція допомагає учасникам усвідомити, що будь-який спосіб взаємодії з музикою є прийнятним, знижує тривожність і підтримує принцип травмо-інформованого підходу «вибір і контроль».

Отже, щодо групової динаміки, звернімо увагу на те, що:

- учасники можуть мати різні рівні готовності до переживання.
- в групі можуть виникати:
 - розмиті кордони,
 - відхід у жартування,
 - прагнення уникнути уваги,
 - навпаки – надмірно інтенсивні емоційні розкриття.

Тому учасники музикотерапевтичного процесу мають підтримувати баланс, не форсуючи і не стримуючи процес інтенсивно.

Етап 3. Проведення концерту (рецептивна музична терапія) (30-40 хвилин)

На перехідному етапі виконується коротка композиція, яка задає тон і символізує власне перехід до спільного досвіду.

Це може бути спокійна інструментальна п'єса (наприклад, українська народна мелодія або класичний твір у повільному темпі).

Мета: створити «пороговий момент», коли учасники залишають «зовнішній шум» і входять у простір події.

Приклад концертної сесії (основна програма концерту):

«Чорнобривці» (муз.В.Верменича)

Тема з фільму «Gladiator» – «Now We Are Free» (Ганс Ціммер)

Маленька нічна серенада (Вольфганг Амадей Моцарт)

Experience (Людовіко Ейнауді)

«Summertime» (Джордж Гершвін)

Пори року (Антоніо Вівальді)

L'estasi (Габріеле Денаро)

Лібертанго (Астор П'яццолла)

Мелодія (Мирослав Скорик)

«Два кольори» (Олександр Білаш)

«Обійми мене (Коли настане день)» (Святослав Вакарчук)

Обґрунтування

Добір репертуару для концертної сесії ґрунтується на принципах емоційної рівноваги, передбачуваності, культурної ідентичності та поступового відновлення внутрішнього ресурсу слухача. Усі твори об'єднані спільною ідеєю – *шляхом від спогаду та смутку до надії, сили й життєствердження.*

1. «Чорнобривці» – пісня, що має особливу емоційну вагу для українців. Її мелодія викликає спогади про дім, дитинство, матір, створює відчуття безпеки й тепла. Вона відкриває сесію як музичний образ дому – місця, куди хочеться повернутися.

2. Тема з фільму «Gladiator» – музика, побудована на хвилях і наростаючій динаміці, символізує звільнення від болю, повернення внутрішньої сили. Її звучання створює ефект катарсису, допомагає слухачам відчувати полегшення.

3. «Маленька нічна серенада» – класичний твір із чіткою структурою, ясною гармонією та передбачуваним розвитком. Музика Моцарта сприяє стабілізації психоемоційного стану, стимулює концентрацію уваги й когнітивну активність.

4. Experience – сучасна мінімалістична композиція з медитативним характером. Вона дає слухачам простір для внутрішнього діалогу, спонукає до роздумів про власний досвід і шлях подолання.

5. Summertime – легка, впізнавана джазова мелодія створює емоційну розрядку, підтримує почуття свободи й теплого людського спілкування. Це момент «дихання» у середині програми. Мотив та ритм колискової важливі у процесі відновлення структури особистості, він дає чітку, але невимушену основу для ритмізації дихання, заспокоєння та розслаблення.

6. «Пори року» (концерт «Літо») – зміна частин в цілому символізує циклічність життя, зміну станів природи та людини. У терапевтичному контексті цей твір демонструє, що після зими завжди приходить весна – як метафора відновлення.

7. L'estasi – музика сучасного італійського композитора Г. Денаро поєднує класику і кінематографічну емоційність. Вона має піднесений характер, сприяє формуванню відчуття натхнення, віри у красу.

8. Libertango – знайома мелодія. Енергійний і життєствердний ритм танго підсилює відчуття тілесності, руху, радості. У контексті шпиталю – це музичне «нагадування про життя», про здатність рухатись уперед.

9. «Мелодія» М. Скорика – ніжна й глибока композиція, що стала символом української душевності. Вона створює момент колективного емоційного очищення, внутрішнього спокою.

10. «Два кольори» – пісня-сповідь, у якій поєднуються пам'ять і любов, біль і ніжність. Її виконання сприяє переосмисленню власного досвіду, підтримує зв'язок поколінь.

11. «Обійми мене» – фінальний твір, який несе енергію близькості, взаємної підтримки, любові та віри в життя. Це емоційна кульмінація програми – момент єдності між виконавцями та слухачами.

Підсумок

Програма складена з відносно відомих творів та створена з урахуванням терапевтичної моделі *«Відкриття → Катарсис → Інтеграція → Стабілізація»*. Задача кожного твору – поступово занурювати у музичний процес, м'яко підводячи до стабілізації емоційного та психологічного стану. Програму скоординовано за показниками: знайоме/нове, динамічне/розслаблююче, стабільноемоційне/невеликі емоційні зміни; вона має внутрішню драматургію відновлення. Початок і кінець («Чорнобривці» та «Обійми мене») не є випадковими і складають динамічну шкалу: від відчуття дитинства (минуле) – до надії (майбутнє). Переходи відбувається м'яко, без емоційного «перенасичення», що особливо важливо для військових із досвідом травматизації.

Додаток. Для успішного проведення основної сесії ще раз звернемо увагу на роль музикантів (та за необхідністю – диригента). Вони мають:

- володіти навичками регуляції групової динаміки.
- демонструвати стабільність, передбачуваність, доброзичливість.
- утримувати простір без тиску, авторитарності чи емоційної експансії.
- бути готовим до проявів:
 - мовчання,
 - напруження,
 - потреби дистанції,
 - несподіваної емоційної реакції.

Важливо те, що музика не «веде» учасника до переживання. Вона створює умови, в яких переживання стає можливим.

Етап 4. Перехід до групи рефлексії.

Навіщо цей етап?

Дослідження показують, що сама по собі музика знижує симптоми тривожності й ПТСР, проте найбільший терапевтичний ефект настає тоді, коли учасники мають можливість проговорити й осмислити свій досвід у безпечному колі. Саме групова рефлексія забезпечує інтеграцію пережитого, підтримку від інших і перетворення емоцій на ресурс .

1. Перехід від музики до слова (≈5 хв)

Після концерту учасники можуть залишатися в емоційному резонансі з музикою. Коротка пауза тиші допомагає стабілізувати стан і знизити ризик емоційного перевантаження.

Рекомендована фраза: «Давайте кілька хвилин посидимо в тиші. Зверніть увагу на своє дихання, відчуйте підлогу під ногами. Просто побудьте з тим, що є зараз».

2. Перші враження (≈10 хв)

Правила групи: участь добровільна, повага один до одного, думки кожного важливі. Вільний обмін враженнями нормалізує досвід («я не один») і формує групову підтримку. Якщо група мовчить, можна використати роботу в парах.

Спонукаючі відкриті запитання:

«Що найбільше відгукнулося вам у музиці?»

«Можна поділитися лише одним моментом чи емоцією».

3. Невербальне вираження (≈15 хв)

Для ветеранів і людей із травматичним досвідом безпечніше спочатку виразити емоції невербально, а вже потім переходити до слова. Це знижує ризик повторної травматизації й активізує інтеграцію досвіду .

Вправи:

Малюнок: «Зобразіть кольорами те, що залишилося після музики».

Метафоричні карти: «Оберіть картку, яка нагадує ваш теперішній стан».

Тілесний жест: «Покажіть рухом свій стан - навіть маленьким жестом руки чи плеча».

4. Групова інтеграція (≈20 хв)

Цей етап перетворює індивідуальні емоції на колективний досвід. Фасилітатор підсумовує й виділяє ресурси (спокій, надія, відчуття спільності).

5. Завершення та стабілізація (≈5–10 хв)

Закриття процесу необхідне, щоб учасники повернулися у безпечний стан і не залишили групу «відкритими» й вразливими .

Фрази:

«Зробімо кілька глибоких вдихів і видихів».

«Дякую за довіру і присутність. Якщо комусь зараз важко – залиштеся після зустрічі, ми поговоримо окремо».

Ритуали: хвилина тиші, подяка музикантам, символічне завершення (спільні оплески, коло вдячності).

Етап 5. Супровід після події

Завершення культурно-психологічної інтервенції не обмежується самим концертом і групою рефлексії. Важливим є супровід після події, адже саме він дозволяє інтегрувати пережитий досвід, запобігти можливим відстроченим кризовим реакціям і забезпечити безперервність підтримки.

1. Збір зворотного зв'язку.

Після завершення групи учасникам пропонується коротка анкета чи візуальна шкала (див. додаток 2, додаток 3). Мета - дати можливість висловити власні враження, оцінити зміни емоційного стану та надати рекомендації для наступних зустрічей. Анкетування повинно бути добровільним та анонімним, що підвищує щирість відповідей і відповідає етичним стандартам конфіденційності (World Health Organization, 2014, [1]; IASC, 2007, [64]).

2. Документування для психолога.

Фасилітатор одразу після події робить короткий запис: які емоційні тенденції були помітні, чи виникали кризові стани, які інтервенції були

ефективними. Така документація допомагає у подальшій супервізії та у формуванні рекомендацій для команди.

3. Де-брифінг команди.

Після концерту проводиться коротке обговорення (10–15 хв) між психологом, музикантами, медичним персоналом і волонтерами. Це дозволяє:

- виявити складні моменти й узгодити дії у випадку подібних ситуацій у майбутньому;
- відзначити позитивні практики, які варто закріпити;
- знизити напруження серед самих учасників команди.

Подібні міні-супервізії знижують ризик професійного вигорання та підвищують узгодженість дій (VA/DoD, 2023, [74]).

4. Підтримка учасників після події.

Упродовж 24–48 годин варто забезпечити можливість для короткого контакту: це може бути особиста розмова у палаті, дзвінок чи повідомлення від психолога або волонтера. Мета - перевірити, чи не виникли відстрочені негативні реакції (безсоння, посилення тривожності, відчуженість). При необхідності - організувати індивідуальну консультацію чи маршрутизацію до спеціаліста.

5. Планування наступних зустрічей.

У кінці події фасилітатор озвучує (або нагадує), коли відбудеться наступна інтервенція. Передбачуваність формату формує у військовослужбовців відчуття стабільності та позитивного очікування, що відповідає принципам травмо-інформованого підходу (SAMHSA, 2014, [57]).

8. Методи короткої оцінки ефективності

Оцінка ефективності культурно-психологічних інтервенцій у шпитальному контексті має важливе значення як для команди, так і для учасників. Вона дозволяє зрозуміти, які формати сприяють зниженню тривожності, поліпшенню емоційної регуляції та підвищенню відчуття підтримки. Водночас оцінка повинна бути максимально делікатною, короткою

й добровільною, аби не створювати додаткового навантаження на військовослужбовців.

Навіщо це робити?

1. Моніторинг стану учасників. Просте відстеження динаміки емоцій (наприклад, до і після події) допомагає фіксувати позитивні чи негативні зміни.

2. Зворотний зв'язок для команди. Дані анкет допомагають фасилітатору, музикантам і медикам коригувати подальші інтервенції, добір музичного матеріалу, формат рефлексії.

3. Аналітика для проєкту. Систематизація результатів дозволяє готувати звіти, наукові публікації та обґрунтовувати потребу в масштабуванні формату.

Як саме проводиться оцінка?

Використовуються дві форми анкетування:

– анкета для слухачів концерту (фокус на емоційних змінах і загальному враженні) (Додаток 2);

– анкета для учасників груп рефлексії (фокус на корисності вправ, відчутті безпеки, рівні підтримки) (додаток 3) .

Анкети заповнюються добровільно й можуть бути як письмовими, так і в усній формі (коротке інтерв'ю фасилітатора).

Для зручності можна застосовувати візуальні шкали – від 0 до 10 (напр. «Наскільки зараз ви відчуваєте спокій?»). Вони валідовані у міжнародних практиках як швидкий інструмент скринінгу (World Health Organization, VA/DoD, 2023) [1; 74].

Як інтерпретувати результати?

- Дані не використовуються для «клінічної діагностики», а лише для динамічного спостереження.
- Зміни в 2–3 бали на візуальній шкалі можуть розглядатися як значущі у короткостроковій перспективі.

- Важливо враховувати якісний компонент - коментарі учасників: які моменти концерту чи групи були найбільш цінними, що викликало труднощі.
- Якщо анкета чи вербальний фідбек вказують на серйозне погіршення стану (посилення флешбеків, безсоння, агресивні чи суїцидальні думки), психолог має зафіксувати це у власних нотатках і маршрутизувати людину до клінічного спеціаліста (див. протоколи в додатку 5, 6).

Приклад застосування.

Перед концертом учасник відмічає рівень тривоги «7» із 10. Після концерту – «4». Це інтерпретується як зниження суб'єктивної напруги. У групі рефлексії він додатково зазначає, що відчув полегшення після обговорення з іншими. Таким чином, поєднання кількісних і якісних даних дозволяє зафіксувати позитивний ефект саме у контексті нашої інтервенції. Алгоритм збору та аналізу анкет наведений нижче у таблиці 6.

Таблиця 6. Алгоритм збору та аналізу анкет

Етап	Хто відповідає	Дії	Коментарі
Перед подією	Психолог-фасилітатор / волонтер	Коротко повідомляє учасників, що після концерту та/або групи буде можливість заповнити анкету. Підкреслює добровільність.	Наголосити: «Ви можете не відповідати на питання, якщо не хочете. Це лише допомога нам у покращенні зустрічей».

Після концерту / групи	Волонтер / фасилітатор	Роздає анкети (паперові чи QR-код на Google Form). Пропонує залишитися для заповнення або взяти з собою.	Важливо дати простір і час, не тиснути. Якщо хтось хоче відповісти усно - фасилітатор може записати.
Збір анкет	Волонтер	Збирає заповнені анкети у конверт / коробку. Для онлайн-форм - автоматичне збереження у спільній таблиці.	Забезпечити анонімність: не збирати ПІБ, не фотографувати відповіді.
Первинна обробка	Психолог-фасилітатор	Переглядає якісні відповіді (коментарі), позначає «червоні прапорці» (ознаки суїцидальних думок, загострення симптомів).	У випадку серйозних сигналів - діяти за протоколом кризового реагування (див. додаток 5).

Аналіз результатів	Психолог + координатор проєкту	Підраховує середні зміни за шкалами (до/після), узагальнює якісні відгуки. Формує короткий звіт.	Не інтерпретувати як діагноз. Лише фіксувати тенденції (зниження тривоги, підвищення спокою тощо).
Зворотний зв'язок команді	Психолог	На де-брифінгу (10–15 хв) озвучує основні результати: що працювало, що викликало складнощі.	Це допомагає коригувати наступні події, підтримує розвиток музикантів і фасилітаторів.
Архівування	Координатор	Зберігає анонімні анкети (паперові у сейфі, електронні - у захищеній папці).	Забезпечити дотримання принципів конфіденційності.

9. Висновок

Запропоновані методичні рекомендації виконують поставлену мету: вони описують засади використання рецептивних музичних інтервенцій у шпитальному середовищі у форматі «прослуховування концерту + фасилітована психологом група рефлексії». На основі сучасних наукових даних і принципів травмо-інформованого підходу окреслено чіткий протокол роботи психолога-фасилітатора: від підготовки простору і створення

безпечної атмосфери до супроводу учасників під час концерту, фасилітації групової рефлексії та завершення події.

Особливу увагу приділено питанням безпеки й етики. Рекомендації містять алгоритми реагування на кризові стани, межі компетенцій різних членів команди та заходи запобігання повторній травматизації. Це забезпечує можливість безпечного впровадження формату навіть у вразливих умовах військового шпиталю, де поєднуються фізичні травми та психологічні наслідки бойового досвіду.

Було скоординовано дії психолога і музикантів, що дало змогу сформулювати принципи підбору музичного репертуару з урахуванням стану, віку, культурного фону та емоційних потреб пацієнтів.

Розроблено поетапну модель впровадження музичних практик (рецептивної музикотерапії) у діяльність шпиталів за участі музикантів, психологів і медичного персоналу, яка є практично здійсненою. Вона може бути легко інтегрована у програми психологічної підтримки та реабілітаційні маршрути військовослужбовців, чим створена база для подальших наукових досліджень та навчальних програм у сфері музичної терапії.

Окремо визначені прості та практичні інструменти оцінювання ефективності інтервенцій: анкети, візуальні шкали емоцій, зворотний зв'язок від учасників. Вони дозволяють отримувати об'єктивні дані про зміни стану військовослужбовців і коригувати програму відповідно до їхніх потреб, зберігаючи при цьому етичні стандарти добровільності та конфіденційності.

Запропоновані методичні рекомендації є практичним орієнтиром для психологів, фасилітаторів та мультидисциплінарних команд, які працюють у шпиталях. Вона пропонує інтегровану модель, що поєднує музичний досвід та психологічний супровід, спрямовану на зниження тривожності, підвищення ресурсності та формування відчуття підтримки й приналежності. Реалізація цих рекомендацій сприятиме підвищенню якості психосоціальної допомоги військовослужбовцям у процесі лікування та реабілітації.

Перспектива

Рецептивна музикотерапія може залишатися центральною у процесі реабілітаційних практик, але рецептивні сесії можуть значно підсилитись, якщо поряд із ними впроваджуються додаткові підтримуючі активності, які залучають:

- тіло (рух, дихання, ритм),
- голос (спів, вокальна імпровізація),
- активну творчу участь (гра на інструментах, написання текстів, звукотворення),
- включають уявні та образні техніки (керована уява / споглядальні вправи).

Такі активності не замінюють рецептивну модель, але створюють для неї підтримуючий терапевтичний контекст, у якому:

- легше знижувати гіперзбудливість,
- простіше повертати відчуття тілесної присутності,
- швидше формується почуття спільності та довіри в групі,
- з'являється внутрішній ресурс, а не тільки «опрацювання травми».

Тому доцільно:

1. Зберігати рецептивне прослуховування як центральний елемент моделі.

2. Доповнювати його структурованими активними та творчими модулями.

3. Розробити додаткові протоколи для цих модулів:

- цілі та очікувані ефекти,
- тривалість і послідовність,
- правила безпеки,
- способи оцінювання динаміки стану учасників.

Ці доповнення не ускладнюють модель, а роблять її гнучкішою і дозволяють адаптувати її:

- під різні групи військовослужбовців,
- під індивідуальні та групові формати,

- під різні етапи реабілітації (гостра, стабілізаційна, довготривала підтримка).

Таким чином, застосування музики у військових шпиталях має комплексний вплив: воно сприяє зціленню не лише тіла, але й душі, підтримує віру в життя, людяність і єдність у найважчі часи.

10. Джерела

1. World Health Organization. Scaling up mental health and psychosocial services in war-affected regions: best practices from Ukraine. 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/scaling-up-mental-health-and-psychosocial-services-in-war-affected-regions--best-practices-from-ukraine>.
2. Ветеранський фонд «Поруч з ветераном» URL: <https://veteran-reintegration.in.ua> (дата звернення: 21 вересня 2025 р.)
3. Центр застосування принципів у громаді. Реабілітація: посібник (2024). URL: : <https://www.pryncyp.org/wp-content/uploads/2024/12/reabilitacziya-web.pdf> (дата звернення: 21.09.2025)
4. World Health Organization. Building resilient mental health systems in Europe: key lessons from the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2024. URL: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-9723-49495-74056> (дата звернення: 21.09.2025)
5. A Surge of Wartime Brain Injuries Is Changing Lives—and Offering Lessons. *The Wall Street Journal*. 2024. URL: <https://www.wsj.com/health/healthcare/a-surge-of-wartime-brain-injuries-is-changing-livesand-offering-lessons-898a9745> (дата звернення: 21.09.2025).
6. Lawry, Lynn Lieberman; Korona-Bailey, Jessica; Hamm, Tiffany E.; Maddox, John; Janvrin, Miranda; Juman, Luke; Berezyuk, Oleh; Smolinski, George; Brim, William; Perez Koehlmoos, Tracey. A qualitative assessment of war-related rehabilitation needs and gaps in Ukraine. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2025. Vol. 44, article 175. DOI:10.1186/s41043-025-00912-4. URL: <https://jhpn.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41043-025-00912-4> (дата звернення: 21.09.2025).
7. Dmytriv, I. *Participation in cultural events as a factor of mental health for Ukrainians during the war*. (Master's thesis). Ukrainian Catholic University, 2024.
8. Chuprii, L. V., Nastoiascha, K. V. & Marutian, R. R. (2023). Kompleksne sotsiologichne doslidzhennia kul-turnykh praktyk naseleння Ukrainy pid chas viiny [Comprehensive sociological study of cultural practic-es of the population of Ukraine during the war]. Millennium+
9. Mak, H. W., et al. Art for health's sake or health for art's sake: Disentangling the bidirectional relationships between arts engagement and mental health. *PNAS Nexus*. 2024;3(11):465. DOI: [10.1093/pnasnexus/pgae465](https://doi.org/10.1093/pnasnexus/pgae465).
10. Viola, E., Martorana, M., Ceriotti, D., De Vito, M., De Ambrosi, D., Faggiano, F. The effects of cultural engagement on health and well-being: a systematic review. *Frontiers in Public Health*. 2024. Vol. 12. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1369066/full> (дата звернення: 21.09.2025).

11. Fancourt, D., Ockelford, A., Belai, A. The biological impact of listening to music in clinical and nonclinical settings: a systematic review. *Progress in Brain Research*. 2014. Vol. 207. P. 143–171. DOI:10.1016/B978-0-444-63327-9.00008-4. URL: https://www.researchgate.net/publication/324863815_The_biological_impact_of_listening_to_music_in_clinical_and_nonclinical_settings_A_systematic_review (дата звернення: 21.09.2025).
12. Dingle, G. A., Sharman, L. S. Music as a psychosocial intervention for trauma, posttraumatic stress disorder, and other mental health conditions of adults: a systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12. Article 647975. DOI:10.3389/fpsyg.2021.647975. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8147775/> (дата звернення: 21.09.2025).
13. Taruffi, L., Pehrs, C., Skouras, S., Koelsch, S. Effects of sad and happy music on mind-wandering and the default mode network. *Heliyon*. 2017. Vol. 3, Iss. 10. Article e00426. DOI:10.1016/j.heliyon.2017.e00426. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405844018307205> (дата звернення: 21.09.2025).
14. Arnold, C. A., Bagg, M. K., Harvey, A. R. Music therapy for post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder: a systematic review of effectiveness. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. Article 1361857. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1361857. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2024.1361857/full> (дата звернення: 21.09.2025).
15. Koelsch, S. A neuroscientific perspective on music therapy. *Nature Neuroscience*. 2009. Vol. 12, Iss. 6. P. 709–713. DOI:10.1038/nn.2726. URL: <https://www.nature.com/articles/nn.2726> (дата звернення: 21.09.2025). 15
16. Ferreri, L., Mas-Herrero, E., Zatorre, R. J., Ripollés, P., Gomez-Andres, A., Alicart, H., Olivé, G., Marco-Pallarés, J., Antonijoan, R. M., Valle, M., Riba, J., Rodriguez-Fornells, A. Dopamine modulates the reward experiences elicited by music. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2019. Vol. 116, Iss. 9. P. 3793–3798. DOI:10.1073/pnas.1811878116. URL: https://brainvitge.org/website/wp-content/uploads/2021/11/Ferreri_nyas.2021.pdf (дата звернення: 21.09.2025). 16
17. Riby, L. M., Fenwick, S. K., Kardzhieva, D., Allan, B., McGann, D. Unlocking the Beat: Dopamine and Eye Blink Response to Classical Music *NeuroSci*. 2023. Vol. 4, Iss. 2. P. 152–163. DOI: 10.3390/neurosci4020014. URL: <https://www.mdpi.com/2673-4087/4/2/14> (дата звернення: 21.09.2025).
18. Zaatari, M. T., Alhakim, K., Enayeh, M., Tamer, R. The transformative power of music: Insights into neuroplasticity, health, and disease. *Brain, Behavior, & Immunity – Health*. 2023. Vol. 35. Article 100716. DOI: 10.1016/j.bbih.2023.100716. URL:

- <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10765015/> (дата звернення: 21.09.2025).
19. Ning, M., Wen, S., Zhou, P., Zhang, C. Ventral tegmental area dopaminergic action in music therapy for post-traumatic stress disorder: A literature review. *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. Article 1014202. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1014202. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2022.1014202/pdf> (дата звернення: 21.09.2025).
 20. Flores-García, M., Flores, Á., Aso, E., Otero-López, P., Ciruela, F., Videla, S., Grau-Sánchez, J., Rodríguez-Fornells, A., Bonaventura, J., Fernández-Dueñas, V. Music therapy and neurobiological mechanisms: dopaminergic perspectives for clinical practice. *Biomedicine & Pharmacotherapy*. 2023. Vol. 164. Article 114012. DOI: 10.1016/j.biopha.2023.114012.
 21. Koelsch, S. Brain correlates of music-evoked emotions. *Nature Reviews Neuroscience*. 2014. Vol. 15, Iss. 3. P. 170-180. DOI:10.1038/nrn3666. URL: <https://www.nature.com/articles/nrn3666> (дата звернення: 21.09.2025).
 22. Arnold, C. A., Bagg, M. K., Harvey, A. R. The psychophysiology of music-based interventions and the experience of pain: a systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. Article 1361857. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1361857. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2024.1361857/full> (дата звернення: 21.09.2025).
 23. Särkämö, T., Tervaniemi, M., Laitinen, S., Forsblom, A., Soinila, S., Mikkonen, M., Autti, T., Silvennoinen, H. M., Erkkilä, J., Laine, M., Peretz, I., Hietanen, M. Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. *Brain*. 2008. Vol. 131, Iss. 3. P. 866–876. DOI: 10.1093/brain/awn013. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18287122/> (дата звернення: 21.09.2025).
 24. Vickhoff, B., Malmgren, H., Åström, R., Nyberg, G., Ekström, S. R., Engwall, M., Snygg, J., Nilsson, M., Jörnsten, R. Music structure determines heart rate variability of singers. *Frontiers in Psychology*. 2013. Vol. 4. Article 334. DOI: 10.3389/fpsyg.2013.00334. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2013.00334/full> (дата звернення: 21.09.2025).
 25. Bradt, J., Dileo, C., Magill, L., Teague, A. Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021. Issue 7. Art. No.: CD006902. DOI: 10.1002/14651858.CD006902.pub5. URL: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006902.pub5/full> (дата звернення: 21.09.2025).
 26. Gradus Research. *Mental health and attitudes of Ukrainians towards psychological assistance during war*. 2024. URL: <https://gradus.app/en/open-reports/mental-health-and-attitudes-ukrainians-towards-psychological-assistance-during-war/> (дата звернення: 21.09.2025).

27. Papini, M. R.; Fuchs, P. N.; Torres, C. Behavioral neuroscience of psychological pain. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2015. Vol. 48. P. 53-69. DOI:10.1016/j.neubiorev.2014.11.004. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149763414003407> or personal TCU PDF (Papini et al.).
28. Bradt, J. Music for chronic pain management. In: Fleeming, R. (ed.). *Music and mind: Harnessing the arts for health and wellness*. New York: Viking, 2024. URL: <https://www.amazon.com/dp/059365319X>.
29. Leech, K., Stapleton, P., Patching, A. A roadmap to understanding interoceptive awareness and PTSD: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*. 2024;15:1355442. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1355442.
30. Vetro-Kalseth, Danielle; Rebecca Vaudreuil; Lorna E. Segall. Treatment description and case series report of a phased music therapy group to support Veteran reintegration. *Military Psychology*. 2021. Vol. 33, Iss. 6. P. 446-452. DOI: 10.1080/08995605.2021.1962194. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38536369/> (дата звернення: 21.09.2025).
31. Gooding, L., Langston, D. Music therapy with military populations: a scoping review. *Nordic Journal of Music Therapy*. 2019. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31696919/>.
32. Veteran Hub. URL: <https://veteran.com.ua> (дата звернення: 21.09.2025).
33. Музика для душі: у Тернополі ветерани створили власний музичний гурт. *Teren*. 2024. URL: https://teren.in.ua/news/muzika-dlya-dushi-u-ternopoli-veterani-stvorili-vlasniy-muzichniy-gurt_410273.html (дата звернення: 21.09.2025).
34. Реабілітація музикою: у Центрі «Незламні» впроваджують новий напрям лікування посттравматичних розладів. Львівська міська рада. 2024. URL: <https://city-adm.lviv.ua/news/science-and-health/medicine/298638-reabilitatsiia-muzykoiu-u-tsentri-nezlamni-vprovadzhuut-novyi-napriam-likuvannia-posttravmatychnyh-rozladiv> (дата звернення: 21.09.2025).
35. Victory Beats. 2024. URL: <https://victorybeats.org/en/> (дата звернення: 21.09.2025).
36. Druz, Oleg; Chaban, Oleg; Frankova, Iryna; Lahutina, Sofiia; Lyzak, Oksana; Kyryliuk, Serhii; Khaustova, Olena. Prevalence and Distribution of Mental Disorders at Inpatient Psychiatry Service of a Large Military Hospital in Ukraine. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2025. Vol. 35, Suppl. 1, S47-S56. DOI:10.5152/pcp.2025.24871. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40864899/> (дата звернення: 21.09.2025).
37. Department of Veterans Affairs, Department of Defense. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. Version 4.0 – 2023. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/> (дата звернення: 21.09.2025).

38. American Psychiatric Association (APA). URL: <https://www.psychiatry.org/> (дата звернення: 01.10.2025).
39. Ткаченко, О., Бондар, Т., Ляхова, О., Гавриленко, Т., Зінченко, О. Психічне здоров'я та посттравматичний синдром у військових залежно від участі в активних бойових діях = Mental health and post-traumatic stress disorder in military personnel depending on participation in active hostilities. *ResearchGate*. 2024. URL: https://www.researchgate.net/publication/382610525_Psichicne_zdorov%27a_ta_posttravmatichnij_sindrom_u_vijskovih_zalezno_vid_ucasti_v_aktivnih_bojovih_diah Mental Health and Post-Traumatic Stress Disorder in Military Personnel Depending on Participation in (дата звернення: 21.09.2025).
40. Чорна, В. В., Серебреннікова, О. А., Коломієць, В. В. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Vinnitsia National Pirogov Memorial Medical University Repository*. 2023. URL: <https://dspace.vnmu.edu.ua/123456789/6413> (дата звернення: 21.09.2025).
41. Особливості тривожності серед українських військовослужбовців. *Вісник психологічного факультету Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2024. URL: <https://bpsy.knu.ua/index.php/psychology/article/view/441/377> (дата звернення: 21.09.2025).
42. Hukovskyy, O., West, J. C., Morganstein, J. C., et al. The Combat Path: Sustaining Mental Readiness in Ukrainian Soldiers. *U.S. Army War College Quarterly Parameters*. 2024. Vol. 54, Iss. 2. DOI:10.55540/0031-1723.3285. URL: <https://publications.armywarcollege.edu/News/Display/Article/3789930/the-combat-path-sustaining-mental-readiness-in-ukrainian-soldiers/> (дата звернення: 21.09.2025).
43. For the STRONG STAR Consortium & the Consortium to Alleviate PTSD. Aggression and violent behavior in the military: Self-reported conflict tactics in a sample of service members and veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder. *Aggression and Violent Behavior*. 2022. Vol. 66. Article 101734. DOI: 10.1016/j.avb.2022.101734. URL: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101734> (дата звернення: 21.09.2025).
44. VA National Center for PTSD. *Moral Injury and PTSD*. 2023. URL: https://www.ptsd.va.gov/understand/related/moral_injury_ptsd.asp (дата звернення: 21.09.2025).
45. Zasiakina, L., Kokun, O., Kozihora, M., Fedotova, T., Zhuravlova, O., Wojko, M. A Concept Analysis of Moral Injury in Ukrainian National Guard Service Members' Narratives: A Clinical Case Study. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2022. Vol. 9, № 1. P. 296-314. DOI: 10.29038/eejpl.2022.9.1.zas Semantic Scholar

46. Zasiiekina, L., Kokun, O., Hlova, I., Bojko, M., ін. Defining conceptual boundaries of moral injury and post-traumatic stress disorder in military population: A systematic review. *East European Journal of Psycholinguistics*. 2023. Vol. 10, № 1. P. 299-314. DOI: 10.29038/eejpl.2023.10.1.zas
47. Moral Injury. *Psychology Today*. 2024. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/basics/moral-injury> (дата звернення: 21.09.2025).
48. Koenig, H. G., Youssef, N. A., Pearce, M. Assessment of Moral Injury in Veterans and Active Duty Military: A Review. *Frontiers in Psychiatry*. 2019. Vol. 10. Article 443. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00443. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2019.00443/full> (дата звернення: 21.09.2025).
49. Griffin, B. J., Purcell, N., Burkman, K., et al. Moral injury is independently associated with suicidal thoughts and behaviors among U.S. military veterans. *Frontiers in Psychiatry*. 2025.. DOI: 10.3389/XXXXX (точний для статті Griffin et al., 2025). URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12317004/> (дата звернення: 21.09.2025).
50. Moradi, Y., Scott, K. M., Fazel, S., Naeem, F., Fekadu, A., et al. The global prevalence of depression, suicide ideation, and substance use among active military; systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2021. Vol. 21, Article 510. DOI: 10.1186/s12888-021-03526-2. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8520236/> (дата звернення: 21.09.2025).
51. Mysliwiec, V., Brock, M. S., Creamer, J. L., O'Reilly, B. M., Germain, A., Roth, B. J. Military-related sleep disorders: clinical presentations and interventions. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2021. Vol. 17, Iss. 10. P. 2003–2013. DOI: 10.5664/jcsm.9182. URL: <https://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.9182> (дата звернення: 21.09.2025).
52. *Insomnia disorder common in post-9/11 Veterans*. U.S. Department of Veterans Affairs Research Currents. 2020. URL: <https://www.research.va.gov/currents/1020-Insomnia-disorder-common-in-post-9-11-Veterans.cfm> (дата звернення: 21.09.2025).
53. Zhu, Y., Zhang, L., Sun, Q., Zhou, W., Zhou, Y., Wang, J. Prevalence and risk factors of sleep disorders among military personnel and veterans: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Public Health*. 2024. Vol. 12. Article 1390636. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1390636. Режим доступу: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1390636/full> (дата звернення: 21.09.2025).
54. Finan, P. H., Goodin, B. R., Smith, M. T. The association of sleep and pain: an update and a path forward. *Journal of Pain*. 2013. Vol. 14, Iss. 12. P. 1539–1552. DOI: 10.1016/j.jpain.2013.08.007. URL:

- <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3519938/> (дата звернення: 21.09.2025).
55. Flory, J. D., Yehuda, R. Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2015. Vol. 17, Iss. 2. P. 141–150. DOI: 10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2015.17.2/jflory> (дата звернення: 21.09.2025).
 56. Kelly, M. R., Zeineddine, S., Mitchell, M. N., Sankari, A., Pandya, N., Carroll, S., Shamim-Uzzaman, Q. A., Salloum, A., Badr, M. S., Martin, J. L. Insomnia disorder in the military: prevalence, clinical presentation, and treatment outcomes in active duty service members. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2022. Vol. 18, Iss. 7. P. 1729–1738. DOI: 10.5664/jcsm.10410. URL: <https://jcsm.aasm.org/doi/10.5664/jcsm.10410> (дата звернення: 21.09.2025).
 57. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. 2014. URL: <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/sma14-4884.pdf>.
 58. Classen, C. C., Clark, C. S. Trauma-informed care. In: Gold, S. N. (ed.). *APA handbook of trauma psychology: Trauma practice*. Worcester: APA, 2017. DOI: 10.1037/0000020-025.
 59. Feakins, C., Barrett, E., Bower, M. Trauma-heritage: towards a trauma-informed understanding of heritage. *International Journal of Heritage Studies*. 2024;30(8):857–871. DOI: 10.1080/13527258.2024.2342286
 60. Practical Guide for Implementing a Trauma-Informed Approach. In Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2023. <https://store.samhsa.gov/>
 61. Мосол Н. О., Залановська Л. І Травма-інформований підхід в реалізації соціально-психологічної допомоги. *Psychological patterns of social processes and personality development in modern society : scientific monograph*. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. Cuiavian University in Wloclawek, 2024: 118-129. URL: <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-481-8-8>.
 62. Sajjani, N., Johnson, D. R. Trauma-informed drama therapy. Springfield: Charles C Thomas, 2014.
 63. Frazier, J. T. Music Across the Continuum of Care: A Hospital Setting. In: Fleeming, R. (ed.). *Music and Mind: Harnessing the Arts for Health and Wellness*. New York: Viking, 2024.
 64. IASC. Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. 2007. URL: <https://www.unhcr.org/media/iasc-guidelines-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings>.
 65. Osborne, N. (2009). Music for children in zones of conflict Q1 Q2 and post-conflict: a psychobiological approach. In Communicative Musicality. S. Malloch & C. Trevarthen, Eds.: 331–356. OUP.

66. Osborne, N. Neuroscience and “real world” practice: music as a therapeutic resource for children in zones of conflict. *The Neurosciences and Music IV Learning and Memory*. Vol.1252, Issue1 April 2012, 69-76. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06473.x>
67. Осборн Н. Цикл лекцій «Підходи до арттерапії під час військових конфліктів». URL: <https://artherapyforce.com.ua/resource/lektsiia-pidkhody-do-artterapii-pid-chas-viiskovykh-konfliktiv/>
68. Осборн, Н. Нейронаука і практика «реального світу»: музика як терапевтичний ресурс для дітей у зонах конфлікту. URL: <https://artherapyforce.com.ua/resource/neironauka-i-praktyka-realnoho-svitu-br-muzyka-ia-terapevtychnyi-resurs-dlia-ditei-u-zonakh-konfliktu/>
69. Осборн, Н. Колвін Тревартен — психобіолог, який навчив музикантів співати. URL: <https://artherapyforce.com.ua/resource/psychobiolog-yakuj-navchuv-muzykantiv-spivaty/>
70. Осборн, Н. Музика для дітей у зонах конфлікту і постконфліктний період: психобіологічний підхід. URL: <https://artherapyforce.com.ua/resource/muzyka-dlia-ditei-v-zonakh-konfliktu-i-postkonfliktnyi-period-psykhobiolohichniy-pidkhid/>
71. Shyroka, A., Kuziy, M., Semkiv, I. Recovery through music. An initiative in the Lviv National Philharmonic during the war in Ukraine. *Musiktherapeutische Umschau*. 2023;44(3):257–268. DOI: [10.13109/muum.2023.44.3.257a](https://doi.org/10.13109/muum.2023.44.3.257a).
72. Shyroka, A., Kuziy, M., Marutian, R. Music for Healing the Wounds of War: Trauma-informed musical events in Ukraine. *Musiktherapeutische Umschau*. 2025;46(3):244–259. DOI: [10.13109/muum.2025.46.3.244a](https://doi.org/10.13109/muum.2025.46.3.244a).
73. World Health Organization. mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies. Geneva: WHO, 2017. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250138/9789241548922-ukr.pdf>.
74. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. 2023. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>.
75. Інструкція. Протоколи надання психологічної допомоги в умовах війни [Електронний ресурс] // Громадська організація «Спротив». 2022. 36 с. Режим доступу: <https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2022/05/16-%D0%86%D0%BD%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F-%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D0%B8.pdf> (дата звернення: 21.09.2025).

11.Додатки

Додаток 11.1 Чек-лист для фасилітатора

Симптом / стан	Як помітити у шпиталі	Що робити психологу	На що звернути увагу додатково
ПТСР	<ul style="list-style-type: none"> • відмова від зустрічей, уникання групових заходів • нічні крики, поведінка «наче в бою» • агресивність, підозрілість 	<ul style="list-style-type: none"> • пояснити формат і дати право «вийти» • застосувати вправи на стабілізацію (дихання, заземлення) • маршрутизувати у разі загострення 	<ul style="list-style-type: none"> • потенційний суїцидальний ризик • коморбідність з депресією та безсонням
Тривожність	<ul style="list-style-type: none"> • постійне відчуття небезпеки • неспокій, настороженість • труднощі зі сном, зосередженням 	<ul style="list-style-type: none"> • провести скринінг (GAD-7) • забезпечити передбачуваність процедур • навчити простим технікам регуляції (дихання, «заземлення») 	<ul style="list-style-type: none"> • може маскуватися під соматичні скарги (біль у серці, головний біль)
Панічні реакції	<ul style="list-style-type: none"> • раптове серцебиття, тремтіння • задишка, відчуття нереальності • сильний страх смерті 	<ul style="list-style-type: none"> • створити безпечний простір • ізолювати у «тиху зону» • допомогти відновити дихання (короткий вдих – довгий видих) 	<ul style="list-style-type: none"> • уникати медичних маніпуляцій у момент паніки • після нападу пояснити нормальність реакції
Агресивність / подразливість	<ul style="list-style-type: none"> • вербальні напади, крик • різкі рухи, демонстрація сили • конфліктність з персоналом чи пацієнтами 	<ul style="list-style-type: none"> • зберігати спокійний тон, поважну дистанцію • використати вербальні техніки деескалації • дати можливість паузи 	<ul style="list-style-type: none"> • агресія часто маскує страх або біль • важливо не ставати в позицію «контролю», а лишатися партнером

Провина моральна травма /	<ul style="list-style-type: none"> • висловлювання «винен, що вижив» • замкненість, уникання теми війни • сором, емоційна черствість 	<ul style="list-style-type: none"> • нормалізувати переживання як природну реакцію • підтримати вираження емоцій у безпечному середовищі • фасилітувати обговорення без оцінок 	<ul style="list-style-type: none"> • високий ризик суїцидальних думок • варто залучати духовних наставників чи групи підтримки
Депресія	<ul style="list-style-type: none"> • апатія, відмова від участі • втрата інтересу, песимізм • ізоляція від групи 	<ul style="list-style-type: none"> • використати РНQ-9 • створювати відчуття значущості малих дій • залучати у групову підтримку 	<ul style="list-style-type: none"> • депресія часто поєднується з безсонням і болем • звертати увагу на ризик суїцидальних висловлювань
Хронічний біль	<ul style="list-style-type: none"> • часті скарги на біль • дратівливість при процедурах • уникання рухової активності 	<ul style="list-style-type: none"> • співпрацювати з медперсоналом • пропонувати техніки релаксації (прогресивне розслаблення, музика з ритмом дихання) • визнавати біль як реальний досвід пацієнта 	<ul style="list-style-type: none"> • біль підсилює тривожність і агресивність • важливо не знецінювати скарги
Безсоння	<ul style="list-style-type: none"> • скарги на труднощі засинання • нічні кошмари • денна втома, апатія 	<ul style="list-style-type: none"> • пояснити значення сну • рекомендувати базову гігієну сну • завершувати сесії вправами на релаксацію 	<ul style="list-style-type: none"> • безсоння може бути раннім маркером депресії чи ПТСР • варто відстежувати динаміку стану

Додаток 11.2 Анкета після концерту (для глядачів)

АНКЕТА ПІСЛЯ КОНЦЕРТУ

Проект: «Вібрації відновлення»

Будь ласка заповніть цю коротку анкету, ми вдячні за вашу участь, вона дуже важлива!

Анкета анонімна. Вона допомагає оцінити вплив концерту на Ваш внутрішній стан.

Ваш умовний код: _____

Як створити код:

[перша та друга літери імені мами] + [останні 2 цифри року народження] + [остання цифра номера палати]

Приклад: мама Ольга, 1985, палата №407 → ОЛ857

1. Дата заповнення: ____ / ____ / 202__

2. Вікова категорія:

До 25 26–35 36–45 46–60 60+

3. Стать:

Ч Ж Не вказую

4. Період перебування в госпіталі:

До тижня 1–2 тижні Більше 2 тижнів

5. Яким був Ваш стан перед концертом?

(0 — дуже напружено, 10 — спокійно)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Яким є Ваш стан зараз, після концерту?

(0 — дуже напружено, 10 — спокійно)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Як Ви себе почували під час концерту? (можна обрати кілька варіантів)

Було спокійно

Слухав/ла з цікавістю

Виникли спогади та емоційні реакції (радість, сум тощо)

Важко відповісти

Інше: _____

8. Як Ви себе відчуваєте зараз, після концерту? (можна обрати кілька варіантів)

З'явилося відчуття полегшення

Відчуваю тепло в тілі

Стало легше дихати

Присутнє внутрішнє хвилювання

Нічого не змінилось

Важко сказати

Інше: _____

9. Чи вплинула музика на Ваш стан?

Так, дуже помітно Так, трохи Ні Важко сказати

10. Що найбільше запам'яталось з концерту? (Опишіть коротко свої враження)

✍ _____

✍ _____

11. Чи відчували Ви, що концерт був для Вас корисним або підтримуючим?

Так Частково Ні Важко сказати

12. Якщо бажаєте — поділіться коротко, що саме було для Вас важливим

✍ _____

✍ _____

13. Чи хотіли б Ви долучитися до інших активностей проєкту? (можна обрати кілька варіантів)

Група рефлексії після концерту

Група підтримки «рівний–рівному»

Особиста розмова з психологом

Поки не знаю

Дякуємо Вам за участь!

Ваша присутність має для нас велике значення!

Додаток 11.3 Анкета після групи рефлексії

АНКЕТА ПІСЛЯ ГРУПИ РЕФЛЕКСІЇ

Проект: *«Вібрації відновлення»*

Анкета анонімна. Вона допомагає нам краще організувати роботу груп, оцінити вплив зустрічей та покращити підтримку, яку Ви отримуєте.

Ваш _____ умовний _____ код:

Цей код потрібен для анонімного, але послідовного аналізу Ваших відповідей.

Як _____ створити _____ код:

[перша та друга літери імені мами] + [останні 2 цифри року Вашого народження] + [остання цифра номера палати]

Приклад: мама Ольга, народжений у 1985, палата №407 → ОЛ857

Ваш умовний код

1. Яким був Ваш стан до групи?
(0 — дуже напружено, 10 — спокійно)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Яким є Ваш стан після групи?
(0 — дуже напружено, 10 — спокійно)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Чи було Вам зручно / безпечно в цій групі?

Так Частково Ні Важко сказати

4. Які моменти були найбільш цінними для Вас у процесі? (можна обрати декілька варіантів)

- Висловлення своїх думок
 Можливість слухати інших
 Взаємодія з учасниками
 Музичний фон
 Спокій, відсутність тиску
 Контакт із психологом
 Відчуття підтримки
 Присутність побратимів / бойового товариства
 Атмосфера прийняття
 Інше: _____

5. Чи з'являлися у Вас якісь спогади під час групи або після концерту?

- Так Частково Ні Важко сказати

Інше: _____

6. Якщо так — з чим були пов'язані ці спогади? (можна обрати кілька варіантів)

- Родина
 Дитинство
 Війна
 Побратими
 Втрата

Інше: _____

7. Чи був у Вас якийсь спогад, образ або фраза, які хочеться зберегти? Наприклад: «згадалась рідна людина», «фраза про мир», «відчуття спокою»





8. Що Ви відчули під час або після групи? (можна обрати кілька варіантів)

- Дихання стало вільнішим / легше дихати
 Легше перебувати в тиші
 Вдалося висловитись / почути себе
 Вдалося уважно слухати інших
 Вдалося зосередитися
 Відчуття зменшення внутрішнього тиску
 Відчув/ла себе трохи стабільніше
 Нічого не змінилось

Інше: _____

9. Чи відвідували Ви вже групи рефлексії?

- Так, не вперше

Це була перша

Не пам'ятаю

10. Зворотний зв'язок

Що б Ви хотіли сказати організаторам або психологам після концерту чи групи?



Додаток 11.4. Чек-лист підготовки простору для проведення концерту з рефлексією

Принцип	Що перевірити	Відмітка
Передбачуваність і контроль	Видимість виходів із приміщення; можливість сісти ближче до виходу; надана інформація про тривалість і структуру події; оголошене право залишити захід у будь-який момент; організована «тиха зона».	<input type="checkbox"/>
Зниження сенсорного навантаження	Відсутність різких піків гучності та миготливого світла; приміщення захищене від сторонніх шумів; телефони у беззвучному режимі; музиканти готові регулювати динаміку.	<input type="checkbox"/>
Рівність і наближення	Відсутність сцени/бар'єрів; музиканти розташовані «на рівні очей» з учасниками; забезпечено комфортну дистанцію для тих, хто цього потребує.	<input type="checkbox"/>
Доступність допомоги	Вільні проходи для доступу медиків; наявні вода, серветки; облаштоване місце для усамітнення; команда знає алгоритм реагування на кризові стани (див. Табл.4, Табл.5).	<input type="checkbox"/>
Культурна чутливість	Нейтральне оформлення простору; відсутність символіки чи образів, що можуть нагадувати про бойові дії; враховані особливі потреби різних груп учасників (поранені, люди з ампутаціями, особи з ПТСР).	<input type="checkbox"/>

Додаток 5 Протоколи реагування в госпіталі (за Інструкцією Зсу, 2021) [75].

Адаптовано для формату концертів та малих груп рефлексії.

Стан	Дії психолога (варто: дії + фрази / не варто: тригерні фрази)	Маршрут перескерування
Гнів/агресія	Тримати дистанцію ≥ 1 м, говорити тихо і повільно. Фрази: «Бачу, що ви злишся», «Я з вами, та ближче не підйду. Говоритиму тихо й коротко», «Хочете сісти чи пройтись?». Не сперечатись, не моралізувати. Тригери: «Заспокойся негайно», «Чого ти кричиш?»	При фізичній загрозі — викликати медиків/охорону
Ступор/завмирання	Назвати ім'я та місце («Ви у госпіталі, зараз [дата]»), дати предмет у руку, ковток води, вправи з руками/ногами. Фраза: «Назвіть три речі, які бачите/чуєте/відчуваєте». Не залишати наодинці. Тригери: «Що з тобою не так?», «Візьми себе в руки».	Якщо відсутня реакція — негайно медикам.
Апатія	Нормалізація («Так буває після перевантаження»), мікрозавдання (обрати трек, перелити воду), коротка активність 5–10 хв. Фраза: «Бачу, що вам важко. Ви не самі». Не тиснути, не вимагати «веселитися». Тригери: «Ну посміхнись», «Досить нити».	При висловах безнадії — повідомити медика.

Рухове збудження	Перемістити у тихіше місце, дихання 4–6 («Дих — 4, видих — 6. Я рахую, ви слідуєте»), повільна ходьба, м'який м'яч у руки. Не обмежувати силою, не підвищувати голос. Тригери: «Сядь і не рухайся», «Зупинись негайно».	При ризику травм чи делірію — медикам.
Страх/паніка/тривога	Назвати стан («Це панічний напад, він минеться»), дихання «коробочка», заземлення 5-4-3-2-1, холодна вода. Фраза: «Зараз ви в безпеці», «Дихаймо разом, я поруч». Не знецінювати. Тригери: «Не вигадуй», «Ти слабкий», «Припини боятися».	При втраті свідомості, болю у грудях — медикам.
Нервові тремтіння	Посадити з опорою, утеплити, теплий напій, дихання 4–6, напруження–розслаблення. Фраза: «Тіло так виводить напругу — це нормально». Не соромити. Тригери: «Тебе трясе, як дитину», «Перестань негайно».	При асиметрії чи слабкості — медикам.
Плач	Дозволити плакати, дати серветки/воду, підтримка безпорад. Фрази: «Плакати — це спосіб тіла вивести напругу. Поруч побуду», «Можна так відчувати». Не знецінювати. Тригери: «Не плач, будь мужиком», «Досить, це соромно».	При суїцидальних висловах — медикам/психіатру.

Істерична реакція	<p>Прибрати зайву аудиторію, короткі нейтральні фрази, ритмізація («Дихаймо разом у такт»), повільна музика.</p> <p>Не сперечатись зі змістом емоцій. Тригери: «Припини театр», «Не прикидайся».</p>	<p>При травмонезбезпеці — медикам.</p>
Реакція горювання	<p><input checked="" type="checkbox"/> Бути поруч, дати базові опори (вода, ковдра), нормалізувати («Це природна реакція»), мінімізувати завдання, при бажанні — запросити близьку людину.</p> <p><input type="checkbox"/> Не розпитувати деталі втрати. Тригери: «Час забути», «Іншим ще гірше».</p>	<p>При тривалому ступорі чи ризику самоушкодження — медикам/психіатру.</p>
Порушення сну	<p>Рекомендувати гігієну сну (тиша, ритуал), дихання 4–6 у ліжку, короткі музичні треки ≤30 хв. Фраза: «Давайте спробуємо дихання для розслаблення перед сном».</p> <p>Не пропонувати «терпіти без сну». Тригери: «Та виспишся на тому світі», «Перестань перебільшувати».</p>	<p>При делірії/галюцинаціях — медикам.</p>

Додаток 6. Шаблон нотатки психолога

Поле	Пояснення (що і для чого вказати)
Дата/час	Фіксується точна дата та час події, щоб відстежувати динаміку станів і мати чіткий хронологічний запис.
Місце	Вказати конкретне місце (палата, коридор, зала, група рефлексії). Це допомагає розуміти умови, у яких виник стан.
Стан/ознаки	Короткий опис проявів (плач, агресія, паніка тощо). Потрібно для швидкої ідентифікації ситуації.
Можливий тригер	Подія чи фактор, що міг викликати реакцію (фраза, шум, новина, контакт). Дає змогу уникати повторів у майбутньому.
Інтервенції	Дії психолога: заземлення, дихальні вправи, дистанція. Вписати використані фрази підтримки.
Результат (через 10–15 хв)	Як змінився стан після інтервенцій (заспокоївся, знизився тон, заснув). Дає оцінку ефективності допомоги.
Передача	Кому було повідомлено (черговий медик, психіатр). Фіксує маршрут відповідальності.
Подальший план (1–24 год)	Рекомендації: відпочинок, супровід близької людини, спостереження. Допомагає у наступних кроках догляду.
Хто був присутній	Перелік учасників (психолог, волонтер, музиканти, інші пацієнти). Важливо для контексту та конфіденційності.

Додаток 11.7. Вибіркові списки творів для виконання камерним оркестром (в обробці для камерного оркестру Є.Жаку та В.Солодовникова)

- Габріеле Денаро (Gabriele Denaro), (нар. 1965), Італія – концертний альбом *Musica dell'anima* «Музика душі». Редакція для камерного оркестру – С.Лихоманенко
- Вівальді, Антоніо (1678–1741) – «Пори року», повний цикл (Весна; Літо; Осінь; Зима)
- Альбіноні, Томазо (1671–1751) – Адажіо (різні оркестрові версії)
- Бах, Йоганн Себастьян (1685–1750) – Арія з Сюїти № 3 ре-мажор, BWV 1068
- Гласс, Філіп (нар. 1937) – Сюїта «Кояніскаці»
- Перселл, Генрі (1659–1695) – Dido's Lament
- П'яццолла, Астор (1921–1992) – Libertango
- П'яццолла, Астор (1921–1992) – Yo soy Maria
- Adele – Rolling in the Deep (музика: Адель Едкінс, Пол Епворт; авторське аранжування для камерного оркестру та симфонічного оркестрів)
- Britney Spears – Toxic (музика: Кеті Денніс, Крістіан Карлссон, Понтус Віннберг, Хенрік Йонбек; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Celentano – Confessa (музика: Джанні Белла, Могол; авторське аранжування для камерного та симфонічного оркестрів)
- Даніель Аломія Роблес – El condor pasa (музика: Даніель Аломія Роблес; авторське аранжування для камерного та симфонічного оркестрів)
- Енґа – Only time (музика: Енґа, Рома Раян, Нікі Раян; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Era – Ameno (музика: Ерік Леві; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Eros Ramazzotti & Cher — Piu Che Puoi (музика: Ерос Рамазотті, Аделіо Кольяті, Шер; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Eurythmics – Sweet Dreams (музика: Енні Леннокс, Дейв Стюарт; авторське аранжування для камерного симфонічного оркестрів різних складів)
- Лео Рохас – Der einsame Hirte (авторське аранжування для камерного оркестру)
- Linkin Park – Numb (музика: Linkin Park; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Людовіко Ейнауді – Devenire (музика: Людовіко Ейнауді; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Людовіко Ейнауді – Lady Labyrinth (музика: Людовіко Ейнауді; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Людовіко Ейнауді – Nightbook (музика: Людовіко Ейнауді; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Людовіко Ейнауді – Елемент (музика: Людовіко Ейнауді; авторське аранжування для камерного оркестру)

- Sting – Desert Rose (музика: Стінг; авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Sting — Shape of My Heart (музика: Стінг, Домінік Міллер; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Adele – Skyfall (музика: Адель Едкінс, Пол Епворт; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Banderas — Desperado (музика: Los Lobos, Роберт Родрігес; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Джастін Гурвіц – «Перша людина» – Саундтрек (авторське аранжування для камерного оркестру) Джон Вільямс – «Гаррі Поттер» - Пролог (авторське аранжування авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Джон Вільямс – «Зоряні Війни» - Головна тема (авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Джон Вільямс – «Зоряні Війни» - Марш імперії (авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Джеррі Голдсміт – «Омен» (авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Елмер Бернстайн – «Мисливці за привидами» - Головна тема (авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Ендрю Ллойд Веббер – «Привид опери» (авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Енніо Морріконе – La mission (музика: Енніо Морріконе; авторське аранжування для камерного оркестру)
- Енніо Морріконе – «Професіонал» – Головна тема (авторське аранжування для камерного оркестру)
- Ентоні Хопкінс – Вальс (авторське аранжування для камерного оркестру)
- Янн Тірсен – «Амелі» – Саундтрек-сюїта (авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Ганс Ціммер – «Ангели і демони» – Саундтрек-сюїта (авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Ганс Ціммер – «Дюна» – Саундтрек-сюїта (авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Ганс Ціммер – «Інтерстеллар» – Саундтрек-сюїта (авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Ганс Ціммер – «Пірати Карибського моря» – «Він - пірат» – Саундтрек-сюїта (авторське аранжування для камерного, симфонічного оркестрів різних складів)
- Ганс Ціммер, Джеймс Ньютон Говард – «Бетмен: Початок» – «Чорний лицар» (авторське аранжування для камерного та симфонічного оркестрів)
- Ганс Ціммер, Ліза Джеррард – «Гладіатор» – «Тепер ми вільні» («Now we are free») – Саундтрек-сюїта (авторське аранжування для камерного та симфонічного оркестрів)
- Вінсент Юманс – Tea for two (авторське аранжування для камерного оркестру)

- Гленн Міллер – In the Mood (авторське аранжування для камерного оркестру)
Д. Еллінгтон, Х. Тізол – Caravane (авторське аранжування для камерного оркестру)
Джером Керн – Smoke gets in your eyes (авторське аранжування для камерного оркестру)
Джордж Гершвін – Rhapsody in blue (авторське аранжування для камерного оркестру)
Джордж Гершвін – Summertime (авторське аранжування для камерного оркестру)
Луї Армстронг – What a wonderful World (авторське аранжування для камерного оркестру)
Мерилін Монро – I wanna be loved by you (авторське аранжування для камерного оркестру)
Рей Чарльз – Hit the road (авторське аранжування для камерного оркестру)
Скотт Джоуплін – Maple leaf rag (авторське аранжування для камерного оркестру)
Френк Сінатра – My way (авторське аранжування для камерного оркестру)
Френк Сінатра – Strangers in the night (авторське аранжування для камерного оркестру)
Білаш Олександр, Павличко Дмитро – Два кольори (авторське аранжування для камерного оркестру)
Верменич Володимир, Сингаївський Микола – Пісня про чорнобривці (авторське аранжування для камерного оркестру)
Володимир Івасюк – «Я піду в далекі гори» (авторське аранжування для камерного оркестру)
Воплі Відоплясова – «Весна» (авторське аранжування для камерного оркестру)
Гнатюк Дмитро – «Черемшина» (авторське аранжування для камерного оркестру)
Лисенко Микола, Старицький Михайло – Ніч яка місячна (авторське аранжування для камерного оркестру)
Назарій Яремчук – «Гай, зелений гай» (авторське аранжування для камерного оркестру)
Назарій Яремчук – «Гуцулка Ксеня» (авторське аранжування для камерного оркестру)
Океан Ельзи – «Вище неба» (авторське аранжування для камерного оркестру)
Океан Ельзи – «Мене» (авторське аранжування для камерного оркестру)
Колискова (Китай) (народна мелодія - авторське аранжування для камерного оркестру)
Коломийка (народна мелодія - авторське аранжування для камерного оркестру)