

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Західноукраїнський національний університет  
Соціально-гуманітарний факультет  
Кафедра психології та соціальної роботи

НАЙЧУК Денис Валерійович

**Музикотерапія як психологічних ресурс корекційної роботи з дітьми із психосоматичними розладами / Music Therapy as a Psychological Resource in Corrective Work with Children with Psychosomatic Disorders**

спеціальність: 053 - Психологія  
освітньо-професійна програма - Психологія  
Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи ПС-42  
Д. В. Найчук

---

Науковий керівник:  
доцент, кандидат психологічних наук, доцент  
Г. С. Гіряк

---

Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту:  
“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2026 р.  
Завідувач кафедри  
\_\_\_\_\_ А. Н. Гіряк

## АНОТАЦІЯ

### **Найчук Д. В. Музикотерапія як психологічних ресурс корекційної роботи з дітьми із психосоматичними розладами.**

Дослідження на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» зі спеціальності 053 «Психологія», освітньо-професійна програма «Психологія». Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, 2026.

У роботі здійснено класифікацію основних підходів до дослідження явища психосоматики, розкрито причини та передумови виникнення психосоматичних розладів та охарактеризовано різновиди психосоматичних розладів та їх сутнісні ознаки. Проаналізовано психологічний механізм впливу музики на організм людини та охарактеризовано форми і технології застосування музикотерапії у психокорекційній роботі. Проведено психодіагностичне дослідження психоемоційного стану дітей молодшого шкільного віку, розроблено, апробовано та оцінено ефективність програми профілактики психосоматичних розладів засобами музикотерапії. Сформульовано практичні рекомендації щодо використання музикотерапії для профілактики психосоматичних розладів та активізації особистісних ресурсів дітей.

## ANNOTATION

### **Naichuk D. V. Music Therapy as a Psychological Resource in Corrective Work with Children with Psychosomatic Disorders.**

Thesis for the degree of Bachelor of Arts in the major 053 “Psychology,” educational and professional program “Psychology.” Western Ukrainian National University, Ternopil, 2026.

The work classifies the main approaches to the study of psychosomatics, reveals the causes and prerequisites for the emergence of psychosomatic disorders, and characterizes the types of psychosomatic disorders and their essential features. The psychological mechanism of music’s influence on the human body is analyzed, and the forms and techniques of applying music therapy in psychocorrectional work are described. A psychodiagnostic study of the psychoemotional state of elementary school-aged children was conducted, and a program for the prevention of psychosomatic disorders using music therapy was developed, tested, and evaluated for effectiveness. Practical recommendations have been formulated regarding the use of music therapy for the prevention of psychosomatic disorders and the activation of children’s personal resources.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	<b>4</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ПСИХОСОМАТИКИ</b>	<b>8</b>
1.1. Класифікація основних підходів до дослідження явища психосоматики	8
1.2. Причини та передумови виникнення психосоматичних розладів	12
1.3. Різновиди психосоматичних розладів та їх сутнісні ознаки	17
Висновки до розділу 1	21
<b>РОЗДІЛ 2. МУЗИКОТЕРАПІЯ ЯК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПІЗНАННЯ ТА РЕСУРС КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ</b>	<b>23</b>
2.1. Психологічний механізм впливу музики на організм людини	23
2.2. Форми і технології застосування музикотерапії у психокорекційній роботі	29
Висновки до розділу 2	33
<b>РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙХ ВПЛИВІВ МУЗИКОТЕРАПІЇ НА ДІТЕЙ З ПСИХОСОМАТИЧНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ</b>	<b>35</b>
3.1. Система психодіагностичних методів і методик спрямованих на виявлення психосоматичних розладів	35
3.2. Програма профілактики психосоматичних розладів у молодших школярів засобом музикотерапії та експериментальне апробування її ефективності	42
3.3. Аналіз результатів експериментального дослідження та прикладні рекомендації щодо активізації особистісних ресурсів дітей засобами музикотерапії	
Висновки до розділу 3	
<b>ВИСНОВКИ</b>	
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	
<b>ДОДАТКИ</b>	

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Сучасні соціальні умови характеризуються зростанням психоемоційного навантаження на дітей, що пов'язано з інтенсивністю навчального процесу, змінами соціального середовища, інформаційним перевантаженням та впливом стресогенних чинників. Одним із наслідків таких впливів є поширення психосоматичних проявів, які виникають як реакція організму на психологічний дискомфорт і можуть виявлятися через головний біль, біль у животі, порушення сну, підвищену втомлюваність, емоційну нестійкість та інші соматичні симптоми.

Психосоматичні розлади у дітей потребують особливої уваги, оскільки дитина не завжди здатна усвідомити, вербалізувати й конструктивно виразити власні переживання. У таких умовах внутрішнє напруження може проявлятися через тілесні симптоми, що ускладнює своєчасне розпізнавання психологічних причин погіршення самопочуття.

У межах цієї роботи особлива увага приділяється дітям молодшого шкільного віку, оскільки саме цей період пов'язаний з адаптацією до освітнього середовища, формуванням навичок соціальної взаємодії та поступовим розвитком емоційної саморегуляції. Це робить молодших школярів чутливими до психоемоційного напруження та підвищує значущість профілактично-корекційної роботи.

У зв'язку з цим актуальним є пошук ефективних психологічних ресурсів корекційної роботи з дітьми із психосоматичними розладами. Одним із таких ресурсів є музикотерапія, яка завдяки комплексному впливу на емоційну, когнітивну та фізіологічну сфери особистості сприяє зниженню рівня тривожності, покращенню психоемоційного стану та розвитку навичок саморегуляції. Музика є природним і доступним для дитини способом емоційного самовираження, що робить її перспективним інструментом психологічної допомоги дітям із психосоматичними проявами.

Окремі аспекти проблеми психосоматичних розладів висвітлено у працях Ф. Александера, А. Гірняк, Г. Гірняк, Ф. Данбар, Г. Сельє, В. Ротенберга, В. Аршавського, А. Фурмана, Л. Халас, О. Хомуленко та інших дослідників. У їхніх роботах розкрито психологічні механізми виникнення психосоматичних порушень, роль стресу, емоційних конфліктів, особистісних особливостей та соціального середовища у формуванні психосоматичної симптоматики.

Теоретичні та практичні аспекти музикотерапії знайшли відображення у наукових працях Н. Драганчук, Т. Савельєвої-Кулик, І. Демури, О. Несенс, Н. Молчанової та інших науковців. У їхніх дослідженнях розглянуто психологічні механізми впливу музики на особистість, форми і технології музикотерапії, а також можливості її застосування у психокорекційній та психопрофілактичній роботі.

Водночас питання використання музикотерапії саме як психологічного ресурсу корекційної роботи з дітьми із психосоматичними розладами не отримало достатнього висвітлення у сучасних наукових дослідженнях. Зокрема, потребують подальшого вивчення можливості комплексного використання музикотерапевтичних технологій для зниження психоемоційного напруження, профілактики психосоматичних проявів та активізації особистісних ресурсів дітей молодшого шкільного віку, а також емпіричне підтвердження ефективності відповідних корекційних програм.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність музикотерапії як психологічного ресурсу корекційної роботи з дітьми із психосоматичним розладами.

Задля досягнення сформульовано мети було поставлено вирішено наступні завдання:

- 1) класифікувати основні підходи до дослідження явища психосоматики;
- 2) розкрити причини та передумови виникнення психосоматичних розладів;
- 3) охарактеризувати різновиди психосоматичних розладів та їх сутнісні ознаки;

- 4) проаналізувати психологічний механізм впливу музики на організм людини;
- 5) охарактеризувати форми і технології застосування музикотерапії у психокорекційній роботі;
- 6) провести психодіагностичне дослідження психоемоційного стану дітей молодшого шкільного віку
- 7) розробити, апробувати та оцінити ефективність програми профілактики психосоматичних розладів засобами музикотерапії;
- 8) сформулювати практичні рекомендації щодо використання музикотерапії для профілактики психосоматичних розладів та активізації особистісних ресурсів дітей.

**Об'єкт дослідження** – психосоматичні розлади у дітей.

**Предмет дослідження** – музикотерапія як психологічний ресурс корекційної роботи з дітьми із психосоматичними розладами.

**Наукова новизна** полягає в обґрунтуванні музикотерапії як психологічного ресурсу корекційної роботи з дітьми із психосоматичними проявами, а також у систематизації музикотерапевтичних технологій, спрямованих на зниження тривожності, розвиток емоційної саморегуляції та активізацію особистісних ресурсів дитини.

**Методи дослідження.** Для досягнення мети та реалізації поставлених завдань використано комплекс взаємопов'язаних методів дослідження. Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація та порівняння наукових джерел з проблем психосоматики та музикотерапії. Емпіричні методи: анкетування, психодіагностичне тестування, спостереження, формувальний експеримент. Для обробки результатів дослідження застосовувалися методи якісного та кількісного аналізу отриманих даних.

**Емпірична база дослідження.** Дослідження проводилося за участю 30 дітей молодшого шкільного віку. Для перевірки ефективності програми музикотерапії було сформовано експериментальну та контрольну групи по 15 осіб у кожній.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у розробленні та апробації програми профілактики психосоматичних розладів засобами музикотерапії, яка може використовуватися у діяльності практичних психологів закладів освіти, центрів психологічної допомоги та інших фахівців, що працюють з дітьми. Запропонована система психодіагностичних методик може бути застосована для раннього виявлення психоемоційних труднощів і психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку. Сформульовані практичні рекомендації можуть бути використані психологами, педагогами та батьками для профілактики психосоматичних проявів, розвитку навичок емоційної саморегуляції та підтримки психоемоційного благополуччя дітей. Матеріали дослідження також можуть бути застосовані під час розроблення психокорекційних програм і проведення профілактичної роботи з дітьми.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення та результати дослідження апробовано на IV Всеукраїнській науково-практичній конференції молодих учених «Особистість і суспільство: психосоціальні виміри ковітальної взаємодії» (м. Тернопіль, 30 квітня 2026 р.), де опубліковано тези доповіді «Музикотерапія як засіб регуляції емоційної сфери дітей з психосоматичними розладами». Результати дослідження також представлено у тезах доповіді «Психосоматичні розлади у дітей: психологічні чинники виникнення та напрями профілактики», підготовлених для участі у Міжнародній науково-практичній конференції Lex Line.

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНУ ПСИХОСОМАТИКИ

### 1.1. Класифікація основних підходів до дослідження явища психосоматики

Сучасна психологічна наука визначає психосоматику як міждисциплінарну галузь, що інтегрує знання медицини та психології для вивчення взаємозв'язку між психічними процесами та соматичними захворюваннями [28, с. 13]. Етимологічно термін походить від грецьких слів «*psyche*» (душа) та «*soma*» (тіло), що відображає фундаментальну ідею цілісності людського організму [28, с. 14]. Науковий пріоритет введення терміна «психосоматичний» належить Й. Хайнроту (1818 р.), якого у 1822 році М. Якобі доповнив поняттям «соматопсихічний», акцентуючи увагу на зворотному впливі тілесних хвороб на психічний стан пацієнта [14, с. 5; 26, с. 15].

Для ґрунтовного аналізу зазначеної проблеми необхідно диференціювати поняття «психосоматика» та «психосоматичні розлади», які, попри спільну етимологію, мають різне змістовне навантаження. *Психосоматика* у сучасному науковому дискурсі розглядається як широка міждисциплінарна галузь, що виступає одночасно як науковий напрям, підхід до лікування та соціальна наука [14, с. 6; 26, с. 11]. Натомість *психосоматичні розлади* визначаються як конкретна група хворобливих станів, симптомів та синдромів, що виникають під провідним впливом психогенних чинників [11, с. 118-119; 26, с. 30]. Основна відмінність полягає у тому, що психосоматика є теоретико-методологічною базою пізнання [14, с. 5], тоді як психосоматичні розлади є безпосереднім об'єктом практичної діагностики та корекції [26, с. 31]. Психосоматичний підхід (як методологія) може бути застосований до будь-якої патології, тоді як

психосоматичні розлади охоплюють лише ті стани, де психогенна причина є етіологічно доведеною [14, с. 6; 5, с. 128].

У науковому дискурсі Н. Пезешкіан виокремлює три рівні розуміння психосоматики як напряму знань:

- *вузький* (специфічний напрям, що встановлює зв'язки між конкретними переживаннями та реакціями органів),
- *широкий* (вивчення комплексного взаємовпливу особистості та соціуму);
- *глобальний* (аналіз впливу хвороби на життєдіяльність людини в межах всієї культури) [26, с. 11].

Аналогічно, дослідники розрізняють *вузький підхід*, де вивчаються класичні психосоматози з доведеною психогенною етіологією, та *широкий підхід*, що базується на принципах холізму і розглядає будь-яку хворобу як результат системної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних детермінант [28, с. 14].

Для систематизації психосоматичних зв'язків традиційно розрізняють два основні вектори досліджень:

- *Психоцентричний підхід* - аналізує вплив гострого та хронічного стресу на виникнення соматичної патології з урахуванням конституційних особливостей та психічного стану хворого [11, с. 191].
- *Соматоцентричний підхід* - досліджує вплив клінічних проявів захворювання на суб'єктивне сприйняття пацієнтом свого стану, що часто описується через поняття «нозогенії» (психогенних реакцій на хворобу) [11, с. 191; 14, с. 36].

У науковій літературі сформувалася низка теоретико-методологічних підходів до пояснення психосоматичних явищ, серед яких виокремимо **теорії, концепції, напрями та моделі**:

- *Психодинамічна модель (З. Фройд)*. Ґрунтується на концепції істеричної конверсії, згідно з якою пригнічена емоційна енергія несвідомого конфлікту трансформується у соматичний симптом, що має символічне значення [14, с. 10;

5, с. 129]. Симптом розглядається як «загадковий стрибок із душевного в соматичне», що дозволяє частково розрядити внутрішню напругу [Волошко, с. 129].

- *Теорія психосоматичної специфічності (Ф. Александер)*. Автор стверджував, що кожній специфічній емоційній ситуації відповідає певний синдром фізичних змін [14, с. 25]. На відміну від Фрейда, Александер вважав симптом не символом, а фізіологічною відповіддю вегетативної нервової системи на хронічний емоційний конфлікт [14, с. 10; 5, с. 130].

- *Концепція особистісних профілів (Ф. Данбар)*. Акцентує увагу на кореляції захворювань із певними типами особистості [14, с. 9]. Ф. Данбар пов'язувала розвиток окремих захворювань із типами особистості. Так у межах цієї концепції описано так званий «коронарний тип особистості» (поведінка типу А), для якого властиві агресивність, перфекціонізм та постійна емоційна напруга, що провокують серцево-судинні розлади [26, с. 19; 14, с. 10].

- *Модель двохшелонної лінії оборони (А. Мітчерліх)*. Психосоматичний розлад виникає як «друга лінія захисту»: спочатку організм намагається подолати конфлікт психічними засобами, а при їх вичерпанні підключаються соматичні механізми (соматизація), що ведуть до органічних змін [14, с. 10].

- *Теорія десоматизації та ресоматизації (М. Шур)*. Пояснює розвиток патології через порушення процесу «десоматизації» (переходу від тілесних реакцій до мовних у дитинстві) [5, с. 133]. У ситуації важкого стресу відбувається ресоматизація - повернення до примітивних фізіологічних відповідей немовляти [14, с. 10; 5, с. 133].

- *Кортико-вісцеральний підхід (К. Биков, І. Павлов)*. Розглядає психосоматичні порушення як наслідок конфлікту між процесами збудження та гальмування в корі головного мозку, що спричиняє дезорганізацію роботи внутрішніх органів через вегетативну нервову систему [5, с. 128; 14, с. 27].

- *Психофізіологічний напрям (Г. Сельє, У. Кеннон)*. Тлумачить психосоматичні стани як «хвороби адаптації» у межах загального адаптаційного

синдрому, де тривалий дистрес призводить до стадії виснаження та органічних пошкоджень [5, с. 128].

- *Когнітивно-поведінковий підхід (А. Бек, А. Елліс, Д. Мейхенбаум).* У межах цього напрямку психосоматичний розлад розглядається як результат перекручення когнітивних процесів та використання неадаптивних когнітивних схем при аналізі реальності [3, с. 321]. Основним механізмом виникнення патології вважаються «**когнітивні спотворення**» (надгенералізація, дихотомічне мислення, персоналізація), які призводять до систематичних помилок в інтерпретації подій та власного стану [3, с. 321]. Поведінковий аспект підходу базується на моделі хвороби як **завченої форми поведінки**, де симптом виступає комплексом соматичних та психічних реакцій на зовнішні подразники [3, с. 321]. Сучасні музикотерапевтичні програми часто інтегрують ці принципи, розробляючи структуровані втручання для корекції мисленнєвих патернів, що відбиваються на самопочутті [21, с. 117; 26, с. 109].

- *Системний (сімейний) підхід (М. Боуен, С. Мінухін, В. Сатір).* Методологія системного підходу ґрунтується на розумінні сім'ї як відкритої системи, що прагне до збереження гомеостазу [3, с. 321]. Психосоматичний симптом у дитини розглядається не як ізольована патологія, а як наслідок **дисфункції сімейної системи** [3, с. 321]. У дисгармонійних сім'ях дитина, як найбільш вразлива ланка, часто стає «носієм симптому», що дозволяє родині ігнорувати глибинні конфлікти та зберігати видиму цілісність ціною хвороби одного з її членів [3, с. 321]. Цей підхід переорієнтовує об'єкт впливу з окремого індивіда на всю сімейну систему, враховуючи дифузні кордони та дефіцит ресурсів усередині родини [3, с. 321; 1, с. 143].

- *Біопсихосоціальна модель (Дж. Енгель).* Провідною парадигмою в сучасній психосоматиці є **біопсихосоціальна модель**, запропонована Дж. Енгелем, яка інтегрує розрізнені концепції в єдину систему [26, с. 25–26; 23, с. 6]. Згідно з цією моделлю, хвороба є результатом складної взаємодії біологічних (генетика, нейродинаміка), психологічних (особистісні риси, конфлікти) та соціальних (сімейний клімат, екологія) факторів [14, с. 11; 28, с. 15]. Вона

передбачає перехід від лінійної причинності до **принципу циркулярності**, де психічні та тілесні процеси постійно впливають один на одного [23, с. 14]. Саме біопсихосоціальний підхід забезпечує теоретичну базу для **мультиmodalьної діагностики**, дозволяючи аналізувати стан дитини на рівнях поведінки, емоцій, відчуттів, когніцій та міжособистісних стосунків [3, с. 317; 26, с. 11].

Л. Шелег пропонує типологію, що об'єднує підходи за географічно-методологічним принципом: *американська школа* (психоаналітична), *німецька школа* (філософська) та *українська/російська школа* (вчення про вищу нервову діяльність) [29, с. 320]. Основними ознаками психосоматичних розладів у межах цих підходів вважаються хронічний перебіг, безпосередній вплив стресу на маніфестацію хвороби та наявність алекситимії - нездатності особистості вербалізувати власні емоції [29, с. 319].

Таким чином, еволюція наукових поглядів на психосоматику відображає перехід від лінійних, монокаузальних моделей до складних інтегративних підходів. Якщо класичні концепції зосереджувалися переважно на пошуку специфічних емоційних конфліктів, особистісних рис або психофізіологічних механізмів розвитку хвороби, то сучасна біопсихосоціальна модель Дж. Енгеля розглядає захворювання як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. У цьому контексті соматичний симптом може розглядатися як прояв порушення адаптації особистості та взаємозв'язку між тілесними, емоційними й соціальними чинниками. Саме такий підхід створює методологічне підґрунтя для консолідації зусиль медицини та психології, мультиmodalьної діагностики та комплексної психологічної допомоги особистості [3, с. 317, 322; 28, с. 15; 26, с. 11, 25].

## **1.2. Причини та передумови виникнення психосоматичних розладів**

Розвиток психосоматичної патології має складну багаточинну природу, що базується на принципах біопсихосоціальної моделі. Сучасна наука розглядає

формування психосоматичного симптому не як лінійний наслідок однієї причини, а як результат системної взаємодії біологічної схильності, психологічних особливостей особистості та деструктивного впливу соціального середовища [28, с. 15; 26, с. 25–26]. У науковій літературі виокремлюють так звану «тріаду чинників» розвитку психосоматичних розладів, поєднання яких є необхідним для маніфестації захворювання:

- наявність специфічного внутрішнього конфлікту;
- вразливість певного органа-мішені (генетична або набута);
- «ситуація-прискорювач» (стресовий фактор), що стає пусковим

механізмом хвороби [5, с. 126; 14, с. 8–9].

У межах цього підрозділу причинами психосоматичних розладів розглядаються внутрішньоособистісні конфлікти, хронічне психоемоційне напруження, порушення емоційної регуляції та деструктивні способи психологічного реагування. Натомість біологічні й соціально-сімейні умови доцільно розглядати як передумови, що підвищують вразливість особистості до соматизації.

**Біологічні передумови** виникнення психосоматичних розладів охоплюють генетичну схильність та особливості нейродинаміки центральної нервової системи. Спадковий фактор відіграє вагомую роль у виборі «органу-мішені» (*locus minoris resistentia* - місце найменшого опору). Дослідження підтверджують, що генетична обтяженість є особливо високою при певних нозологіях: для бронхіальної астми вона становить 65–85 %, для есенціальної гіпертензії - 22–62 %, для нейродерміту - близько 66 % [26, с. 27; 14, с. 7].

Важливою біологічною передумовою є нейродинамічні зрушення роботі кори головного мозку, особливо у випадках порушення рівноваги між процесами збудження та гальмування. Тривалий стрес створює стійке вогнище патологічної імпульсації, яке через вегетативну нервову систему дезорганізує роботу внутрішніх органів [5, с. 128, 133]. Фізіологічним підґрунтям хвороби також виступають родові травми та соматичні захворювання раннього дитинства, що

підвищують чутливість певних систем організму до майбутніх психогенних впливів [11, с. 121; 28, с. 17].

Однією з провідних причин виникнення психосоматичних розладів є хронічний стрес. Тривале перебування особистості у стані психоемоційного напруження супроводжується виснаженням адаптаційних ресурсів організму, порушенням механізмів саморегуляції та підвищенням ризику соматизації внутрішніх переживань. За відсутності конструктивних способів подолання стресу емоційна напруга може трансформуватися у тілесні симптоми й поступово сприяти розвитку психосоматичних порушень.

Серед основних причин психосоматичних розладів особливе значення мають:

**1. Алекситимія.** Це психологічна характеристика особистості, що виявляється у нездатності вербалізувати власні емоції, розрізняти почуття та тілесні відчуття, а також у бідності фантазії [14, с. 10–11; 26, с. 21]. Через «емоційну безграмотність» людина не може розрядити психічну напругу через слова, тому вона знаходить вихід через «мову органів», спричиняючи функціональні, а згодом і органічні порушення [14, с. 25–26; Волошко, с. 133].

**2. Механізми психологічного захисту.** Найбільш патогенним у контексті психосоматики є витіснення. Неприйнятні імпульси чи травмуючі спогади витісняються зі свідомості, проте їхня енергія не зникає, а переноситься на соматичний рівень, формуючи симптом як символічне вираження внутрішнього конфлікту [28, с. 21; 3, с. 319]. Також часто спостерігається регресія - повернення до примітивних, дитячих форм реагування (ресоматизація) [5, с. 133; 16, с. 139].

**3. Особистісні риси та типи.** Психосоматичний ризик підвищують такі риси, як висока тривожність, перфекціонізм, ригідність мислення, схильність до фрустрації та надмірна нормативність поведінки [26, с. 27; 28, с. 18]. Класичним прикладом є поведінка типу А, притаманна людям, схильним до коронарних захворювань, якій властиві висока конкурентність, прагнення до домінування, нетерпимість і постійне відчуття дефіциту часу [14, с. 54–56; 26, с. 19].

**4. Когнітивні чинники.** У розвитку психосоматичних розладів цінними є дезадаптивні когнітивні схеми, за яких будь-яка складна життєва ситуація сприймається як непереборна загроза. Такі когнітивні схеми підтримують стан постійного психоемоційного напруження та сприяють соматизації переживань [3, с. 321]. Особливе значення мають перфекціонізм, гіпервідповідальність і схильність до катастрофізації подій, які перешкоджають ефективному подоланню стресу [3, с. 321; 26, с. 109].

**5. Феномен вторинної вигоди від хвороби.** У деяких випадках симптом може несвідомо підтримуватися завдяки психологічним перевагам, які він забезпечує особистості. Хвороба може ставати засобом отримання уваги, турботи та підтримки з боку оточення, способом уникнення небажаних обов'язків або формою самопокарання при переживанні почуття провини [14, с. 25–26; 3, с. 319].

*Соціально-сімейні передумови* психосоматичних розладів мають особливе значення у дитячому віці, оскільки сім'я є первинним середовищем, де формуються патерни емоційного реагування. Науковці виділяють концепцію «психосоматогенної матері» – домінуючої, тривожної, приховано ворожої або авторитарної особистості, яка не здатна адекватно реагувати на емоційні потреби дитини [14; 26, с. 22–23]. Це призводить до формування у дитини викривлених способів емоційного реагування та підвищує ймовірність використання хвороби як засобу привернення уваги й отримання підтримки.

У межах системного підходу описано поняття «психосоматична сім'я», яка характеризується надмірною опікою, жорсткістю структури та нездатністю конструктивно розв'язувати конфлікти [3, с. 321; 26, с. 51]. У таких сім'ях панують три деструктивні напрями взаємин:

- зв'язування (блокування автономії дитини);
- відторгнення (емоційна занедбаність, що приховується під маскою турботи);
- делегування (використання дитини для реалізації нездійснених амбіцій батьків) [26, с. 51; 28, с. 20].

Дитина у дисфункційній родині часто стає «носієм симптому» (ідентифікованим пацієнтом), оскільки її хвороба дозволяє сім'ї уникати відкритих конфліктів і зберігати хитку рівновагу [3, с. 321]. Травма прив'язаності, викликана розлукою з батьками або браком любові, суттєво послаблює психологічні ресурси дитини, роблячи її вразливою до стресових впливів зовнішнього середовища [1, с. 143; 20, с. 59].

Молодші школярі є надзвичайно вразливі до психосоматичних проявів. Період їх початкового навчання характеризується підвищеними адаптаційними вимогами, появою іншого соціального середовища і потребою в опануванні інших форм емоційної саморегуляції.

Важливим аспектом розвитку психосоматичних порушень є *нозогенії* - психологічні реакції людини на власне захворювання. Тривале соматичне страждання може супроводжуватися тривогою, страхом, пригніченістю та іншими емоційними порушеннями, які, своєю чергою, здатні ускладнювати перебіг основної хвороби та формувати своєрідне психосоматичне «замкнуте коло» [14, с. 36; 11, с. 191].

Особливого значення у дитячому віці набувають *психологічні* та *соціально-сімейні* передумови психосоматичних розладів. Незрілість механізмів емоційної саморегуляції та недостатня здатність до вербалізації переживань сприяють тому, що психологічне напруження частіше проявляється через соматичні симптоми. Саме тому у дітей психосоматичні розлади нерідко виступають своєрідною формою реагування на стресові ситуації, сімейні конфлікти або труднощі адаптації до соціального середовища [1, с. 143; 20, с. 59].

Отже, причини психосоматичних розладів криються у системному збої адаптаційних механізмів особистості. Соматичний симптом виникає тоді, коли інтенсивність психосоціального стресу перевищує ресурси психологічного захисту людини на тлі її біологічної вразливості [28, с. 24–25; 11, с. 120]. Усвідомлення причин й передумов психосоматичних розладів становлять базу для розроблення ефективних програм профілактики та корекції, спрямованих на

розвиток емоційної саморегуляції, підвищення стресостійкості та гармонізацію міжособистісних взаємин [3, с. 322; 20, с. 59].

### **1.3. Різновиди психосоматичних розладів та їх сутнісні ознаки**

Класифікація психосоматичних розладів є складним науковим завданням, оскільки в сучасній медицині та психології досі не сформовано єдиної універсальної системи їх систематизації [11, с. 119; 26, с. 34]. Попри поліморфізм клінічних проявів, науковці виокремлюють декілька фундаментальних груп станів, що розрізняються за механізмами виникнення, ступенем ураження органів та символічним значенням симптому [14, с. 139; 26, с. 34].

У сучасній вітчизняній психологічній школі прийнято виділяти **чотири основні групи психосоматичних розладів**:

**1. Конверсійні симптоми.** Це розлади, що виникають як символічне вираження неусвідомленого невротичного конфлікту [14, с. 139; 15, с. 37]. Тіло у цьому випадку стає «сценою», на якій розігрується драма витіснених переживань. **Сутнісною ознакою** конверсії є її символічний характер: наприклад, психогенна сліпота може «допомагати» пацієнту не бачити неприємну ситуацію, а істеричний параліч - не здійснювати певну дію [15, с. 37–38]. Конверсійні прояви зачіпають переважно органи чуття та довільну моторику (паралічі, парестезії, глухота, блювота) [14, с. 139].

**2. Психосоматичні функціональні синдроми.** Ця група (відома також як «**органні неврози**» або вегетоневрози) характеризується порушенням функцій внутрішніх органів без виразних морфологічних змін у них [15, с. 38; 26, с. 34]. На відміну від конверсії, симптом тут не має специфічного символічного значення, а є неспецифічним фізіологічним супроводом тривалого емоційного стану (тривоги, страху) [14, с. 140; 15, с. 38]. До таких порушень відносять кардіоневрози, синдром роздратованого кишківника, порушення сну, мігрені та «масковані» депресії, що проявляються через тілесні скарги [15, с. 38–39; 26, с. 34].

**3. Органічні психосоматичні хвороби (психосоматози).** Це «істинні» психосоматичні захворювання, в основі яких лежить первинна тілесна реакція на конфлікт, що призвела до реальних **патологічних змін в органах** [14, с. 141; 26, с. 36]. Історично до цієї групи відносять «чиказьку сімку» Ф. Александера: бронхіальну астму, виразку шлунку, есенціальну гіпертонію та ін. [15, с. 41; 26, с. 36]. **Сутнісною ознакою** психосоматозів є поєднання спадкової схильності (вибір органа-мішені) та хронічного стресу [15, с. 39; 26, с. 36].

**4. Психосоматичні розлади, пов'язані з особливостями поведінки.** До цієї групи відносять стани, спричинені саморуйнівними патернами реагування людини на життєві труднощі: анорексія та булімія, алкоголізм, наркоманія, тютюнопаління, а також підвищена схильність до травматизму [15, с. 42; 26, с. 34]. Порушення здоров'я тут є результатом специфічного способу життя, що виступає патологічною компенсацією незадоволених потреб [26, с. 34–35; 15, с. 42].

Окремо в сучасній клінічній картині виділяють **нозогенії** - психогенні реакції на факт наявного соматичного захворювання (наприклад, раку або СНІДу), коли ставлення пацієнта до хвороби дезорганізує його психіку [28, с. 16; 26, с. 38]. Також описано **соматогенії** (симптоматичні психози), де причиною психічних розладів є пряма токсична дія хвороби на мозок [26, с. 39; 28, с. 16].

Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (**МКХ-10**), психосоматичні прояви розподілені за декількома рубриками, що підкреслює їх мультифакторну природу:

**F44** - Дисоціативні (конверсійні) розлади;

**F45** - Соматоформні розлади (хронічна соматизація за відсутності органіки);

**F50** - Розлади прийому їжі;

**F54** - Психологічні та поведінкові фактори, пов'язані з хворобами, класифікованими в інших розділах (власне психосоматози) [16, с. 136–137; 15, с. 44].

Спільними сутнісними ознаками для більшості психосоматичних розладів є взаємозв'язок психоемоційних переживань із соматичними проявами, схильність

до хронічного перебігу, залежність симптоматики від впливу стресових чинників, а також труднощі в усвідомленні та вербалізації власних емоцій. Значна частина дослідників також пов'язує розвиток психосоматичних порушень із підвищеним рівнем тривожності, емоційною напруженістю, перфекціонізмом та іншими особистісними особливостями [29, с. 319; 28, с. 16]. Розуміння цих характеристик дозволяє розглядати психосоматичні розлади не лише як медичну, а й як психологічну проблему, що потребує комплексного підходу до діагностики та корекції.

Аналіз представленої класифікації психосоматичних розладів дозволяє виокремити низку її позитивних сторін та певних недосконалостей, що відображають сучасний стан розвитку цієї галузі науки.

#### *Позитивні аспекти класифікації:*

Системність та диференціація. Розподіл розладів на групи (конверсійні, функціональні, органічні та поведінкові) дозволяє структурувати великий спектр клінічних проявів і чітко розуміти межі між ними [11, с. 119; 26, с. 34].

Методологічне підґрунтя для діагностики. Наявність чітких сутнісних ознак для кожного виду розладу створює для фахівця широке поле для мультимодальної діагностики, дозволяючи враховувати біологічну, психологічну та соціальну площини аналізу [3, с. 317, 322].

Прогностична цінність. Класифікація допомагає виявити специфічні особистісні профілі та конфлікти ще до маніфестації органічних змін, що дає можливість здійснювати ранню профілактику розладів [15, с. 21].

Практична спрямованість. Розуміння природи симптому (наприклад, символічного значення конверсії чи неспецифічної реакції при вегетоневрозі) дозволяє гнучко підходити до вибору методів психологічного впливу та реабілітації [3, с. 313; 11, с. 119].

#### *Недосконалості та проблемні зони класифікації:*

Відсутність універсальності. У сучасній науці досі не сформовано єдиної, загальноприйнятої системи класифікації, що призводить до існування численних концепцій та неоднозначних поглядів на проблему [11, с. 119; 15, с. 21].

Ризик діагностичних помилок. Психосоматичні симптоми часто мають ознаки, притаманні іншим захворюванням, через що пацієнтів нерідко діагностують неправильно, спрямовуючи до лікарів загального профілю без врахування психогенного фактору [11, с. 119].

Фрагментарність теорій. Більшість наявних концепцій висвітлюють лише окремі аспекти проблеми (наприклад, лише несвідомі чинники або лише фізіологічні реакції), що лише в сукупності наближає дослідників до повного пояснення патогенезу [15, с. 22; 16, с. 139].

Термінологічна неоднозначність у МКХ-10. Через відмінності у психіатричних традиціях термін «психосоматичні» у міжнародній класифікації практично не використовується, що зумовлює розмитість діагностичних критеріїв у педіатричній та загальномедичній практиці [15, с. 19; 22, с. 170].

Недостатня вивченість дитячої специфіки. Брак єдиних підходів до класифікації розладів саме у дітей призводить до того, що в педіатрії такі діагнози виставляються рідко, залишаючи психологічні особливості розвитку дитини поза увагою фахівців [22, с. 170].

Досвід інших країн свідчить, що ефективна допомога особам із психосоматичними розладами базується на міждисциплінарному підході, який поєднує медичну, психологічну та соціальну складові. Практика Німеччини, США та інших європейських країн демонструє доцільність ранньої діагностики психосоматичних проявів, використання мультимодальних методів оцінювання стану пацієнта та впровадження комплексних реабілітаційних програм. Такий підхід сприяє більш повному врахуванню індивідуальних потреб дитини та підвищує ефективність психокорекційної роботи.

Отже, психосоматичні розлади являють собою складне багатофакторне явище, яке охоплює широкий спектр функціональних, органічних і поведінкових порушень. Незважаючи на відсутність єдиної універсальної класифікації, сучасні наукові підходи дозволяють систематизувати різні форми психосоматичної патології та визначити їх ключові характеристики. Розуміння різновидів психосоматичних розладів, їхніх сутнісних ознак і механізмів виникнення

створює теоретичне підґрунтя для подальшого розгляду психологічних підходів до корекції та обґрунтування можливостей використання музикотерапії у роботі з дітьми молодшого шкільного віку.

## **Висновки до розділу 1**

У першому розділі розглянуто теоретичні та методологічні засади дослідження психосоматичних розладів, проаналізовано основні підходи до розуміння феномену психосоматики, причини та передумови виникнення психосоматичних порушень, а також їх різновиди та характерні ознаки.

Аналіз основних підходів до дослідження психосоматики засвідчив багатовимірність цього явища та відсутність єдиного універсального пояснення механізмів виникнення психосоматичних розладів. Психодинамічний підхід акцентує увагу на ролі внутрішньоособистісних конфліктів і несвідомих переживань, психофізіологічний — на впливі стресу та особливостях функціонування нервової системи, когнітивно-поведінковий — на значенні способів сприйняття та інтерпретації життєвих подій. Найбільш цілісне розуміння психосоматичних явищ забезпечує біопсихосоціальний підхід, який розглядає їх як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників.

Психосоматичні розлади мають комплексну природу та формуються під впливом сукупності взаємопов'язаних чинників. Серед найбільш значущих передумов їх виникнення особливе місце посідають хронічний стрес, внутрішньоособистісні конфлікти, труднощі емоційного самовираження, підвищена тривожність, особливості сімейного виховання та несприятливі соціальні умови. У дитячому віці зазначені чинники набувають особливого значення, оскільки механізми емоційної саморегуляції ще перебувають на стадії формування.

Молодший шкільний вік характеризується підвищеною чутливістю до психоемоційних навантажень. Адаптація до нових умов навчання, необхідність

дотримання соціальних вимог, формування міжособистісних взаємин та недостатній досвід конструктивного вираження емоцій можуть сприяти соматизації переживань і проявлятися через різноманітні психосоматичні симптоми.

Розгляд основних класифікацій психосоматичних розладів дозволяє стверджувати, що вони охоплюють широкий спектр порушень - від функціональних психосоматичних синдромів до органічних захворювань, у розвитку яких важливу роль відіграють психологічні чинники. Найбільш поширеними проявами у дитячому віці є головний біль, біль у животі, порушення сну, підвищена втомлюваність, емоційна нестійкість та інші симптоми, пов'язані з психоемоційним напруженням.

Отже, психосоматичні розлади у дітей молодшого шкільного віку доцільно розглядати як результат складної взаємодії психологічних, біологічних і соціальних чинників. Їх профілактика та корекція потребують комплексного підходу, спрямованого не лише на усунення симптомів, а й на розвиток емоційної стійкості, навичок саморегуляції та особистісних ресурсів дитини. Такий підхід зумовлює необхідність пошуку ефективних психокорекційних засобів, одним із яких є музикотерапія, теоретичне обґрунтування якої розглянуто у наступному розділі роботи.

## РОЗДІЛ 2

### МУЗИКОТЕРАПІЯ ЯК ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЧНОГО ПІЗНАННЯ ТА РЕСУРС КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ

#### 2.1. Психологічний механізм впливу музики на організм людини

Сучасна психологічна думка розглядає музикотерапію як складну психоінформаційну систему, що здійснює цілісний фізично-біологічний та соціокультурний вплив на особистість [10, с. 167]. Музика виступає одночасно як об'єкт естетичного споглядання та потужний інструмент психосоматичної корекції, який інтегрує знання медицини, психології та акустики [25, с. 29; 9, с. 338]. Психологічний механізм дії музики базується на її здатності проникати у найглибші шари людської душі, оминаючи вербальні бар'єри та створюючи простір для емоційного зцілення й саморозвитку [21, с. 117; 9, с. 339].

У науковій та науково-популярній літературі також зустрічаються підходи, які пояснюють вплив музики через її вібраційну природу. Відповідно до цих поглядів, звукові хвилі здатні впливати на фізіологічні процеси організму, оскільки людське тіло є складною системою, що постійно перебуває у стані коливань та ритмічної активності. Прихильники такого підходу вважають, що музичні вібрації можуть сприяти нормалізації дихання, серцевого ритму та м'язового тону, створюючи умови для психофізіологічного розслаблення [10, с. 161; 25, с. 38]. Водночас сучасна доказова медицина та психологія не мають достатньої кількості експериментально підтверджених даних щодо таких явищ, як «біополе людини», «атомно-молекулярний масаж» чи прямий вплив музики на клітинному рівні. Тому зазначені положення доцільно розглядати як окремі теоретичні інтерпретації механізму музичного впливу, а не як загально визнані наукові концепції.

Важливим аспектом є нейропсихологічний шлях проходження музичної інформації. Акустична інформація потрапляє до мозку двома шляхами:

специфічним (через слуховий аналізатор до кори) та неспецифічним (через лімбічну систему) [10, с. 37]. Лімбічна система, будучи «емоційним центром» мозку, бере участь у регуляції функцій внутрішніх органів, інстинктивної поведінки, пам'яті та емоцій [10, с. 15, 37]. Саме через активацію лімбічних структур музика викликає вегетативні реакції, що супроводжують емоційні стани [25, с. 51; 21, с. 118].

Нейрохімічний механізм впливу музики виявляється у зміні гормонального фону. Прослуховування приємних мелодій стимулює мезолімбічний центр задоволення, що сприяє вивільненню дофаміну та ендорфінів, які допомагають справлятися з болем і стресом [21, с. 118; 25, с. 38]. Одночасно відбувається зниження рівня кортизолу (гормону стресу), що сприяє емоційній стабілізації [25, с. 38; 13, с. 64]. Колективне музикування та спів також активують синтез окситоцину – «гормону прив'язаності», який посилює відчуття довіри та емоційного зв'язку між людьми [21, с. 118].

Психологічна специфіка музичного впливу розкривається через механізм катарсису – емоційного очищення та розрядки [9, с. 342; 17, с. 326]. Музика дозволяє особистості «відіграти» накопичені почуття, виразити гнів, страх або сум у прийнятній символічній формі [21, с. 118; 19, с. 41]. Вона виступає засобом емоційного моделювання, де семантична структура твору резонує з внутрішнім світом людини, допомагаючи трансформувати негативні переживання у позитивні життєві установки [25, с. 39; 9, с. 341].

Кожен елемент музичної мови має свій психофізіологічний еквівалент. *Ритм* є складним подразником, який упорядковує роботу нервової системи та мускулатури, створюючи передумови для саморегуляції діяльності [10, с. 46–47; 17, с. 328]. Завдяки ритму музика може синхронізувати рухову активність, дихання та загальний темп психічних процесів людини. *Мелодія* звернена до сфери сприйняття та розумової діяльності, відображаючи процес ясного й послідовного руху думки [19, с. 11; Музика творить дива, с. 8]. Вона сприяє концентрації уваги, формуванню асоціацій та активізації образного мислення. Гармонія пов'язана з емоційною, чуттєвою сферою, викликаючи душевний рух та

резонанс із внутрішнім «Я» особистості [19, с. 11; 25, с. 44]. Через *гармонійне звучання* музика може посилювати відчуття внутрішньої рівноваги, знижувати емоційне напруження або, навпаки, активізувати переживання.

Окрім емоційного впливу, музика активізує когнітивні процеси особистості. Вона здатна впливати на увагу, пам'ять, уяву та мислення, виступаючи своєрідним стимулом для актуалізації попереднього досвіду [19, с. 11; 18, с. 8]. Завдяки механізму емоційної пам'яті знайомі музичні твори можуть викликати асоціації з певними подіями життя, сприяти відновленню позитивних переживань та формуванню відчуття психологічної цілісності [21, с. 118; 25, с. 39]. У корекційній роботі це дозволяє використовувати музику як засіб активізації внутрішніх ресурсів особистості та формування позитивних емоційних установок [9, с. 341; 21, с. 121].

У дітей молодшого шкільного віку механізм емоційної пам'яті має особливе значення, оскільки переживання цього періоду часто закріплюються через образи, звуки, інтонації та емоційні враження. Знайома мелодія може актуалізувати позитивні спогади, відчуття безпеки, підтримки та прийняття, що сприяє зниженню внутрішнього напруження. У психокорекційній роботі це дозволяє використовувати музику як засіб відновлення позитивного емоційного досвіду та формування ресурсного стану дитини.

Важливим для дітей є також ритмічний компонент музики, оскільки ритм безпосередньо пов'язаний із руховою активністю, диханням та загальним рівнем психофізіологічного збудження. Спокійний і рівномірний ритм сприяє уповільненню дихання, зниженню м'язового напруження та формуванню стану розслаблення. Натомість більш активний ритм може підвищувати емоційний тонус, стимулювати рухову активність і допомагати дитині вивільняти накопичене напруження у безпечній формі.

Важливим психологічним механізмом музичного впливу є розвиток процесів саморегуляції. Музика допомагає людині усвідомлювати власний емоційний стан, розпізнавати внутрішні переживання та поступово керувати їх інтенсивністю. Завдяки цьому вона виступає своєрідним засобом самопомоги,

що дозволяє знижувати рівень психоемоційного напруження та відновлювати внутрішню рівновагу. У процесі музичного сприйняття відбувається поступове узгодження емоційних, когнітивних та фізіологічних реакцій організму, що створює передумови для формування навичок емоційного самоконтролю.

Музика також є ефективним засобом підвищення стресостійкості особистості. Під впливом музичних творів зменшується інтенсивність негативних емоційних переживань, пов'язаних із тривогою, страхом або внутрішнім напруженням. Завдяки цьому музика може виконувати компенсаторну функцію, сприяючи відновленню психологічних ресурсів людини та підвищенню її адаптаційних можливостей. Особливої актуальності така властивість музики набуває в умовах хронічного стресу та психоемоційного перевантаження.

Окрім індивідуального впливу, музика виконує важливу комунікативну функцію. Спільне прослуховування музики, спів або музикування створюють умови для розвитку міжособистісної взаємодії, формування довіри та емоційної близькості між людьми. У дитячому середовищі музична діяльність сприяє розвитку емпатії, навичок співпраці та здатності до конструктивної взаємодії з однолітками. Завдяки цьому музика виступає не лише засобом індивідуальної корекції, а й важливим чинником соціалізації особистості.

Особливу роль музика відіграє у розвитку творчого потенціалу людини. Музичні образи стимулюють діяльність уяви, сприяють виникненню асоціативних зв'язків та активізують процеси творчого мислення. Взаємодія з музикою розширює можливості емоційного самовираження, допомагає людині знаходити нові способи інтерпретації власного досвіду та відкриває додаткові ресурси для особистісного розвитку.

Отже, психологічний вплив музики реалізується через взаємодію нейрофізіологічних, емоційних, когнітивних та соціально-психологічних механізмів, які забезпечують комплексний вплив на психічний стан людини.

## Таблиця 2.1

### Основні форми музикотерапії у психокорекційній роботі

<b>Форма</b>	<b>Характеристика</b>	<b>Основний психокорекційний ефект</b>
Рецептивна	Слухання музики	Зниження тривожності
Активна	Спів, музикування	Емоційне самовираження
Інтегративна	Поєднання з арттерапією	Комплексний вплив

У контексті психосоматичних розладів зазначені механізми набувають особливого значення, оскільки сприяють зниженню психоемоційного напруження, яке розглядається як один із провідних чинників формування психосоматичної симптоматики. Завдяки цьому музика може виступати не лише засобом емоційної підтримки, а й інструментом профілактики психосоматичних порушень. Завдяки цьому музика може виступати не лише засобом емоційної підтримки, а й інструментом профілактики психосоматичних порушень.

Для дітей молодшого шкільного віку музика має особливе значення завдяки віковим особливостям розвитку психіки. У цьому віці переважають емоційно-образні способи сприйняття інформації, а тому музичні стимули часто виявляються більш доступними та зрозумілими, ніж вербальні форми впливу. Музика сприяє розвитку емоційного інтелекту, покращує здатність до розпізнавання власних переживань та переживань інших людей, а також створює сприятливі умови для гармонійного особистісного розвитку дитини.

У контексті вивчення когнітивного впливу музики окремий напрям досліджень пов'язаний із так званим «ефектом Моцарта», відповідно до якого прослуховування творів В. А. Моцарта може позитивно впливати на когнітивні функції людини, зокрема увагу, просторове мислення та пам'ять. Перші дослідження засвідчили тимчасове покращення окремих показників інтелектуальної діяльності після прослуховування класичної музики. Разом із тим результати подальших наукових робіт виявилися неоднозначними, а тому сьогодні «ефект Моцарта» не розглядається як універсально доведене явище. Більшість дослідників сходяться на думці, що позитивний вплив музики

пов'язаний не стільки з конкретним композитором, скільки із загальним підвищенням емоційного комфорту, концентрації уваги та мотивації людини.

Особливого значення музичний вплив набуває у молодшому шкільному віці. У цей період переважає образне сприйняття інформації, висока емоційна чутливість та активна діяльність механізмів уяви. Саме тому музика є доступним і природним засобом впливу на емоційну сферу дитини, сприяє розвитку саморегуляції, покращенню концентрації уваги та засвоєнню навчального матеріалу.

Практичне використання музики у психокорекційній роботі ґрунтується на низці спеціальних методичних підходів. Зокрема, у музикотерапії застосовується ізопринцип, який передбачає добір музичного матеріалу відповідно до актуального психоемоційного стану людини з подальшою його корекцією. Крім того, залежно від характеру впливу на психофізіологічний стан виокремлюють ерготропний (активізуючий) і трофотропний (релаксаційний) напрями музичного впливу. Зазначені підходи широко використовуються у музикотерапевтичній практиці та становлять методичну основу психокорекційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку, що буде детальніше розглянуто у наступному підрозділі.

Отже, психологічний механізм впливу музики є багатогранним процесом, що поєднує фізіологічну дію звукових подразників, нейрохімічну регуляцію настрою, емоційну розрядку, когнітивну активізацію та механізми саморегуляції [21, с. 121; 25, с. 61]. Використання музики як ресурсу корекційної роботи дозволяє знижувати рівень тривожності, підтримувати емоційну стабільність, покращувати концентрацію уваги та формувати навички емоційного самоконтролю у дітей [18, с. 3; 21, с. 121; 13, с. 64].

## **2.2. Форми і технології застосування музикотерапії у психокорекційній роботі**

Музикотерапія є одним із найбільш поширених напрямів арттерапевтичної практики, який активно використовується у психокорекційній роботі з дітьми різного віку. Завдяки здатності впливати на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості музика створює сприятливі умови для зниження психоемоційного напруження, розвитку навичок саморегуляції, покращення комунікативних здібностей та гармонізації психічного стану дитини [9, с. 339; 25, с. 61]. Особливого значення музикотерапія набуває у роботі з дітьми молодшого шкільного віку, оскільки музика відповідає їхнім віковим особливостям, зокрема високій емоційній чутливості, образному мисленню та потребі у творчому самовираженні [19, с. 169; 21, с. 121].

Сучасна практика музикотерапії має міждисциплінарний характер і поєднує досягнення психології, педагогіки, медицини, нейронауки та мистецтвознавства. Саме така інтеграція знань забезпечує комплексний вплив на емоційний, когнітивний та фізіологічний рівні функціонування особистості, що особливо важливо у роботі з психосоматичними порушеннями дитячого віку [10, с. 167; 25, с. 61].

У сучасній психологічній практиці прийнято виділяти **три основні форми музикотерапії**: рецептивну (пасивну), активну та інтегративну [10, с. 173; 25, с. 54].

*Рецептивна (пасивна)* музикотерапія передбачає сприйняття спеціально підібраних музичних творів без безпосередньої участі дитини у музичному виконанні. Основною метою цієї форми є створення сприятливого емоційного фону, зниження рівня тривожності, подолання психоемоційного напруження та стимулювання позитивних переживань [25, с. 54; 9, с. 341]. У межах рецептивної музикотерапії виокремлюють комунікативну, реактивну та регулятивну форми. Комунікативна форма спрямована на покращення міжособистісної взаємодії, реактивна – на емоційну розрядку та усвідомлення переживань, а регулятивна – на нормалізацію психофізіологічного стану дитини [10, с. 174].

*Активна музикотерапія* передбачає безпосередню участь дитини у музичній діяльності. До її основних форм належать спів, музична імпровізація,

гра на музичних інструментах, музично-ритмічні вправи та музично-рухова діяльність [9, с. 342; 17, с. 327]. Активне залучення до музичної творчості сприяє розвитку емоційної виразності, зниженню внутрішнього напруження, формуванню впевненості у власних можливостях та покращенню навичок самоконтролю. Особливу роль у психокорекційній роботі відіграє музична імпровізація, яка дозволяє дитині невербально виражати почуття, переживання та внутрішні конфлікти [9, с. 342].

*Інтегративна музикотерапія* ґрунтується на поєднанні музики з іншими психокорекційними технологіями. Найчастіше вона використовується у поєднанні з арттерапією, казкотерапією, ігротерапією, танцювально-руховою терапією та техніками релаксації [25, с. 58; 10, с. 176]. Поєднання музики з малюванням, рухом чи творчою діяльністю дозволяє посилити психокорекційний ефект та створює додаткові можливості для емоційного самовираження дитини.

Музикотерапія може реалізовуватися в індивідуальній та груповій формах. Індивідуальна робота дозволяє максимально враховувати особистісні особливості дитини, її психоемоційний стан та специфіку психосоматичних проявів. Групові форми музикотерапії сприяють розвитку навичок спілкування, соціальної взаємодії, емоційної підтримки та формуванню позитивного психологічного клімату серед учасників. Поєднання індивідуальних і групових форм роботи забезпечує комплексний психокорекційний вплив та підвищує ефективність музикотерапевтичних програм [9, с. 342; 21, с. 120].

Ефективність музикотерапевтичного впливу значною мірою залежить від правильного добору музичного матеріалу. Під час організації психокорекційної роботи враховуються вік дитини, її індивідуальні особливості, емоційний стан, музичні вподобання та поставлені корекційні завдання. Важливими принципами добору музики є поступовість впливу, емоційна безпечність, відповідність музичного твору актуальному стану дитини та позитивна спрямованість його змісту. Для дітей молодшого шкільного віку особливого значення набувають мелодійність, помірний темп і відсутність надмірного акустичного навантаження [25, с. 54–56; 10, с. 173–175].

Серед сучасних технологій музикотерапії важливе місце займає *ізопринцип*. Його сутність полягає у доборі музичного матеріалу відповідно до актуального психоемоційного стану людини з подальшим поступовим переходом до бажаного емоційного стану [10, с. 180]. Такий підхід забезпечує природне включення дитини у процес корекційної роботи та сприяє зниженню внутрішнього опору. Практична реалізація ізопринципу передбачає три послідовні етапи: приєднання до наявного емоційного стану, його поступову трансформацію та закріплення позитивного емоційного фону. Завдяки цьому музика виступає не лише засобом емоційної підтримки, а й інструментом розвитку навичок саморегуляції та емоційної стійкості.

Однією з найбільш поширених технологій музикотерапії є *вокалотерапія (співотерапія)*. Вона базується на використанні співу як засобу психоемоційного розвантаження, розвитку дихання та гармонізації емоційного стану особистості [18, с. 18; 25, с. 56]. Під час співу відбувається природна нормалізація дихального ритму, знижується рівень тривожності та покращується емоційне самопочуття. Для дітей молодшого шкільного віку спів також є важливим засобом розвитку комунікативних навичок і формування позитивної самооцінки.

Ефективною технологією психокорекційної роботи виступає *ритмотерапія*. Її основу становить використання ритмічних структур, музично-рухових вправ та елементарного музикування [17, с. 328; 10, с. 46–47]. Ритм сприяє впорядкуванню психічної діяльності, покращенню координації рухів, концентрації уваги та розвитку саморегуляції. У роботі з дітьми, які мають підвищений рівень тривожності або психосоматичні прояви, ритмотерапія допомагає зменшити внутрішню напругу та стабілізувати емоційний стан.

Важливе місце у музикотерапевтичній практиці посідає *музична імпровізація*. Вона створює умови для спонтанного вираження емоцій через звук, ритм і рух, що особливо важливо для дітей, які мають труднощі з вербалізацією власних переживань [9, с. 342; 21, с. 118]. Завдяки імпровізації дитина отримує можливість безпечно виражати тривогу, страх, гнів чи інші складні емоції, поступово усвідомлюючи та опановуючи їх.

До інтегративних музикотерапевтичних технологій належить *музикомалювання*, що поєднує слухання музики з образотворчою діяльністю. Прослуховуючи музичний твір, дитина відображає свої переживання через колір, форму та художні образи. Така технологія сприяє розвитку емоційної рефлексії, творчого мислення та усвідомлення власних почуттів [25, с. 58; 9, с. 341].

У роботі з психосоматичними проявами широко застосовуються *технології музично-психосоматичної релаксації*. Вони передбачають використання спокійних музичних композицій у поєднанні з дихальними вправами, релаксаційними техніками та елементами візуалізації [13, с. 64; 21, с. 121]. Такий підхід сприяє зниженню м'язового напруження, нормалізації вегетативних реакцій організму та покращенню емоційного самопочуття дитини.

Окремим напрямом є *музично-раціональна психотерапія*, розроблена В. Петрушиним. Її основу становить цілеспрямований добір музичних творів відповідно до характеру емоційних переживань людини. Залежно від поставлених завдань використовуються ерготропні музичні композиції, що активізують психічну діяльність, або трофотропні твори, спрямовані на релаксацію та емоційну стабілізацію [10, с. 182; 25, с. 60].

Для дітей молодшого шкільного віку перспективною є також *технологія «ПіснеЗнайка»*, яка поєднує музичний супровід із навчально-пізнавальною діяльністю. Використання пісень, ритмізованих текстів та музичних вправ сприяє кращому засвоєнню навчального матеріалу, підвищенню мотивації до навчання та зниженню рівня шкільної тривожності [18, с. 21–22].

Однією з важливих переваг музикотерапії є її природність і доступність для дітей молодшого шкільного віку. На відміну від багатьох вербальних психокорекційних методів, музика не вимагає від дитини високого рівня рефлексії або здатності детально описувати власні переживання. Завдяки цьому музикотерапевтичні технології можуть ефективно використовуватися навіть у випадках, коли дитина відчуває труднощі з усвідомленням або вербалізацією емоційних станів [21, с. 118; 9, с. 341].

Важливою особливістю музикотерапії є її профілактичний потенціал. Регулярне використання музикотерапевтичних технологій сприяє зниженню рівня психоемоційного напруження, розвитку навичок емоційної саморегуляції та підвищенню стресостійкості дитини. Це дозволяє розглядати музикотерапію не лише як засіб психокорекції вже наявних психосоматичних проявів, а й як ефективний інструмент їх попередження [13, с. 64; 21, с. 121].

Отже, музикотерапія охоплює різноманітні форми та технології психокорекційного впливу, які дозволяють комплексно працювати з емоційною, когнітивною та поведінковою сферами особистості. Використання рецептивної, активної та інтегративної музикотерапії, а також таких технологій, як ізопринцип, вокалотерапія, ритмотерапія, музична імпровізація, музикомалювання та музично-психосоматична релаксація, створює сприятливі умови для корекції психоемоційних порушень і профілактики психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку.

## **Висновки до розділу 2**

У другому розділі розкрито психологічні механізми впливу музики на людину та проаналізовано основні форми і технології музикотерапії, що використовуються у психокорекційній практиці. Музика розглядається як багатофункціональний засіб впливу, який одночасно охоплює фізіологічний, емоційний, когнітивний та соціально-психологічний рівні функціонування особистості.

Вплив музики на психоемоційний стан людини забезпечується комплексом взаємопов'язаних механізмів. Особливу роль відіграють активація лімбічної системи, зміни нейрохімічних процесів, механізми емоційної пам'яті, катарсису та саморегуляції. Музика сприяє зниженню рівня психоемоційного напруження, тривожності та стресу, покращенню настрою, концентрації уваги й загального психологічного благополуччя. Важливим є також її вплив на фізіологічні процеси, зокрема дихання, м'язовий тонус і рівень психофізіологічного збудження.

Особливого значення музичний вплив набуває у молодшому шкільному віці, коли емоційно-образне сприйняття інформації переважає над логіко-раціональним. Музика сприяє розвитку емоційного інтелекту, навичок саморегуляції, творчого самовираження та конструктивного переживання емоцій. Завдяки механізмам емоційної пам'яті та ритмічної організації музичні стимули можуть використовуватися як ефективний засіб відновлення внутрішньої рівноваги та активізації особистісних ресурсів дитини.

Аналіз наукових джерел дозволив виокремити три основні форми музикотерапії: рецептивну, активну та інтегративну. Кожна з них має власні можливості психокорекційного впливу та може використовуватися залежно від віку дитини, її психоемоційного стану та поставлених завдань. Найбільш ефективними у роботі з дітьми молодшого шкільного віку є технології, що поєднують слухання музики з активною творчою діяльністю, руховою активністю, співом, малюванням та елементами імпровізації.

Серед сучасних музикотерапевтичних технологій особливу практичну цінність мають ізопринцип, вокалотерапія, ритмотерапія, музична імпровізація, музикомалювання та музично-психосоматична релаксація. Їх застосування сприяє розвитку емоційної усвідомленості, покращенню комунікативних навичок, підвищенню стресостійкості та зменшенню проявів психоемоційного напруження. Важливою перевагою музикотерапії є її доступність, природність і можливість використання як у корекційній, так і у профілактичній роботі з дітьми.

Таким чином, музикотерапія є ефективним засобом психологічної підтримки дітей молодшого шкільного віку, який дозволяє комплексно впливати на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості. Теоретичний аналіз психологічних механізмів музичного впливу та сучасних музикотерапевтичних технологій підтверджує доцільність використання музикотерапії для профілактики і корекції психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку та створює теоретичне підґрунтя для розроблення відповідних психокорекційних програм.

### РОЗДІЛ 3

## ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ВПЛИВІВ МУЗИКОТЕРАПІЇ НА ДІТЕЙ З ПСИХОСОМАТИЧНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ

### 3.1. Система психодіагностичних методів і методик, спрямованих на виявлення психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку

Ефективність психокорекційної роботи з дітьми, які мають психосоматичні прояви, значною мірою залежить від своєчасного виявлення особливостей їхнього психоемоційного стану, рівня тривожності, характеру переживань та наявних поведінкових реакцій. У зв'язку з цим важливим етапом дослідження стало проведення психодіагностичного обстеження, спрямованого на комплексне вивчення психологічних чинників, що можуть бути пов'язані з виникненням або підтриманням психосоматичної симптоматики у дітей молодшого шкільного віку.

Метою психодіагностичного етапу було виявлення особливостей емоційного стану дітей, рівня їхньої тривожності, проявів психоемоційного напруження та наявності психосоматичних скарг для подальшого розроблення й апробації програми музикотерапевтичної корекції.

Дослідження проводилося відповідно до принципів добровільності, конфіденційності, гуманістичної спрямованості та врахування вікових особливостей дітей молодшого шкільного віку. У процесі організації діагностичної роботи особлива увага приділялася створенню безпечної та доброзичливої атмосфери, що сприяла отриманню більш достовірних результатів.

Дослідження здійснювалося у декілька послідовних етапів.

На *першому етапі* було проведено теоретичний аналіз наукової літератури з проблем психосоматичних розладів у дітей молодшого шкільного віку та можливостей їх психокорекції засобами музикотерапії.

*Другий етап* передбачав проведення первинної психодіагностики з метою виявлення особливостей психоемоційного стану дітей та наявних психосоматичних проявів.

На *третьому етапі* було розроблено та апробовано програму музикотерапевтичної корекції, спрямовану на зниження рівня психоемоційного напруження, розвиток навичок саморегуляції та профілактику психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку.

На четвертому етапі було проведено повторну діагностику та оцінено ефективність запропонованої програми шляхом порівняння результатів первинного і повторного обстеження.

Для комплексного вивчення психосоматичних проявів було використано систему взаємодоповнювальних психодіагностичних методів, що дозволяють оцінити як емоційний стан дитини, так і особливості її самопочуття та поведінки.

У дослідженні взяли участь 30 дітей молодшого шкільного віку віком від 7 до 10 років, які навчаються у 2–4 класах одного із закладів загальної середньої освіти Тернопільської області. Відбір учасників здійснювався з урахуванням наявності ознак психоемоційного напруження, підвищеної тривожності та окремих психосоматичних проявів, зокрема скарг на головний біль, біль у животі, порушення сну, підвищену втомлюваність або емоційну нестійкість. Участь дітей у дослідженні була добровільною та здійснювалася за згодою батьків або законних представників. Для проведення формувального експерименту учасників було розподілено на експериментальну (15 осіб) та контрольну (15 осіб) групи.

Для досягнення мети дослідження було застосовано широкий спектр теоретичних та емпіричних підходів. Теоретичні методи включали аналіз, синтез, узагальнення та систематизацію наукових матеріалів, які стосуються питань психосоматики і музикотерапії. Емпірична складова охоплювала використання психодіагностичних інструментів, проведення спостережень і анкетування батьків. Для аналізу отриманих результатів були залучені методи якісної та кількісної обробки даних.

З метою виявлення психосоматичних скарг було використано авторську анкету для батьків, яка дала можливість отримати інформацію про частоту виникнення у дітей головного болю, болю в животі, порушень сну, підвищеної втомлюваності, нервових тиків, змін апетиту та інших соматичних симптомів, що можуть мати психогенне походження.

Під час аналізу результатів особлива увага приділялася частоті виникнення психосоматичних скарг, їх тривалості та зв'язку зі стресогенними ситуаціями. Наявність регулярних скарг за відсутності підтверджених медичних причин розглядалася як один із можливих індикаторів психосоматичного неблагополуччя дитини.

Для оцінювання рівня шкільної тривожності було використано тест шкільної тривожності Філліпса, який дозволив визначити загальний рівень тривожності дітей, а також особливості переживання ними навчальних ситуацій, взаємин із педагогами та однолітками. Використання цієї методики є особливо важливим, оскільки підвищена тривожність належить до найбільш поширених психологічних чинників розвитку психосоматичних проявів у молодшому шкільному віці.

Для дослідження актуального емоційного стану було використано кольоровий тест Люшера, який дав можливість виявити приховані емоційні переживання, рівень внутрішнього напруження та потребу дітей у психологічній підтримці. Перевагою цієї методики є можливість її використання з дітьми молодшого шкільного віку завдяки простоті процедури проведення.

Додатковим інструментом оцінювання психоемоційного благополуччя стала методика САН («Самопочуття – Активність – Настрій»), яка дозволила визначити суб'єктивне сприйняття дітьми власного фізичного та емоційного стану. Отримані результати дали можливість оцінити динаміку змін після проведення психокорекційної роботи.

Для поглибленого вивчення емоційних переживань дітей було використано проєктивні методики «Малюнок сім'ї» та «Неіснуюча тварина». Їх застосування дозволило отримати додаткову інформацію про особливості внутрішнього світу

дитини, рівень емоційної напруги, особливості самооцінки, характер ставлення до себе, членів сім'ї та найближчого соціального оточення.

Обробка результатів дослідження здійснювалася із використанням методів описової статистики. Для аналізу отриманих даних визначалися абсолютні показники та їх відсоткове співвідношення. Порівняння результатів первинної та повторної діагностики дозволило оцінити динаміку психоемоційного стану дітей та ефективність запропонованої програми музикотерапевтичної корекції.

Для забезпечення комплексного дослідження психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку було використано систему взаємодоповнювальних психодіагностичних методик. Кожна з них спрямована на вивчення окремих психологічних показників, а їх поєднання забезпечує більш повне та об'єктивне оцінювання психоемоційного стану дитини. Відповідність досліджуваних показників та використаних методик представлено в Таблиці 3.1.

**Таблиця 3.1**

**Таблиця відповідності методик і показників**

<b>ДОСЛІДЖУВАНИЙ ПОКАЗНИК</b>	<b>МЕТОДИКА</b>
Психосоматичні прояви	Авторська анкета для батьків
Рівень тривожності	Тест шкільної тривожності Філліпса
Емоційний стан	Кольоровий тест Люшера
Самопочуття, активність, настрої	Методика САН
Особливості внутрішнього світу дитини	Проективні методики

Як видно з таблиці 3.1, для вивчення психосоматичних проявів було використано комплекс психодіагностичних методик, що дозволяють оцінити рівень тривожності, особливості емоційного стану, суб'єктивне самопочуття дитини та наявність психосоматичних скарг. Використання лише однієї методики не дало б можливості повною мірою дослідити психологічні чинники виникнення психосоматичних проявів. Саме тому застосовано комплексний підхід, який поєднує опитувальні, тестові та проективні методи та забезпечує більш повне й об'єктивне вивчення психоемоційного стану дітей.

Таким чином, сформована система психодіагностичних методів забезпечила можливість комплексного дослідження психологічних чинників, пов'язаних із психосоматичними проявами у дітей молодшого шкільного віку. Отримані результати стали підґрунтям для розроблення та подальшого впровадження програми музикотерапевтичної профілактики і корекції психосоматичних розладів, зміст якої представлено у наступному підрозділі.

### **3.2. Програма профілактики психосоматичних розладів у молодших школярів засобами музикотерапії та експериментальне апробування її ефективності**

Результати проведеного психодіагностичного дослідження показали, що у частини дітей молодшого шкільного віку спостерігається підвищений рівень. Це обумовило необхідність розроблення спеціальної профілактично-корекційної програми засобами музикотерапії, спрямованої на покращення психоемоційного стану дітей, розвиток навичок емоційної саморегуляції та зниження ризику виникнення психосоматичної симптоматики.

Теоретичною основою програми стали сучасні наукові уявлення про психосоматичні розлади дитячого віку, психологічні механізми впливу музики на емоційну сферу особистості, а також положення музикотерапії щодо можливостей використання музичного мистецтва у профілактичній та корекційній роботі з дітьми. Під час розроблення програми враховувалися вікові особливості молодших школярів, їхня підвищена емоційна чутливість, потреба у творчій самореалізації та переважання образного способу сприйняття інформації.

**Мета програми** полягає в запобіганні психосоматичним розладам у дітей молодшого шкільного віку через використання методів музикотерапії. Ці технології спрямовані на зниження тривожності, вдосконалення навичок емоційної саморегуляції та формування позитивного психоемоційного стану.

Для реалізації поставленої мети було визначено такі завдання:

- знизити рівень психоемоційного напруження дітей;
- сприяти розвитку навичок емоційного усвідомлення та саморегуляції;
- покращити показники самопочуття, активності та настрою;
- зменшити частоту психосоматичних скарг;
- сформувати позитивне ставлення до власних емоцій і способів їх безпечного вираження;
- активізувати внутрішні психологічні ресурси дитини.

Реалізація програми ґрунтувалася на принципах добровільності участі, емоційної безпечності, індивідуального підходу, урахування вікових особливостей дітей, систематичності та поступовості психокорекційного впливу. Дотримання зазначених принципів забезпечувало створення сприятливих умов для розвитку емоційної саморегуляції та профілактики психосоматичних проявів.

Програма реалізовувалася протягом восьми тижнів та включала вісім групових занять тривалістю 35–40 хвилин кожне. Заняття проводилися один раз на тиждень з учасниками експериментальної групи. Структура кожного заняття передбачала вступну частину, основний музикотерапевтичний блок та рефлексивне завершення.

Зміст програми реалізовувався через систему послідовних музикотерапевтичних занять, спрямованих на розвиток емоційної саморегуляції, зниження рівня тривожності та профілактику психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку. Структуру програми представлено в таблиці 3.2.

**Таблиця 3.2**

**Програма музикотерапевтичних занять для дітей молодшого шкільного віку**

<b>№</b>	<b>Тема заняття</b>	<b>Мета заняття</b>	<b>Основні музикотерапевтичні техніки</b>
1	Знайомство зі світом музики та емоцій	Створення безпечної атмосфери, встановлення контакту з дітьми, первинне усвідомлення	музичне привітання, релаксація

		зв'язку між музикою та емоціями	
2	Настрій і музика	Розвиток уміння розпізнавати власний емоційний стан і пов'язувати його з музичними образами	слухання музичних творів, обговорення
3	Музика та мої почуття	Формування навичок вираження емоцій через творчість і зниження внутрішнього напруження	музичне малювання
4	Подолання тривоги	Зниження рівня тривожності, формування навичок заспокоєння та дихальної саморегуляції	релаксаційна музика, дихальні вправи
5	Музика та уява	Активізація позитивних образів, розвиток уяви та внутрішніх ресурсів дитини	візуалізація під музику
6	Музика дружби	Розвиток комунікативних навичок, довіри та позитивної взаємодії в групі	групове музикування
7	Музика гарного настрою	Підвищення емоційного тону, активізація позитивних переживань і рухової активності	ритмічні вправи
8	Мій ресурсний музичний світ	Узагальнення отриманого досвіду, закріплення навичок саморегуляції та позитивного ставлення до себе	підсумкова рефлексія

Представлена програма поєднує різні форми та технології музикотерапевтичного впливу, що дозволяє комплексно впливати на емоційну, когнітивну та поведінкову сфери особистості дитини.

У процесі реалізації програми використовувалися різні форми музикотерапії. Провідне місце посідала рецептивна музикотерапія, що передбачала слухання музичних творів із подальшим обговоренням емоцій, образів та асоціацій, які виникали у дітей. Така форма роботи сприяла розвитку емоційної усвідомленості, зниженню психоемоційного напруження та формуванню навичок рефлексії.

Важливим компонентом програми була активна музикотерапія, яка включала елементи співу, ритмічних вправ, музично-рухової діяльності та простих форм музичної імпровізації. Активне залучення дітей до музичної діяльності сприяло вираженню емоцій, розвитку комунікативних навичок та підвищенню самооцінки.

Багато було приділено застосуванню музично-релаксаційних технологій. Для цього застосовувалися спокійні музичні композиції у поєднанні з дихальними вправами, елементами візуалізації та техніками м'язового розслаблення. Такі вправи сприяли нормалізації емоційного стану дітей.

Окремим напрямом роботи стало використання музично-образних технік, які поєднували слухання музики з малюванням, творчими завданнями та вербалізацією власних переживань. Це дозволяло дітям безпечно виражати почуття, які складно описати словами, а також сприяло розвитку уяви та емоційної гнучкості.

Під час добору музичного матеріалу враховувалися принципи емоційної безпечності, поступовості впливу та відповідності музичних творів віковим особливостям дітей. Особлива увага приділялася використанню мелодійних композицій помірному темпу, які сприяли підтриманню позитивного емоційного фону та не створювали надмірного акустичного навантаження.

З метою перевірки ефективності розробленої програми було організовано формувальний експеримент, який передбачав впровадження музикотерапевтичних занять в експериментальній групі та подальше порівняння результатів із показниками контрольної групи. У ньому взяли участь 30 дітей молодшого шкільного віку, які були розподілені на експериментальну (15 осіб) та

контрольну (15 осіб) групи. Діти експериментальної групи брали участь у музикотерапевтичній програмі, тоді як учасники контрольної групи навчалися у звичному режимі без застосування спеціально організованих музикотерапевтичних занять.

Після завершення музикотерапевтичної програми було проведено повторне психодіагностичне обстеження дітей експериментальної та контрольної груп із використанням тих самих методик, що застосовувалися на початку дослідження. Це дало змогу порівняти показники до і після реалізації програми та визначити її вплив на рівень тривожності, емоційний стан, самопочуття дітей і частоту психосоматичних скарг.

Результати формувального експерименту, що відображають динаміку рівня тривожності, емоційного стану, самопочуття та частоти психосоматичних скарг у дітей експериментальної і контрольної груп, проаналізовано у наступному підрозділі.

Таким чином, розроблена програма профілактики психосоматичних розладів засобами музикотерапії має комплексний характер, поєднує рецептивні, активні, релаксаційні та творчі музикотерапевтичні технології, враховує вікові та психологічні особливості дітей молодшого шкільного віку й спрямована на розвиток емоційної саморегуляції, зниження рівня тривожності та профілактику психосоматичних проявів.

### **3.3. Аналіз результатів експериментального дослідження та прикладні рекомендації щодо активізації особистісних ресурсів дітей засобами музикотерапії**

З метою оцінювання ефективності розробленої програми було здійснено порівняльний аналіз результатів первинної та повторної психодіагностики дітей експериментальної та контрольної груп. Аналіз охоплював показники шкільної тривожності, емоційного стану, самопочуття, активності, настрою та частоти

психосоматичних скарг. Результати оцінювання рівня шкільної тривожності дітей за тестом Філліпса до та після формувального експерименту представлено в таблиці 3.3.

**Таблиця 3.3**

**Рівень тривожності дітей за тестом шкільної тривожності Філліпса до та після формувального експерименту**

<b>Рівень тривожності</b>	<b>Експериментальна група до експерименту (n=15)</b>	<b>Експериментальна група після експерименту (n=15)</b>	<b>Контрольна група до експерименту (n=15)</b>	<b>Контрольна група після експерименту (n=15)</b>
Високий	7 (46,7%)	3 (20,0%)	6 (40,0%)	5 (33,3%)
Середній	6 (40,0%)	7 (46,7%)	7 (46,7%)	7 (46,7%)
Низький	2 (13,3%)	5 (33,3%)	2 (13,3%)	3 (20,0%)
<b>Разом</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>

Як видно з таблиці 3.3, до початку формувального експерименту в експериментальній групі переважали діти з високим рівнем тривожності (46,7%) та середнім рівнем тривожності (40,0%). Після завершення музикотерапевтичної програми кількість дітей із високим рівнем тривожності зменшилася з 46,7% до 20,0%, тоді як частка дітей із низьким рівнем тривожності зросла з 13,3% до 33,3%.

У контрольній групі суттєвих змін не відбулося. Частка дітей із високим рівнем тривожності знизилася лише на 6,7%, а показники середнього та низького рівнів тривожності залишилися майже незмінними.

За результатами можна твердити важливий вплив музикотерапевтичної програми на зниження рівня шкільної тривожності у дітей молодшого шкільного віку.

Для більш повної оцінки ефективності музикотерапевтичної програми поряд із рівнем тривожності було проаналізовано особливості емоційного стану дітей. Результати, які отримали у ході вивчення емоційного стану дітей шляхом

застосування кольорового тесту Люшера до та після формувального експерименту, оформлено у таблиці 3.4.

**Таблиця 3.4**

**Результати дослідження емоційного стану дітей за кольоровим тестом Люшера до та після формувального експерименту**

<b>Рівень емоційного благополуччя</b>	<b>Експериментальна група до експерименту (n=15)</b>	<b>Експериментальна група після експерименту (n=15)</b>	<b>Контрольна група до експерименту (n=15)</b>	<b>Контрольна група після експерименту (n=15)</b>
Високий	3 (20,0%)	7 (46,7%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)
Середній	6 (40,0%)	6 (40,0%)	6 (40,0%)	7 (46,7%)
Низький	6 (40,0%)	2 (13,3%)	5 (33,3%)	4 (26,7%)
<b>Разом</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>	<b>15 (100%)</b>

Як видно з таблиці 3.4, до початку формувального експерименту у значної частини дітей експериментальної групи спостерігався низький рівень емоційного благополуччя (40,0%), що свідчило про наявність внутрішнього напруження та емоційного дискомфорту. Після завершення музикотерапевтичної програми частка дітей із високим рівнем емоційного благополуччя зросла з 20,0% до 46,7%, тоді як кількість дітей із низьким рівнем зменшилася з 40,0% до 13,3%.

У контрольній групі суттєвих змін не зафіксовано. Отримані результати свідчать про позитивний вплив музикотерапевтичних занять на емоційний стан дітей молодшого шкільного віку, зниження рівня внутрішнього напруження та покращення емоційного благополуччя.

Для оцінювання суб'єктивного сприйняття дітьми власного фізичного та емоційного стану було використано методику САН («Самопочуття – Активність – Настрій»). Результати дослідження дітей експериментальної та контрольної груп до і після формувального експерименту представлено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

**Результати дослідження за методикою САН до та після формувального експерименту**

<b>Показник</b>	<b>Експериментальна група до експерименту</b>	<b>Експериментальна група після експерименту</b>	<b>Контрольна група до експерименту</b>	<b>Контрольна група після експерименту</b>
<b>Самопочуття (бали)</b>	4,8	6,7	5,0	5,2
<b>Активність (бали)</b>	4,6	6,4	4,8	5,0
<b>Настрій (бали)</b>	5,0	7,1	5,2	5,4

*Примітка. Максимальний показник - 10 балів.*

Як видно з таблиці 3.5, до початку формувального експерименту показники самопочуття, активності та настрою дітей експериментальної групи перебували на середньому рівні. Після завершення музикотерапевтичної програми за всіма досліджуваними показниками спостерігалася позитивна динаміка. Найбільше зростання зафіксовано за показником настрою, який підвищився з 5,0 до 7,1 бала.

Також покращилися показники самопочуття (з 4,8 до 6,7 бала) та активності (з 4,6 до 6,4 бала). У контрольній групі зміни були незначними та не мали вираженого характеру.

Отримані результати свідчать про позитивний вплив музикотерапевтичної програми на загальний психоемоційний стан дітей молодшого шкільного віку та підтверджують її ефективність як засобу профілактики психосоматичних проявів.

Важливим показником ефективності музикотерапевтичної програми стала динаміка психосоматичних скарг у дітей молодшого шкільного віку. Для їх виявлення було проведено анкетування батьків, результати якого представлено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

**Частота психосоматичних скарг у дітей за результатами анкетування батьків до та після формувального експерименту**

<b>Психосоматичні скарги</b>	<b>Експериментальна група до експерименту (n=15)</b>	<b>Експериментальна група після експерименту (n=15)</b>	<b>Контрольна група до експерименту (n=15)</b>	<b>Контрольна група після експерименту (n=15)</b>
Головний біль	8 (53,3%)	4 (26,7%)	7 (46,7%)	6 (40,0%)
Біль у животі	7 (46,7%)	3 (20,0%)	6 (40,0%)	5 (33,3%)
Порушення сну	6 (40,0%)	2 (13,3%)	5 (33,3%)	5 (33,3%)
Підвищена втомлюваність	9 (60,0%)	4 (26,7%)	8 (53,3%)	7 (46,7%)
Емоційна нестійкість	10 (66,7%)	5 (33,3%)	9 (60,0%)	8 (53,3%)

Як видно з таблиці 3.6, до початку формувального експерименту найбільш поширеними психосоматичними проявами серед дітей експериментальної групи були емоційна нестійкість (66,7%), підвищена втомлюваність (60,0%), головний біль (53,3%) та біль у животі (46,7%). Після завершення музикотерапевтичної програми спостерігалось помітне зменшення частоти всіх досліджуваних психосоматичних скарг.

Найбільш виражена позитивна динаміка зафіксована щодо порушень сну, частота яких зменшилася з 40,0% до 13,3%, а також підвищеної втомлюваності - з 60,0% до 26,7%. Кількість дітей, які скаржилися на головний біль, зменшилася з 53,3% до 26,7%, а на біль у животі - з 46,7% до 20,0%.

У контрольній групі зміни мали незначний характер і не свідчили про суттєве покращення психоемоційного благополуччя дітей. Результати говорять про позитивний вплив музикотерапевтичної програми на зниження частоти психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку та підтверджують її профілактичний і корекційний потенціал.

Таблиця 3.7

## Узагальнення результатів експериментального дослідження

Показник	Динаміка в експериментальній групі	Динаміка в контрольній групі
Рівень тривожності	Позитивна	Незначна
Емоційний стан	Покращився	Майже без змін
Самопочуття	Покращилося	Незначні зміни
Активність	Підвищилася	Незначні зміни
Настрій	Покращився	Незначні зміни
Психосоматичні скарги	Зменшилися	Майже без змін

Дані таблиці 3.7 підтверджують більш виражену позитивну динаміку в експериментальній групі порівняно з контрольною. Відповідно можна вести мову про ефективність розробленої музикотерапевтичної програми. По її завершенні у дітей експериментальної групи спостерігалось покращення емоційного стану, зниження рівня тривожності, підвищення активності та настрою, показників самопочуття, а також зменшення частоти психосоматичних скарг. У контрольній групі суттєвих змін не виявлено.

Позитивна динаміка може бути пояснена комплексним характером музикотерапевтичного впливу. Поєднання рецептивної та активної музикотерапії, музично-рухових вправ, релаксаційних технік, музичного малювання та елементів імпровізації створювало умови для емоційного розвантаження, розвитку навичок саморегуляції та активізації внутрішніх ресурсів особистості.

Результати узгоджуються з положеннями сучасних досліджень щодо психокорекційного потенціалу музикотерапії. Зниження рівня тривожності, покращення емоційного стану та зменшення частоти психосоматичних скарг свідчать про те, що музикотерапевтичні технології можуть розглядатися як ефективний засіб профілактики психосоматичних порушень у дітей молодшого шкільного віку.

Дослідження дає підстави твердити, що музикотерапія сприяє не лише зниженню психоемоційного напруження та психосоматичних проявів, а й активізації особистісних ресурсів дітей. До таких ресурсів належать емоційна стійкість, здатність до саморегуляції, позитивне самосприйняття, творча активність, комунікативна відкритість та здатність конструктивно виражати власні почуття. Саме розвиток зазначених ресурсів створює передумови для гармонійного особистісного розвитку дитини та підвищення її психологічного благополуччя.

Результати дослідження свідчать про доцільність застосовувати музикотерапевтичних технологій у роботі з дітьми молодшого шкільного віку та стали підставою для формулювання практичних рекомендацій для фахівців, які здійснюють психологічний супровід дітей, організують освітній процес або беруть участь у сімейному вихованні. Запропоновані рекомендації спрямовані на профілактику психосоматичних проявів, розвиток емоційної саморегуляції та підтримку психологічного благополуччя дітей.

### **1. Практичні рекомендації для практичних психологів**

1) *Використовувати музикотерапевтичні вправи як складову профілактично-корекційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку.* Доцільно включати елементи рецептивної та активної музикотерапії у заняття, спрямовані на зниження тривожності, емоційного напруження та психосоматичних проявів. Особливо ефективними є вправи на слухання спокійної музики, музичне малювання, релаксацію під музичний супровід та прості форми імпровізації.

2) *Добирати музичний матеріал індивідуально.* Під час роботи необхідно враховувати вік дитини, її емоційний стан, рівень тривожності, музичні вподобання та характер психосоматичних скарг. Для дітей із підвищеною тривожністю доцільно використовувати мелодійні твори помірною темпу, які не викликають надмірного збудження або емоційного перевантаження.

3) *Поєднувати музику з іншими арттерапевтичними техніками.* Музика може ефективно поєднуватися з малюванням, казкотерапією, руховими

вправами, дихальними техніками та візуалізацією. Такий підхід забезпечує комплексний вплив на емоційну, когнітивну та тілесну сфери дитини й допомагає їй безпечно виражати переживання, які важко передати словами.

4) **Використовувати музичну релаксацію для формування навичок саморегуляції.** Психологам варто навчати дітей простих прийомів заспокоєння за допомогою музики: повільного дихання під спокійний ритм, уявлення безпечного місця, розслаблення м'язів під музичний супровід. Такі вправи можуть стати для дитини доступним способом самопомоги у ситуаціях тривоги або напруження.

5) **Проводити первинну та повторну психодіагностику.** Перед початком музикотерапевтичної роботи доцільно здійснювати оцінювання рівня тривожності, емоційного стану та наявності психосоматичних проявів у дітей. Повторна діагностика після завершення програми дозволяє відстежувати динаміку змін та оцінювати ефективність застосованих музикотерапевтичних технологій.

6) **Залучати батьків до профілактично-корекційної роботи.** Ефективність музикотерапевтичних заходів залежить від підтримки сімейного середовища. Доцільно інформувати батьків про особливості психоемоційного стану дитини, надавати рекомендації щодо використання музики вдома та формувати єдину стратегію психологічної підтримки.

## **2. Практичні рекомендації для педагогів**

1) **Використовувати короткі музичні паузи в освітньому процесі.** У ході навчального дня доцільно застосовувати нетривалі музичні паузи для зниження втоми, відновлення уваги та зменшення психоемоційного напруження учнів. Такі паузи можуть тривати 2–5 хвилин і включати спокійне слухання музики, ритмічні рухи або прості дихальні вправи.

2) **Застосовувати музично-рухові вправи для підтримання позитивного психологічного клімату в класі.** Групові музичні активності сприяють розвитку співпраці, комунікативних навичок, взаємної підтримки та зниженню емоційної напруги між дітьми. Особливо корисними є вправи, у яких діти діють разом,

повторюють ритм, рухаються під музику або створюють спільний музичний образ.

3) *Не оцінювати творчі прояви дитини з позиції “правильно/неправильно”*. Під час музичних і творчих вправ важливо створювати атмосферу прийняття, у якій дитина не боїться помилитися чи бути висміяною. Допомагає знизити у дітей тривожність, бути більш впевненими у собі, мати позитивне ставлення до власного самовираження.

4) *Не ігнорувати зміни емоційного стану дітей*. Якщо педагог помічає часту втому, дратівливість, замкнутість, скарги на головний біль або біль у животі без очевидних причин, доцільно повідомити про це практичного психолога та батьків. Музичні вправи можуть використовуватися як м'який профілактичний засіб, але не повинні замінювати фахову психологічну чи медичну допомогу.

5) *Використовувати музичний супровід для створення сприятливого емоційного фону навчальної діяльності*. Помірна за темпом інструментальна музика може застосовуватися під час творчих занять, самостійної роботи або відпочинку дітей. Такий підхід сприяє зниженню емоційного напруження, підтриманню уваги та формуванню комфортної атмосфери у класі.

### **3. Практичні рекомендації для батьків**

1) *Створювати вдома спокійне музичне середовище*. Регулярне прослуховування приємної та спокійної музики після навчального дня може допомагати дитині знижувати рівень емоційного напруження, відновлювати сили та переходити до стану відпочинку. Важливо, щоб музика не була надто гучною, агресивною або нав'язаною дитині.

2) *Використовувати музику як засіб емоційного спілкування*. Батькам варто не лише вмикати музику, а й обговорювати з дитиною, які почуття вона викликає, які образи з'являються під час слухання, який настрій виникає після музики. Такі розмови допомагають дитині краще усвідомлювати власні емоції та вчитися говорити про них.

3) **Підтримувати музично-творчу активність дитини.** Спів, танець, ритмічні ігри, малювання під музику або гра на простих музичних інструментах можуть стати безпечним способом вираження емоцій. Важливо не критикувати дитину за “неправильний” спів чи рухи, а підтримувати сам процес творчого самовираження.

4) **Використовувати музику як частину вечірнього ритуалу заспокоєння.** Для дітей із порушеннями сну або підвищеною тривожністю корисним може бути створення стабільного вечірнього ритуалу: спокійна музика, приглушене світло, дихання у повільному темпі, коротка розмова про приємні події дня. Такий ритуал допомагає дитині відчувати безпеку та зменшити психоемоційне напруження.

5) **Уважно ставитися до повторюваних соматичних скарг дитини.** Якщо дитина часто скаржиться на головний біль, біль у животі, втому чи порушення сну, важливо не ігнорувати ці прояви. Батькам доцільно звертатися до фахівців для з'ясування причин таких скарг, а музикотерапевтичні практики використовувати як додатковий засіб підтримки психоемоційного благополуччя дитини.

6) **Підтримувати позитивний емоційний контакт із дитиною через спільну музичну діяльність.** Спільне слухання музики, спів, танці, музичні ігри або створення власних ритмів сприяють зміцненню емоційної близькості між батьками та дитиною, формують відчуття безпеки та допомагають легше долати стресові ситуації.

Практична цінність запропонованих рекомендацій полягає у можливості їх використання як у діяльності закладів освіти, так і в домашньому середовищі. Комплексне застосування музикотерапевтичних технологій сприяє створенню сприятливих умов для гармонійного емоційного розвитку дитини, зміцнення її психологічної стійкості та профілактики психосоматичних проявів.

Таким чином, результати проведеного дослідження підтвердили ефективність музикотерапії як засобу профілактики та психокорекції психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку. Використання

музикотерапевтичних технологій сприяє покращенню психоемоційного стану дітей, розвитку навичок саморегуляції, підвищенню емоційної стійкості та активізації особистісних ресурсів, що є важливою умовою збереження їх психологічного благополуччя.

Перспективними напрямками подальших наукових досліджень можуть стати вивчення впливу різних видів музикотерапії на окремі психосоматичні прояви, розроблення спеціалізованих програм для дітей різних вікових груп, а також дослідження довгострокового ефекту музикотерапевтичних втручань.

### **Висновки до розділу 3**

Для емпіричного дослідження психокорекційних можливостей музикотерапії у роботі з дітьми молодшого шкільного віку, які мають психосоматичні прояви, використано комплекс психодіагностичних методик: анкетування батьків, тест шкільної тривожності Філліпса, кольоровий тест Люшера, методику САН та проєктивні методики. Їх поєднання дозволило всебічно оцінити рівень тривожності, емоційний стан, самопочуття, активність, настрій дітей та наявність психосоматичних скарг.

Результати первинної діагностики засвідчили наявність у частини дітей підвищеного рівня тривожності, емоційного напруження та окремих психосоматичних проявів. Це стало підставою для розроблення профілактично-корекційної програми засобами музикотерапії, яка включала рецептивні, активні, релаксаційні та творчі музикотерапевтичні технології, адаптовані до вікових особливостей молодших школярів.

У ході формувального експерименту виявлено позитивну динаміку основних досліджуваних показників у дітей експериментальної групи. За результатами тесту шкільної тривожності Філліпса зменшилася кількість дітей із високим рівнем тривожності та збільшилася частка дітей із низьким рівнем тривожності. Результати кольорового тесту Люшера засвідчили зниження

внутрішнього напруження і кращий емоційного стан дітей. За методикою САН зафіксовано підвищення показників самопочуття, активності та настрою. За результатами анкетування батьків зменшилася частота психосоматичних скарг, зокрема головного болю, болю в животі, порушень сну, підвищеної втомлюваності та емоційної нестійкості. У контрольній групі суттєвих змін не виявлено.

Дослідження підтвердило, що музикотерапія є ефективним засобом профілактики та психокорекції психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку. Її використання сприяє зниженню тривожності, покращенню емоційного благополуччя, розвитку навичок емоційної саморегуляції, підвищенню впевненості у собі, творчої активності та комунікативної відкритості. Отримані результати свідчать про доцільність впровадження музикотерапевтичних технологій у практику роботи психологів, педагогів та батьків як засобу підтримки психологічного здоров'я дітей і профілактики психосоматичних розладів.

## ВИСНОВКИ

Психосоматичні розлади у дітей молодшого шкільного віку є наслідком складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Найбільш цілісне пояснення механізмів їх виникнення забезпечує біопсихосоціальна модель, яка враховує особливості функціонування організму, психоемоційний стан особистості та вплив соціального середовища. У молодшому шкільному віці ризик розвитку психосоматичних проявів посилюється через підвищену емоційну чутливість, труднощі адаптації до навчальної діяльності, недостатньо сформовані навички емоційної саморегуляції та високу залежність від сімейного й шкільного середовища. Це обумовлює необхідність ранньої профілактики психоемоційного неблагополуччя і формування належних умов для психологічного розвитку дитини.

Музикотерапія характеризується значним психокорекційним потенціалом завдяки комплексному впливу на емоційну, когнітивну, фізіологічну та поведінкову сфери особистості. Її ефективність забезпечується механізмами емоційного резонансу, катарсису, емоційної пам'яті, ритмічної регуляції, психофізіологічного розслаблення та саморегуляції. Особливого значення музикотерапія набуває у роботі з молодшими школярами, оскільки відповідає їхнім віковим особливостям і потребам у творчому самовираженні. Використання рецептивних, активних та інтегративних форм музикотерапії доцільно розглядати як ефективний напрям профілактичної та психокорекційної роботи в закладах освіти.

Наявність у частини дітей молодшого шкільного віку підвищеного рівня тривожності, емоційного напруження та психосоматичних скарг свідчить про актуальність упровадження цілеспрямованих профілактичних заходів, спрямованих на зміцнення психічного здоров'я та розвиток навичок емоційної саморегуляції. Відповідно важливою є системна психологічна підтримка дітей, орієнтована не лише на подолання вже наявних труднощів, а й на попередження їх виникнення.

Позитивна динаміка показників шкільної тривожності, емоційного стану, самопочуття, активності, настрою та частоти психосоматичних скарг підтверджує ефективність використання музикотерапевтичних технологій у роботі з дітьми молодшого шкільного віку. Відсутність схожих змін у контрольній групі дає підстави розглядати музикотерапію як дієвий інструмент профілактики та психокорекції психосоматичних проявів, що може успішно застосовуватися в діяльності практичного психолога закладу освіти.

Практична цінність отриманих результатів полягає у можливості використання запропонованої програми в системі психологічного супроводу молодших школярів. Застосування музикотерапевтичних технологій сприяє не лише зниженню психосоматичної симптоматики, а й розвитку емоційної стійкості, навичок саморегуляції, позитивного самосприйняття, комунікативної відкритості та творчої активності. Це дозволяє рекомендувати використання окремих елементів програми практичним психологам, педагогам і батькам у роботі з дітьми, схильними до психоемоційного напруження та психосоматичних реакцій.

Результати дослідження свідчать про доцільність використання музикотерапії як ефективного засобу профілактики та психокорекції психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку. Її впровадження сприяє зміцненню психологічного благополуччя дітей, підвищенню адаптаційних можливостей особистості та створює додаткові можливості для формування здорового освітнього середовища. Перспективним є подальше впровадження музикотерапевтичних технологій у практику психологічної служби закладів освіти та розширення їх застосування в роботі з різними категоріями дітей.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Астремська І. В. Психологічний супровід родин, що виховують дітей з особливими освітніми потребами. *Габітус*. 2024. Вип. 64. С. 143–145.
2. Бажан О. В., Печерська А. І. Вплив музики на організм людини. *Радіоелектроніка і молодь у XXI столітті* : матеріали 23-го Міжнар. молодіжного форуму. Харків : Харківський національний університет радіоелектроніки, 2019. С. 218–219.
3. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Спицька Л. В. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях. *Наукові перспективи*. 2022. № 9(27). С. 313–323.
4. Вінс В. А., Бондарчук А. Г. Особливості профілактики і лікування психосоматичних захворювань. *Габітус*. 2024. Вип. 61. С. 288–293. DOI: 10.32782/2663-5208.2024.61.52.
5. Волошко Н. І. Психосоматичні хвороби як результат впливу негативних психологічних факторів. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 30. С. 126–135.
6. Гельбак А. М. Музикотерапія у роботі з дітьми з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посіб. Кропивницький : КЗ «КОШПО імені Василя Сухомлинського», 2019. 50 с.
7. Гірняк А. Н., Гірняк Г. С. Гра як провідний вид діяльності та психосоціальний ресурс особистісного розвитку. *Психосоціальні ресурси особистісного та соціального розвитку в епоху глобалізації* : матеріали III Міжнар. наук.-практ. конф., м. Тернопіль, 1 листопада 2024 р. Тернопіль : ЗУНУ, 2024. Т. 2. С. 20–25.
8. Горяча Т. С. До питання про підходи до проблеми психосоматичної єдності особистості. *Наукові праці*. С. 26–37.
9. Демура А. К. Музикотерапія: теоретичні основи та психосоціальний зміст. *Габітус*. 2025. Вип. 71. С. 338–344.
10. Драганчук В. М. Музична психологія і терапія : навч. посіб. Луцьк : Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, 2016. 230 с.

11. Жукотанська В. П., Васюк К. М. Специфіка психосоматичних розладів, їх прояви та характеристика. *Інноваційна наука*. 2022. № 1. С. 118–121.

12. Кислова І. С. Регулятивні чинники психологічного імунітету як ресурсу особистості в умовах COVID-пандемії : дис. ... д-ра філософії : 053 Психологія. Харків, 2025. 219 с.

13. Клименко І., Максимова О. Психологічні особливості взаємозв'язку музики з емоційними станами особистості в умовах війни. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2024. № 2(20). С. 63–72. DOI: 10.17721/BPSY.2024.2(20).10.

14. Кочарян О. С., Федосєєв В. А., Завгородня Н. І. Основи психосоматики : навч. посіб. Харків : ХАІ, 2017. 112 с.

15. Лекція 1. Теоретичні основи психосоматичного підходу. *Основи психосоматики та тілесно-орієнтованої терапії*. ПВНЗ «Медико-природничий університет». 2024. URL: [http://vnz-mpu.com.ua/images/pdf/%D0%9E%D0%9F%D0%9E%D0%A0%D0%9D%D0%86\\_%D0%9A%D0%9E%D0%9D%D0%A1%D0%9F%D0%95%D0%9A%D0%A2%D0%98/%D0%9E%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8\\_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8/2024\\_-\\_%D0%9E%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8\\_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8\\_%D1%82%D0%B0\\_%D1%82%D1%96%D0%BB%D0%B5%D1%81%D0%BD%D0%BE-%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%94%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D1%97\\_%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%97.pdf](http://vnz-mpu.com.ua/images/pdf/%D0%9E%D0%9F%D0%9E%D0%A0%D0%9D%D0%86_%D0%9A%D0%9E%D0%9D%D0%A1%D0%9F%D0%95%D0%9A%D0%A2%D0%98/%D0%9E%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%B0%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8/2024_-_%D0%9E%D1%81%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B8_%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B8_%D1%82%D0%B0_%D1%82%D1%96%D0%BB%D0%B5%D1%81%D0%BD%D0%BE-%D0%BE%D1%80%D1%96%D1%94%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D1%97_%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D1%96%D1%97.pdf)

16. Лекція 7. Психосоматика як напрям клінічної психології : навчальні матеріали. URL: [https://learn.ztu.edu.ua/pluginfile.php/421796/mod\\_resource/content/1/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F%207.%20%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%96%D1%97.pdf](https://learn.ztu.edu.ua/pluginfile.php/421796/mod_resource/content/1/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F%207.%20%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%96%D1%97.pdf)

D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D1%8F%D0%BA%20%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D1%80%D1%8F%D0%BC%20%D0%BA%D0%BB%D1%96%D0%BD%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%97%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%B%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%97.pdf

17. Литвинчук Л. М. Особливості корекційного впливу музикотерапії. *Проблеми сучасної психології*. 2019. Вип. 15. С. 322–330.

18. Міленіна Л. В. Музика творить дива : метод. рек. Луцьк : Княгининівський НВК, 2018. 48 с.

19. Молчанова О. М. Застосування ліній, каракулів та геометричних форм у процесі спонтанної творчості терапевтичного малювання. Кропивницький, 2020. 78 с.

20. Найчук Д. Музикотерапія як засіб регуляції емоційної сфери дітей з психосоматичними розладами. *Особистість і суспільство: психосоціальні виміри ковітальної взаємодії* : матеріали IV Всеукр. наук.-практ. конф. молодих учених, м. Тернопіль, 30 квітня 2026 р. Тернопіль : ЗУНУ, 2026. С. 167–168.

21. Несенс О. С. Музикотерапія як немедикаментозний психокорекційний засіб. *Габітус*. 2025. Вип. 72. С. 117–122.

22. Прокопов В. М. Психологічні особливості психосоматичного розвитку у дітей раннього віку. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія. 2023. Т. 34 (73), № 1. С. 160–165.

23. Психосоматика. Концептуальні підходи : навчальні матеріали. URL: <https://iar.org.ua/wp-content/uploads/2023/02/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%81%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0.-%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%86%D0%B5%D0%BF%D1%82%D1%83%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%96-%D0%BF%D1%96%D0%B4%D1%85%D0%BE%D0%B4%D0%B8.pdf>

24. Резван О., Іванченко О. Коучингові стратегії роботи з психосоматичними розладами студентської молоді прифронтових територій. *Science and Education*. 2025. № 2. С. 59–63.
25. Савельєва-Кулик Н. О. Музична терапія в інтегративній медицині : навч. посіб. Київ : Інтерсервіс, 2014. 138 с.
26. Серєда І. В. Основи психосоматики : навч.-метод. посіб. Миколаїв : Видавець Румянцева Г. В., 2022. 142 с.
27. Фурман А. В. Категорійна матриця вітакультурної методології: від мислевчинення до канону. *Психологія і суспільство*. 2023. № 2. С. 6–50. DOI: 10.35774/pis2023.02.006.
28. Халас А. І. Особливості регулювання емоційної сфери психосоматичних хворих : кваліфікаційна робота. Луцьк : Волинський національний університет імені Лесі Українки, 2024. 81 с.
29. Шелег Л. С. Класифікація концепцій та основні ознаки психосоматичних розладів. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т. 12, Вип. 21. С. 313–321.
30. Solyeyko O., Tsarenko S., Chernykh M., Berezovskiy A., Soleyko L., Fedorchenko O., Zhuchenko P., Benediktova N., Davtian L. Integrative Art-therapeutic Correction of Psychosomatic Disorders in Children with Undifferentiated Connective Tissue Dysplasia. *Archives of Pharmacy Practice*. 2023. Vol. 14, Suppl. 1. P. 62–65.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Західноукраїнський національний університет  
Соціально-гуманітарний факультет  
Кафедра психології та соціальної роботи

НАЙЧУК Денис Валерійович

**Музикотерапія як психологічних ресурс корекційної роботи з  
дітьми із психосоматичними розладами / Music Therapy as a  
Psychological Resource in Corrective Work with Children with  
Psychosomatic Disorders**

ДОДАТКИ

Частина 2

ТЕРНОПІЛЬ - 2026

## Додаток А

**Основні теоретико-методологічні підходи до розуміння  
психосоматичних явищ**

№	Теорія / концепція / модель / підхід	Представники	Основна ідея
1	Психодинамічна модель	З. Фройд	Соматичний симптом є проявом несвідомого внутрішнього конфлікту
2	Теорія психосоматичної специфічності	Ф. Александер	Певним емоційним конфліктам відповідають конкретні фізіологічні реакції
3	Концепція особистісних профілів	Ф. Данбар	Окремі типи особистості пов'язані з ризиком певних захворювань
4	Модель двохшелонної лінії оборони	А. Мітчерліх	Соматизація виникає після виснаження психічних механізмів захисту
5	Теорія десоматизації та ресоматизації	М. Шур	Психосоматичні розлади пов'язані з поверненням до примітивних тілесних способів реагування
6	Кортико-вісцеральний підхід	К. Биков, І. Павлов	Порушення взаємодії процесів збудження і гальмування впливають на діяльність внутрішніх органів
7	Психофізіологічний напрям	Г. Сельє, У. Кеннон	Тривалий стрес спричиняє хвороби адаптації
8	Психофізіологічний напрям	Г. Сельє, У. Кеннон	Тривалий стрес спричиняє хвороби адаптації
9	Когнітивно-поведінковий підхід	А. Бек, А. Елліс, Д. Мейхенбаум	Когнітивні спотворення та неадаптивні поведінкові реакції підтримують симптоми
10	Системний (сімейний) підхід	М. Боуен, С. Мінухін, В. Сатір	Симптом розглядається як прояв дисфункції сімейної системи

## Додаток Б

**Програма музикотерапевтичних занять для профілактики психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку**

**Заняття 1. Знайомство зі світом музики та емоцій**

**Мета:** створення безпечної атмосфери в групі, встановлення контакту між учасниками, формування первинного усвідомлення взаємозв'язку між музикою та емоціями.

**Хід заняття:**

1. Музичне привітання.
2. Вправа «Мій настрій сьогодні».
3. Прослуховування спокійної музичної композиції.
4. Обговорення власних відчуттів та емоцій.
5. Вправа на релаксацію «Тиха хмаринка».
6. Підсумкова рефлексія.

**Очікуваний результат:** формування довірливої атмосфери, зниження початкового емоційного напруження.

**Заняття 2. Настрій і музика**

**Мета:** розвиток уміння розпізнавати власний емоційний стан та співвідносити його з музичними образами.

**Хід заняття:**

1. Музичне привітання.
2. Вправа «Вгадай настрій музики».
3. Прослуховування музичних уривків різного характеру.
4. Обговорення емоційних асоціацій.
5. Малювання настрою під музику.
6. Рефлексія.

**Очікуваний результат:** розвиток емоційної усвідомленості та навичок розпізнавання почуттів.

**Заняття 3. Музика та мої почуття**

**Мета:** формування навичок безпечного вираження емоцій та зниження внутрішнього напруження.

**Хід заняття:**

1. Вступне обговорення почуттів.
2. Прослуховування музики різного емоційного забарвлення.
3. Вправа «Намалюй свою емоцію».
4. Презентація та обговорення малюнків.
5. Релаксаційна вправа під музику.
6. Рефлексія.

**Очікуваний результат:** розвиток емоційної відкритості та навичок самовираження.

## Продовження Додатку Б

### Заняття 4. Подолання тривоги

**Мета:** зниження рівня тривожності та розвиток навичок емоційної саморегуляції.

**Хід заняття:**

1. Бесіда про переживання та хвилювання.
2. Дихальні вправи під музичний супровід.
3. Вправа «Безпечне місце».
4. Прослуховування релаксаційної музики.
5. Вправа на м'язове розслаблення.
6. Підсумкова рефлексія.

**Очікуваний результат:** зниження психоемоційного напруження та формування навичок самозаспокоєння.

### Заняття 5. Музика та уява

**Мета:** активізація позитивних образів та внутрішніх ресурсів особистості.

**Хід заняття:**

1. Прослуховування музичної композиції.
2. Візуалізація позитивного образу.
3. Творче завдання «Моя країна мрій».
4. Обговорення створених образів.
5. Музична релаксація.
6. Рефлексія.

**Очікуваний результат:** розвиток уяви, позитивного мислення та внутрішніх ресурсів.

### Заняття 6. Музика дружби

**Мета:** розвиток комунікативних навичок, довіри та взаємодії в групі.

**Хід заняття:**

1. Музичне привітання.
2. Групове музикування з використанням шумових інструментів.
3. Вправа «Спільний ритм».
4. Музично-рухлива гра.
5. Обговорення відчуттів від спільної діяльності.
6. Рефлексія.

**Очікуваний результат:** покращення навичок співпраці та міжособистісної взаємодії.

## Продовження Додатку Б

### Заняття 7. Музика гарного настрою

**Мета:** підвищення емоційного тону та активізація позитивних переживань.

**Хід заняття:**

1. Руханка під музику.
2. Ритмічні вправи.
3. Танцювальна імпровізація.
4. Вправа «Мій музичний ресурс».
5. Створення колективного плаката гарного настрою.
6. Рефлексія.

**Очікуваний результат:** підвищення активності, життєвого тону та позитивного настрою.

### Заняття 8. Мій ресурсний музичний світ

**Мета:** узагальнення отриманого досвіду та закріплення навичок емоційної саморегуляції.

**Хід заняття:**

1. Повторення улюблених вправ учасників.
2. Вправа «Моя музика сили».
3. Створення індивідуальної карти ресурсів.
4. Обговорення змін, які відбулися під час занять.
5. Підсумкова музична релаксація.
6. Завершальна рефлексія та прощання.

**Очікуваний результат:** закріплення навичок саморегуляції, підвищення впевненості у власних ресурсах та позитивного ставлення до себе.

## АВТОРСЬКА АНКЕТА ДЛЯ БАТЬКІВ ЩОДО ВИЯВЛЕННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПРОЯВІВ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Шановні батьки!

Просимо Вас відповісти на запитання анкети. Отримана інформація буде використана виключно в науково-дослідницьких цілях для вивчення психосоматичних проявів у дітей молодшого шкільного віку. Анкетування є анонімним.

Вік дитини: \_\_\_\_\_ років

Стать дитини:  хлопчик  дівчинка

Клас: \_\_\_\_\_

Як часто Ваша дитина скаржиться на головний біль?

- ніколи
- рідко
- іноді
- часто
- дуже часто

Як часто Ваша дитина скаржиться на біль у животі без очевидних медичних причин?

- ніколи
- рідко
- іноді
- часто
- дуже часто

Чи спостерігаються у дитини порушення сну?

- ніколи
- рідко
- іноді
- часто
- постійно

Як часто Ваша дитина виглядає втомленою або виснаженою?

- ніколи
- рідко
- іноді
- часто
- майже щодня

Чи помічали Ви у дитини нервові тики, нав'язливі рухи або звички?

- так
- ні

**Продовження Додатку В**

Якщо так, зазначте які: \_\_\_\_\_

Чи спостерігаються у дитини зміни апетиту?

- ні
- іноді
- часто

Чи помічали Ви у дитини емоційну нестійкість, дратівливість або різкі зміни настрою?

- ніколи
- рідко
- іноді
- часто
- дуже часто

Чи виникають у дитини скарги на погане самопочуття перед школою, контрольними роботами, виступами або іншими важливими подіями?

- так
- ні
- іноді

Чи помічали Ви зв'язок між стресовими ситуаціями та появою фізичних скарг у дитини?

- так
- ні
- важко відповісти

Які фізичні скарги найчастіше виникають у Вашої дитини?

---

---

Ваші додаткові спостереження щодо самопочуття дитини:

---

---

**Дякуємо за участь в опитуванні!**

За кожним симптомом батьки зазначали частоту його прояву. До подальшого аналізу включалися відповіді «часто» та «дуже часто». На основі отриманих результатів визначалася кількість дітей, у яких спостерігався відповідний психосоматичний прояв.