

Міжнародний гуманітарний університет

Бедан В.Б.

**ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ
ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія.

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

Одеса - 2024

Бедан В.Б. Конспект лекцій з дисципліни «Теоретичні основи психологічної реабілітації» (Галузь знань – 05; Соціальні та поведінкові науки; Спеціальність – 053 Психологія; Освітній ступінь – Бакалавр) / В.Б. Бедан; Міжнародний гуманітарний університет – О.: МГУ, 2024. – 112 с.

Рецензенти:

Водолазська О.О. – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри педагогіки та психології Міжнародного гуманітарного університету.

Бикова С.В. – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри філософії, політології, психології та права Одеської державної академії будівництва та архітектури.

Конспект лекцій з дисципліни «Теоретичні основи психологічної реабілітації»
затверджений на засіданні кафедри педагогіки та психології
(№ 1 від 29 серпня 2024 року)

Видання спрямоване закріпити та поглибити теоретичний навчальний матеріал з дисципліни «Теоретичні основи психологічної реабілітації»; містять методичні вказівки до структури курсу, перелік питань до заліку; список рекомендованих джерел та додатки в якому подані критерії оцінювання за дисципліною. Також важливим результатом методичного видання є систематизація теоретичного навчального матеріалу з метою підвищення рівня засвоєння навчального матеріалу.

Зміст

Вступ	4
Програма навчальної дисципліни «Теоретичні основи психологічної реабілітації»	5
Структура навчальної дисципліни «Теоретичні основи психологічної реабілітації»	8
 Зміст лекцій з дисципліни «Теоретичні основи психологічної реабілітації»	9
<i>Лекція 1.</i> Предмет психології реабілітаційної діяльності. Загальні аспекти реабілітаційної діяльності	9
<i>Лекція 2.</i> Поняття про стрес. Важливість розуміння впливу стресових чинників на людину в реабілітології	26
<i>Лекція 3.</i> Робота з мотивацією як ключовий чинник в реабілітації	36
<i>Лекція 4.</i> Наративна реабілітологія: прикладні аспекти	54
<i>Лекція 5.</i> Реабілітація при хронічних соматичних захворюваннях	68
<i>Лекція 6.</i> Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях, онкозахворюваннях, при неврозах	84
<i>Лекція 7.</i> Психологія та реабілітологія кризових станів	93
<i>Лекція 8.</i> Комплексна модель психолого-педагогічної реабілітації дітей	97
 Питання до екзамену з дисципліни «Теоретичні основи психологічної реабілітації»	100
Рекомендована література	103
Додатки	106
Додаток А. Види та методи контролю	106
Додаток Б. Оцінювання здобувачів вищої та фахової передвищої освіти за навчальну дисципліну у Міжнародному гуманітарному університеті	107
Додаток В. Критерії загальних результатів оцінювання знань здобувачів ...	111

ВСТУП

Дисципліна «**Теоретичні основи психологічної реабілітації**» посідає важливе місце в структурно-логічній схемі підготовки фахівців вищого рівня освіти за спеціальністю 053 «Психологія» і буде корисна майбутнім фахівцям при формуванні у них системи теоретичних знань та прикладних навичок щодо основних аспектів психологічної реабілітації. Дисципліна охоплює всі тематичні блоки, що необхідні для формування у здобувачів сучасного професійного етичного мислення і системи спеціальних знань про базові поняття щодо фундаментальних основ академічної доброчесності та професійної етики в контексті психологічної реабілітації. Ця дисципліна тісно переплітається з філософією, логікою, соціологією, етикою та складає підґрунтя для адекватного розуміння змісту багатьох дисциплін.

Дисципліна «**Теоретичні основи психологічної реабілітації**» у системі підготовки сучасних психологів займає важливе місце, її вивчення потребує особливої уваги та зусиль, враховуючи особливості спеціальної, у тому числі медичної термінології. **Предмет** навчальної дисципліни полягає у вивченні технології реабілітаційної та соціотерапевтичної роботи з особами, що страждають психічними порушеннями і знайомство з відповідними поняттями; знань про психотерапевтичний підхід при кризових станах, при суїцидах і про причини суїцидальної поведінки; визначення людей, що особливо піддані ризику суїциду; епідеміології суїцидів, знань про зловживання і залежність від психотропних речовин (хвороби залежності), про умови їхнього виникнення, поширеності і наслідках.

Мета курсу - оволодіння знаннями щодо психологічної реабілітації осіб з психосоматичними та психічними захворюваннями, осіб з девіантними формами поведінки, особливо залежних від наркотичних, хімічних, медикаментозних засобів та алкоголю, осіб в екстремальних ситуаціях та кризових станах.

Передумови для вивчення дисципліни. Паралельно з вивченням навчальної дисципліни «Теоретичні основи психологічної реабілітації» здобувачі мають вивчати такі навчальні дисципліни, як «Загальна психологія», «Психофізіологія» та «Психологія особистості».

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Тема 1. Предмет психології реабілітаційної діяльності. Загальні аспекти реабілітаційної діяльності

Історичні аспекти виникнення реабілітології як науки та практичної дисципліни. Розвиток реабілітації в умовах військових конфліктів. Формування реабілітології як науки та практичної дисципліни. Визначення предмета психології реабілітації. Завдання та функції психолога у сфері реабілітації. Місце психології у структурі реабілітаційних наук. Загально-психологічні засади реабілітації та профілактики. Основні напрямки та галузі реабілітаційної діяльності.

Тема 2. Поняття про стрес. Важливість розуміння впливу стресових чинників на людину в реабілітології

Історія розвитку концепцій про стрес та його вплив на людину. Сучасні підходи до вивчення стресу. Стрес як емоційний стан. Зв'язок стресу з емоціями та поведінкою. Роль розуміння стресу у практиці реабілітаційного психолога. Вплив стресових чинників на хід реабілітаційного процесу. Фізіологічний та психологічний стрес. Еустрес та дистрес. Відмінність між позитивним (еустресом) та негативним (дистресом) стресом. Загальні чинники зовнішнього середовища, які викликають стрес у людини. Основні вчення про посттравматичну стресову реакцію, її форми.

Тема 3. Робота з мотивацією як ключовий чинник в реабілітації

Основні підходи щодо психічного стану людини, яка потребує реабілітації. Взаємозв'язок між психічним станом і мотиваційною сферою. Принципи та підходи до мотивації людини в реабілітаційному процесі. Принцип індивідуалізації мотиваційних стратегій. Принцип участі клієнта у власному відновленні. Принцип підтримки автономії та віри у власні сили. Огляд сучасних інтеграційних методів в роботі з мотивацією в реабілітаційній діяльності.

Тема 4. Наративна реабілітологія: прикладні аспекти

Основи наративного методу в реабілітології. Роль особистісної історії у процесі психологічної реабілітації. Проективність та інтроєктивність психіки людини. Огляд патернів та імпровізації в наративній реабілітології. Типові життєві сюжети в реабілітаційних історіях.

Тема 5. Реабілітація при хронічних соматичних захворюваннях

Основи використання реабілітації при психосоматичних захворюваннях. Методологічні засади реабілітації при хронічних соматичних захворюваннях. Реакції на хворобу: заперечення, страх, агресія, апатія. Потреба в психологічній

підтримці як елементі комплексної допомоги. Психоемоційне вигорання, втома від лікування. Когнітивно-поведінковий підхід у реабілітації.

Тема 6. Реабілітаційна психологічна допомога при психосоматичних захворюваннях, онкозахворюваннях, при неврозах

Історико-теоретичний аналіз реабілітації при неврозах. Погляди З. Фрейда на природу неврозів. Внесок К. Юнга, А. Адлера у розуміння механізмів невротичних станів. Розвиток ідей у психоаналітичній традиції щодо реабілітації. Сучасні підходи до психологічної допомоги при онкозахворюваннях. Сучасні підходи до психологічної допомоги при неврозах. Роль психолога в команді з лікарями, соціальними працівниками, реабілітологами.

Тема 7. Психологія та реабілітологія кризових станів

Основи реабілітології кризових станів. Методологічні засади, що лежать в основі кризової реабілітації. Основи вчень про типологію кризових станів та види психотравмівних ситуацій. Базові принципи психологічної реабілітації кризових станів. Досвід застосування психологічної реабілітації кризових станів. Приклади реабілітації після надзвичайних подій (війна, аварії, COVID-19). Основні засади міждисциплінарної взаємодії в реабілітології кризових станів. Етичні та культурні аспекти кризової реабілітації.

Тема 8. Комплексна модель психолого-педагогічної реабілітації дітей.

Основні теоретичні підходи до реабілітації дітей. Ознайомлення з моделлю психолого-педагогічної реабілітації дітей. Етичні засади психолого-педагогічної реабілітації дітей. Основи психологічної реабілітації девіантних дітей та підлітків. Мовленнєвий розвиток як складова психолого-педагогічної реабілітації дітей.

СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

[illegible]

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙ З ДИСЦИПЛІНИ «ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

Тема 1. ПРЕДМЕТ ПСИХОЛОГІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Загальні аспекти реабілітаційної діяльності

Реабілітація – це фундаментальна складова гуманістичного суспільства, що відображає здатність держави, спільноти та професійної спільноти підтримати людину у її прагненні жити повноцінно, незалежно від наявних обмежень, порушень чи втрат. У своїй сучасній формі реабілітація – це не тільки медичний або соціальний процес. Це ціннісно-мотиваційна, культурно-психологічна й навіть філософська категорія, яка втілює повагу до прав людини, її гідності, унікальності та потенціалу до розвитку.

Згідно з міжнародними стандартами, зокрема Міжнародною класифікацією функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (МКФ), реабілітація трактується як процес, що спрямований на зменшення впливу хронічних хвороб, інвалідності, соціальної дезадаптації, емоційних порушень, з метою забезпечення особистої незалежності, соціальної інтеграції та підвищення якості життя.

У широкому розумінні психологічна реабілітації – це міждисциплінарна система заходів, метою яких є:

1. відновлення особистісного функціонування після кризи, травми або психічного розладу;
2. гармонізація емоційного фону;
3. реінтеграція особи в суспільство;
4. адаптація до зміненого фізичного, психічного чи соціального стану.

Серед головних особливостей психологічної реабілітації можна виділити:

1. Індивідуальність – процес будується з урахуванням унікальної картини життя клієнта, його переживань, життєвого досвіду, цінностей та готовності до змін. Реабілітація ніколи не може бути уніфікованою чи шаблонною.

2. Цілісність – вона охоплює не лише психіку, а й тілесний досвід, міжособистісні стосунки, соціальні ролі, професійну діяльність і культурну ідентичність.

3. Процесуальність і динамічність – реабілітація має свою внутрішню логіку: від етапу кризи й дезадаптації – до етапів стабілізації, прийняття, адаптації, розвитку. Вона супроводжується як моментами прогресу, так і регресу.

4. Спрямованість не лише на усунення симптому, а на створення нового досвіду – наприклад, не просто «позбутися тривоги», а навчитися з нею жити, взаємодіяти, приймати її як частину себе.

5. Врахування контексту – ефективна реабілітація неможлива без розуміння умов, у яких живе людина: наявність або відсутність підтримки, економічні ресурси, соціальні зв'язки, доступ до медичних і освітніх послуг.

Таким чином, реабілітаційна діяльність — це не процес повернення до “нормальності”, а переосмислення життя в новій ситуації, вибудова нових стратегій життєвої активності, формування нової цілісності Я-образу, який здатний жити в реаліях зміненого досвіду. Це робота не з діагнозом, а з людиною — її болем, історією, надією і вибором.

Історичні аспекти виникнення реабілітології як науки та практичної дисципліни

Еволюція реабілітаційної допомоги — це складний історико-культурний процес, що розвивався від спорадичних форм опіки й ізоляції до структурованих інституцій і науково обґрунтованих практик. Відсутність єдиного підходу в різні епохи пояснюється не лише медичним рівнем розвитку, а й домінуючими соціальними, релігійними, ідеологічними уявленнями про людину, хворобу та норми.

У давнину (Єгипет, Індія, Китай) тіло й психіка не розмежовувались. Порушення трактувались як наслідок гніву богів або втрати гармонії. Хворі або усувались, або включались у спеціальні соціальні ролі. В античному світі (Греція, Рим) з'являються перші лікарі-філософи (Гіппократ, Гален), а також поняття «гігієни душі» і «етичної рівноваги». Проте допомога знову залишалась елітарною.

У середньовіччі хвороби вважались карою або божественним випробуванням. Люди з інвалідністю часто опинялись у монастирях або були вигнані. Разом із тим у монастирських лікарнях з'являлись перші елементи догляду.

XVIII–XIX століття: епоха індустріалізації та раціоналізму призвела до того, що хвороба розглядається як порушення функції, а не кара. Починається інституціоналізація: психіатричні лікарні, притулки, колонії. Саме тоді з'являються перші ідеї про трудотерапію, моральну підтримку, «навчання нормам», проте ці підходи ще були домінантно авторитарними.

Післявоєнний період (особливо після Другої світової війни) став поворотним моментом. Виникла потреба у створенні систем реабілітації для тисяч людей із фізичними і психічними травмами. У США, Європі, СРСР

формуються центри відновного лікування, впроваджуються перші реабілітаційні програми для військових, дітей, осіб із травмами.

1970–1990-ті роки: період активного розвитку психосоціальної моделі. Людину починають сприймати як носія особистої історії, внутрішнього ресурсу та соціальної включеності. З'являються концепції мультидисциплінарної команди, індивідуалізованої програми реабілітації, соціального супроводу.

Сьогоднішній період позначений:

- інтеграцією наукових знань у клінічну, педагогічну, психологічну, соціальну практику;
- розробкою державних стандартів і міжнародних протоколів;
- переходом від допомоги до підтримки життєздатності та повноцінності.

Зв'язок реабілітації та профілактики

У сучасній науково-практичній парадигмі психологічної допомоги реабілітація і профілактика розглядаються як взаємопов'язані, нерозривно пов'язані елементи єдиного континууму збереження та підтримки психічного здоров'я особистості. Вони не існують у відриві одна від одної, оскільки кожен із цих процесів слугує підґрунтям і доповненням іншого. Профілактика створює умови для зниження ризиків і своєчасного втручання, у той час як реабілітація, реалізуючись після настання психотравмуючої події або функціонального порушення, продовжує ту ж профілактичну логіку, але вже на етапі відновлення.

Спільна методологічна база: акцент на попередження і відновлення

Обидві системи – і профілактична, і реабілітаційна – спираються на спільні принципи гуманістичної психології, зокрема:

- повагу до особистості;
- віру в ресурсний потенціал людини;
- опору на суб'єктивний досвід;
- орієнтацію на особистісне зростання;
- соціокультурну обумовленість станів і змін.

Профілактика орієнтується переважно на створення стійкості (ресиліентності) до криз, формування адаптивних механізмів ще до настання деструктивних станів. Реабілітація ж активізує ці механізми в ситуації вже наявної дезадаптації, розладу чи втрати, даючи змогу людині «перезапустити» життєві сили.

Таким чином, реабілітація не є «лікуванням наслідків», вона є профілактикою рецидиву, повторного травмування, хронізації психоемоційних порушень.

Рівні профілактики як базис для реабілітаційної стратегії

У класичній профілактичній моделі виділяють три рівні:

Первинна профілактика. Спрямована на запобігання появі психологічних розладів, кризових станів, травмуючих впливів. Реалізується через: просвітницьку роботу; формування навичок емоційного саморегулювання; розвиток психологічної культури; навчання навичкам конструктивного спілкування, асертивності, толерантності до стресу.

У цьому випадку профілактика та реабілітація перетинаються в тому, що особи, які вже пережили травматичний досвід, можуть бути залучені до програм первинної профілактики інших людей, виступаючи у ролі фасилітаторів, тренерів, менторів. Таким чином формується профілактично-реабілітаційне коло підтримки в суспільстві.

Вторинна профілактика. Це раннє виявлення порушень, ризиків, симптомів та оперативне втручання. Тут починається перехід до елементів реабілітаційної логіки, коли йдеться не лише про запобігання, а вже про зменшення шкоди, нейтралізацію факторів загострення, надання першої психологічної допомоги.

Приклади:

- інтервенція у випадку шкільного булінгу;
- робота з кризовими підлітками у період самотності чи девіантної поведінки;
- надання підтримки людині, яка пережила втрату, ще до появи стійких депресивних симптомів.

Усі ці форми вторинної профілактики за своєю суттю вже є передреабілітаційною допомогою, яка підвищує шанси на швидке відновлення.

Третинна профілактика

Повністю співвідноситься з етапом психологічної та соціальної реабілітації. Її завдання: попередити повторні загострення; мінімізувати ускладнення; зберегти досягнутий рівень функціонування; сприяти сталому розвитку нової життєвої ідентичності.

Наприклад:

- особа після інсульту вчиться наново комунікувати, планувати день;
- ветеран війни формує нову життєву мету після служби;
- мати дитини з інвалідністю вчиться жити в новому статусі без почуття провини.

Усі ці кейси є одночасно реабілітацією і третинною профілактикою.

Психопрофілактична складова реабілітаційної програми

Психологічна реабілітація обов'язково включає:

- навчання клієнта вмінню розпізнавати сигнали небезпеки (зміни настрою, тілесні прояви тривоги, імпульсивні думки);
- розробку алгоритмів самодопомоги та самопідтримки;
- тренування навичок рефлексії та самоспостереження;
- формування здорових соціальних зв'язків, які можуть бути задіяні у випадку рецидиву чи емоційного колапсу.

Такі дії дозволяють перенести відповідальність за стан із зовнішнього терапевтичного впливу на внутрішню зрілість клієнта. Це і є глибока форма профілактики — не зовнішньої, а внутрішньо мотивованої.

Профілактика не обмежується лише індивідуальною роботою. **Соціальна профілактика** передбачає: створення безпечного освітнього середовища; інклюзивні практики в закладах охорони здоров'я; формування позитивного іміджу осіб, які пройшли реабілітацію; активне залучення людей до громадської діяльності.

Це дозволяє розширити реабілітацію до рівня спільнот, груп, професійного середовища, і таким чином сприяти формуванню соціального імунітету до психотравмуючих впливів.

Висновки: стратегічна взаємодоповнюваність

- Реабілітація і профілактика не є альтернативами — вони посилюють одна одну.
- Усі профілактичні заходи мають реабілітаційний потенціал, бо знижують ризик глибокої дезадаптації.
- Усі реабілітаційні програми мають профілактичну спрямованість, бо формують стійкість і знижують ризик рецидивів.
- Справжній ефект досягається тоді, коли профілактика — системна, а реабілітація — довготривала, персоналізована і культурно вкорінена.

Комплексний та системний характер реабілітаційного процесу

Однією з визначальних характеристик сучасної психологічної реабілітації є її комплексність і системність. Це означає, що процес реабілітації не обмежується впливом на окрему функцію, симптом чи прояв розладу, а охоплює всю систему життєдіяльності особистості в її взаємодії з навколишнім середовищем. Реабілітація розглядається як динамічний, багаторівневий процес відновлення та підтримки функціонального стану особистості у фізичному, психологічному, соціальному, професійному, культурному і духовному вимірах.

Комплексність: взаємодія різних складових допомоги

Під «комплексністю» мається на увазі поєднання різних типів впливу на особистість у єдиному, координованому, цілеспрямованому процесі. Серед ключових компонентів:

- **медична допомога:** спрямована на відновлення або стабілізацію фізичного стану, зменшення симптоматики, полегшення доступу до базових функцій (рух, зір, слух тощо);
- **психологічна підтримка:** охоплює корекцію емоційних станів, зменшення тривожності, подолання ПТСР, депресивних симптомів, опрацювання горя, сорому, провини, прийняття нової ідентичності;
- **педагогічна корекція:** допомога в адаптації освітніх програм, навчання новим способам здобуття знань, розвиток когнітивних стратегій;
- **соціальна підтримка:** ресоціалізація, супровід у побуті, оформлення документів, відновлення контактів із родиною, спільнотою;
- **професійна реадаптація:** підтримка в пошуку нових сфер діяльності, навчання професійним навичкам, перекваліфікація;
- **духовна складова:** опрацювання екзистенційної кризи, пошук сенсу життя, цінностей, віри в майбутнє.

Лише скоординована робота всіх цих сфер дозволяє досягти реального покращення якості життя людини, що пережила втрату, травму, або має сталий функціональний дефіцит. Наприклад, реабілітація військового з ампутацією не може обмежитись протезуванням. Його відновлення передбачає психотерапію (опрацювання ПТСР), навчання новим життєвим навичкам, соціальний супровід, сімейне консультування, залучення до груп підтримки, участь у соціально значущій діяльності тощо.

Системність передбачає узгоджене функціонування всіх рівнів допомоги. Система – це не набір елементів, а структурована єдність, де кожен компонент підтримує інший.

У реабілітаційній практиці системний підхід означає:

- врахування не лише особистості, а й мікро- (родина), мезо- (група, заклад), макро- (суспільство) контекстів;
- міжвідомчу взаємодію — психологи, соціальні працівники, лікарі, педагоги, юристи, волонтери працюють як єдина команда;
- формування індивідуалізованої програми реабілітації (ІПР), що враховує біографію, мотивацію, цілі клієнта, а також його середовище;
- безперервність і поетапність: від кризового втручання — до стабілізації, відновлення, підтримки й профілактики рецидиву;
- оцінку ефективності за системою критеріїв, а не лише за зникненням симптомів (якість життя, суб'єктивна задоволеність, інтегрованість у соціум, самореалізація).

Роль мультидисциплінарної команди

Комплексна реабілітація можлива лише за умови командної взаємодії фахівців різного профілю. Така команда не є ієрархічною, а паритетною, де кожен має свою зону відповідальності, але всі спільно формують стратегію відновлення.

У мультидисциплінарну команду можуть входити: психолог або психотерапевт; психіатр (при потребі медикаментозного супроводу); фізичний терапевт; ерготерапевт; логопед; соціальний працівник; юрист (з правовими питаннями інвалідності, опіки, майна тощо); представник родини або довірена особа клієнта. Завдяки такій системі клієнт отримує не розрізнені послуги, а єдиний простір підтримки, у якому він відчуває себе суб'єктом, а не «об'єктом обслуговування».

Соціальна сутність реабілітаційного процесу

У центрі сучасного розуміння психологічної реабілітації лежить її глибоко соціальний характер. Людина живе не у вакуумі: усі порушення її функціонування (психологічного, фізичного, соціального) завжди відбуваються у контексті стосунків, соціальних ролей, взаємодії з іншими людьми. Відповідно, реабілітація — це не лише відновлення внутрішнього світу, а й відновлення зв'язків із соціумом, повернення до активної участі в суспільному житті.

Одна з ключових цілей реабілітації – не просто усунути наслідки кризи, а забезпечити можливість повноцінного функціонування у спільноті. У цьому контексті важливими є: повернення або набуття соціальних ролей (працівник, батько/мати, студент, волонтер); вихід із соціальної ізоляції, викликаной втратою здоров'я, насильством, травмою; відновлення поваги до себе як соціально значущого суб'єкта; зниження ризиків маргіналізації, стигматизації та самостигматизації.

Соціальна складова реабілітації передбачає не лише роботу з клієнтом, а й трансформацію середовища, у якому він живе. Це означає необхідність:

- просвітницької роботи з родиною;
- навчання громадськості толерантності;
- інклюзивної політики в закладах освіти, охорони здоров'я, культури.

Соціальна підтримка як джерело сили

Одним із головних чинників успішної реабілітації є наявність підтримуючих соціальних зв'язків. Люди, які мають хоча б одну значущу людину поруч, відновлюються швидше, глибше і якісніше.

Формати соціальної підтримки:

- сімейна підтримка: емоційна близькість, прийняття, стабільна присутність;

- професійна підтримка: консультанти, фахівці, які взаємодіють не оцінюючи, а підтримуючи;
- групи взаємодопомоги: обмін досвідом, нормалізація переживань, модель «ти не один»;
- соціальні проекти: участь у спільнотах, волонтерстві, громадській діяльності.

Вплив соціальних чинників на успішність реабілітації

На якість реабілітації суттєво впливають: економічна ситуація клієнта (доступ до послуг, стабільність побуту); статус зайнятості (відчуття потреби); юридичні гарантії прав (на освіту, працю, медичну допомогу); рівень культури суспільства (наскільки стигматизовані травми, інвалідність); наявність інфраструктури (бар'єрність середовища, наявність транспорту, програм адаптації). Реабілітація не може бути ефективною у середовищі, яке відкидає, ігнорує, принижує або обмежує людину, навіть якщо сама вона максимально мотивована до відновлення.

Компенсація в психологічному розвитку та реабілітації людей з особливими потребами (за Л.С. Виготським)

Поняття компенсації є центральним у психологічній реабілітації осіб із порушеннями розвитку, інвалідністю, посттравматичними станами або стійкими функціональними обмеженнями. У вузькому значенні компенсація – це відновлення або заміщення втраченої функції іншими збереженими функціями організму. У широкому – це весь процес пристосування особистості до нового способу життя, що забезпечує її активність, гідність і повноцінну взаємодію з оточенням. Однак справжня глибина цього поняття відкривається саме в рамках культурно-історичної теорії розвитку Льва Семеновича Виготського, який сформулював фундаментальні засади компенсаційного розвитку особистості з порушеннями.

Одним із ключових положень теорії Виготського є твердження, що людина розвивається не ізольовано, а в контексті соціальних взаємодій. Соціальне середовище виступає джерелом формування вищих психічних функцій, а сам розвиток визначається не лише біологічними задатками, а й тим, які форми діяльності, комунікації, символізації доступні індивіду через культуру.

Це означає, що психологічний дефект не визначає наперед зниження потенціалу розвитку, адже сам розвиток опосередкований соціально й культурно. Якщо середовище організовано адаптивно, з урахуванням потреб особистості, воно може відкрити можливості для компенсації й навіть формування нових ресурсів.

Теорія вади як джерела нової структури особистості

Виготський радикально переосмислює поняття дефекту. На його думку, інвалідність не є лише «мінусом» або недоліком, а радше точкою біфуркації, з якої починається побудова нової структури особистості.

Цитата Виготського:

«Інвалідність не тільки розщеплює функції, а й створює нову соціальну позицію, нове “Я”, нову модель поведінки...»

Замість зруйнованих або недоступних функцій можуть виникати інші способи компенсації: за рахунок перебудови мислення, символічного оперування, підвищення сенсорної чутливості, опори на тіло, соціальний контакт, інтелектуальну активність тощо.

Ще одне ключове поняття – **зона найближчого розвитку (ЗНР)** – означає рівень розвитку, який особа може досягти за умови підтримки (навчання, допомоги, співдіяльності), але ще не досягла самостійно.

У реабілітаційному процесі це означає, що:

- не потрібно зосереджуватись лише на тому, чого людина не може;
- слід створювати ситуації розвитку, де особа за допомогою спеціаліста чи родича поступово наближається до нових форм діяльності;
- метою є не просто відновити втрачене, а відкрити нове – те, що раніше було недоступне, але стало можливим через кризу.

Наприклад, дитина з порушенням мовлення може розвинути складні форми невербального спілкування, а згодом – через супровід логопеда і психолога – набути вербальних навичок, яких раніше не демонструвала.

Види компенсації в реабілітаційному процесі

Функціональна компенсація

Заміщення втраченої функції за допомогою інших збережених функцій:

- розвиток тактильного сприйняття у незрячих;
- формування невербальних способів спілкування в осіб із мутизмом;
- опора на логічне мислення у випадку емоційної нестабільності.

Особистісна компенсація

Зміна самооцінки, переоцінка цілей, розвиток рефлексії. Людина вчиться жити по-новому не лише функціонально, а й внутрішньо. Вона перетворює досвід травми на життєвий урок, ресурс для емпатії, пошук нового сенсу.

Соціальна компенсація

Опора на соціальну підтримку, зміну середовища, адаптацію умов праці, навчання, життя. Це створення такого простору, в якому людина з особливими потребами може діяти на рівних, попри функціональні обмеження.

Наприклад, молодь із порушенням слуху успішно навчається у виші за умови використання сурдоперекладу, індивідуального темпу та толерантного ставлення викладачів.

Компенсація як творення нової особистісної реальності

Психологічна реабілітація, заснована на ідеях Виготського, передбачає не лише відновлення до попереднього стану, а переосмислення самого поняття «нормальності» та «розвитку». Людина в процесі компенсації: інтегрує свій досвід втрати або травми у власну ідентичність; віднаходить нові життєві орієнтири; формує ціннісно-мотиваційну базу не на засадах дефіциту, а на основі змісту, вибору, участі; перестає сприймати себе як “менш здатну”, натомість приймає власну цілісність у новому контексті життя.

Таким чином, **компенсація** – це не “виправлення помилки”, а нова лінія розвитку, що відкривається завдяки кризі. І саме в цьому сенсі реабілітація не просто повертає функції, а відкриває шлях до нової особистісної зрілості, саморозуміння та життєвої глибини.

Принципи розвитку в дитячій абілітації та реабілітації

Абілітація як окрема категорія допомоги дітям

Термін «**абілітація**» (від лат. *Habilis* – здатний, пристосований) означає формування або розвиток навичок і функцій, які з певних причин не з’явилися у дитини у типові строки її онтогенезу. **Абілітація** – це не відновлення втраченого, як у реабілітації дорослих, а первинне навчання і стимулювання розвитку тих психічних, когнітивних, емоційних функцій, які не змогли сформуватися через хворобу, травму, ізоляцію, порушення розвитку.

Особливості дитячої абілітації пов’язані з тим, що:

- у дитини психіка ще тільки формується – вона пластична, нестабільна, вразлива;
- відсутність досвіду життя до порушення (наприклад, вроджена вада, аутизм, ДЦП) означає, що немає «до чого» повертатись – все потрібно будувати вперше;
- соціальна залежність (від батьків, вихователів, середовища) визначає ступінь доступності допомоги;
- важливе значення має вікова чутливість до різних видів втручання: одна й та сама методика в різному віці може мати різну ефективність або навіть бути шкідливою.

Ключові принципи дитячої абілітації та реабілітації

Принцип розвитку, а не компенсації

На відміну від дорослих, у яких реабілітація часто передбачає повернення до «нормального» функціонування, у дітей це неможливо: нормативні функції ще не сформовані, отже, йдеться про створення таких умов, за яких дитина зможе розвиватися на власному рівні потенціалу, навіть попри наявні обмеження.

Наприклад, дитина з вродженою глухотою не може навчитися чути, але вона може розвивати мовлення, мислення та емоційну виразність через жестову мову, міміку, письмові символи тощо.

Принцип природовідповідності

Розвиток дитини повинен відбуватися в межах її актуальних можливостей, із поступовим розширенням Зони найближчого розвитку. Будь-яке втручання має відповідати віковим потребам і формам діяльності.

Наприклад:

- для дошкільнят – це гра, фантазування, емоційна взаємодія;
- для молодших школярів – правила, змагання, моделювання;
- для підлітків – рефлексія, ідентичність, автономія.

Принцип міждисциплінарності

Абілітація дитини – це не лише завдання психолога. До процесу обов'язково залучаються: логопеди, нейропсихологи, соціальні педагоги, арт-терапевти, лікарі (невропатолог, психіатр, ортопед), спеціалісти зі спеціальної освіти, родичі, опікуни, вихователі.

Усі працюють не окремо, а в єдиному плані – Індивідуальній програмі розвитку дитини (ІПРД).

Принцип партнерства з родиною

Батьки – не просто «джерело інформації» або «об'єкт просвіти», а ключові фігури у щоденній реабілітаційній взаємодії. Від того, як вони бачать дитину, залежить її образ себе. Абілітація передбачає:

- навчання батьків спостереженню, підтримці, ненасильницькому супроводу;
- корекцію травматичних установок (вина, тривога, гіперопіка);
- включення родини до терапевтичного процесу (сімейні зустрічі, участь у заняттях, взаємна рефлексія).

Принцип активної діяльності

Дитина – не пасивний реципієнт послуг, а активний суб'єкт розвитку. Абілітація не повинна зводитись до «вправ» і «корекції», вона має створювати ситуації успіху, дослідницької активності, відкриття, самостійності.

Основні завдання абілітації

1. Стимулювання психічних процесів: уваги, пам'яті, мислення, сприйняття, уяви.

2. Розвиток емоційної сфери: упізнавання емоцій, вираження, регуляція, емпатія.
3. Розвиток комунікативних навичок: мовлення, невербальна комунікація, діалог.
4. Формування навичок соціальної адаптації: правила поведінки, орієнтація в середовищі.
5. Сприяння навчальному потенціалу: формування передумов до шкільного навчання, підтримка когнітивної мотивації.
6. Підвищення самооцінки та почуття компетентності: через досягнення, похвалу, інтерес, гру.

Переосмислення поняття «норма»

Одне з ключових завдань сучасної абілітації – змінити суспільну й педагогічну установку на поняття «норма». **Норма** – це не уніфікований стандарт, а індивідуальна траєкторія розвитку, яка може включати: тимчасові затримки; особливі способи пізнання; альтернативні засоби вираження; специфічний стиль мислення, поведінки, творчості.

Завдання фахівця – не «виправити» дитину, а створити простір, де вона зможе розвиватися в умовах прийняття, стимулювання та безпеки.

Психологічні аспекти реабілітації дорослих людей

Психологічна реабілітація дорослих людей має свої специфічні особливості, пов'язані з: віковими закономірностями психічного розвитку; стійкою особистісною структурою; наявністю професійного, сімейного, соціального досвіду; сформованими уявленнями про себе, свої цілі, статус і «норму». Доросла людина вже має певний набір життєвих ролей, і тому втрата працездатності, здоров'я, зовнішнього вигляду або статусу може не лише призвести до емоційної травми, а й викликати глибоку ідентифікаційну кризу, яка зачіпає основи її «Я-концепції». Особливу складність становить ситуація, коли функціональна втрата стається раптово: травма, інсульт, ампутація, втрата рідних. Така подія може розцінюватися як кінець звичного життя, як руйнування очікуваного майбутнього.

Типові психологічні реакції на втрату функціональності

Серед найбільш характерних реакцій дорослих на настання реабілітаційної ситуації:

1. Шок і заперечення

Людина відмовляється вірити у втрату, вдає, що нічого не змінилося, або уникає обговорення теми. Можливі реакції: ізоляція, агресія, відмова від лікування, ідеалізація минулого.

2. Злість і протест

Внутрішній бунт проти обставин, почуття несправедливості, пошук винних (лікарі, рідні, держава, «доля»). Цей етап часто є **пусковим механізмом мобілізації енергії для змін**, хоча емоційно він вкрай складний.

3. Депресія, відчай, безнадія

Відчуття повної втрати сенсу, зниження мотивації до будь-якої активності, думки про марність подальшого життя. На цьому етапі особливо важлива наявність фахової психотерапевтичної підтримки, груп взаємодопомоги, емоційного контакту з близькими.

4. Поступове прийняття і адаптація

Формування нових життєвих пріоритетів, перегляд цінностей, поступове повернення інтересу до діяльності. Це час, коли активізується внутрішній ресурс і реабілітація набуває усвідомленого, суб'єктивно значущого характеру.

Мотиваційні особливості дорослих у процесі реабілітації

На відміну від дітей, де розвиток є природною тенденцією, мотивація до відновлення у дорослих формується як результат складної внутрішньої боротьби між двома полюсами:

- з одного боку – втрата, страждання, криза;
- з іншого – потреба в самозбереженні, гідності, автономії.

Успішність реабілітації напряду залежить від:

- наявності мети (для чого я маю відновлюватися?);
- усвідомлення цінності себе в нових умовах (чи вартує моє життя з обмеженням зусиль?);
- підтримки значущих інших (чи є люди, заради яких я живу, працюю, долаю?);
- здатності бачити зміст у труднощах (чи можу я зробити біль джерелом сили?).

У цьому сенсі психолог є не «мотиваційним тренером», а фасилітатором глибинного осмислення, провідником у пошуку особистісного сенсу.

Особливості когнітивної та емоційної сфери в дорослих реабілітантів

У зрілому віці когнітивні функції можуть бути або достатньо збережені (що дає ресурс до саморегуляції), або частково уражені (при інсульті, ЧМТ, деменції). Психологічна реабілітація тут може включати:

- **когнітивні тренінги** (пам'ять, увага, мислення);
- **метакогнітивні стратегії** (самоспостереження, контроль за мисленням);
- **емоційно-когнітивну перебудову** (наприклад, раціонально-емотивна терапія при депресії).

У сфері емоцій:

- часто зустрічається **амбівалентність** (суміш надії і зневіри);
- **труднощі у вираженні емоцій**, сором за «слабкість»;

- **гіперреактивність** (надмірна образливість, агресія, істеричність);
- **емоційне оніміння** або зниження афективного резонансу.

Завдання психолога – встановити безпечний, конфіденційний простір, де клієнт зможе поступово вивільняти почуття, вчитися їх розуміти й інтегрувати.

Ресурси дорослої особистості в реабілітації

Попри труднощі, доросла людина має і потужні внутрішні опори: досвід подолання попередніх життєвих криз; сформовану систему цінностей; стабільні соціальні зв'язки; ідентичність, що пройшла шлях формування; потенціал до рефлексії та самонастроювання.

Психологічна реабілітація спрямована на мобілізацію саме цих ресурсів — не як заміну втратам, а як опори для побудови нового способу буття.

Поняття стигматизації: психологічні, педагогічні та соціальні аспекти

Стигматизація (від грец. *Stigma* – клеймо, знак) – це процес соціального відкидання, маркування, приниження людини через певну відмінність, яка вважається небажаною або неприйнятною в суспільстві. У випадку реабілітації йдеться насамперед про дискримінацію людей з інвалідністю, розладами психіки, посттравматичними проявами, зовнішніми відмінностями чи «нетиповою» поведінкою.

Це клеймо може бути:

- зовнішнім (погляди, поведінка оточення, стереотипи, відкрита дискримінація);
- внутрішнім (самостигматизація – коли людина приймає упередження і втрачає віру в себе).

Стигма – це не тільки «що кажуть про людину», а те, як це змінює її самоусвідомлення, ролі, перспективи, тобто є чинником дезадаптації.

Психологічні наслідки стигматизації для особистості

1. **Зниження самооцінки:** Людина починає вважати себе «негідною», «менш повноцінною», «хибною» через хворобу або інвалідність.
2. **Розвиток почуття провини й сорому:** Особливо характерно для військових, які втратили функції, або батьків дітей з особливими потребами («я не впорався», «я поганий»).
3. **Ізоляція та уникнення:** Через очікуване неприйняття особа замикається в собі, уникає спілкування, участі в соціальних подіях.
4. **Самоцензура та відмова від допомоги:** Люди бояться звертатися до психологів, психіатрів, щоб не отримати «ярлик», не втратити роботу чи повагу.

5. **Ризик саморуйнівної поведінки:** Внутрішня стигма часто є одним з факторів самопошкодження, зловживання речовинами, навіть суїцидальних спроб.

Форми стигматизації в реабілітаційному процесі

Форма	Прояви
Медична	Спрошене ставлення: «він пацієнт, у нього “це”, він неадекватний», знеособлення.
Психологічна	Інфантилізація: людина з інвалідністю = як дитина, не здатна на відповідальність чи вибір.
Педагогічна	Занижені очікування, відмова від інклюзії, виключення з процесів через «відмінність».
Соціальна	Відмова в прийомі на роботу, соціальній допомозі, участі в громадах.
Сімейна	Сором за родича, ізоляція вдома, небажання розголошу.

Особливо небезпечною є прихована стигма, коли зовні людині допомагають, але внутрішньо її знецінюють, не вірять у її здатність до змін.

Педагогічні аспекти подолання стигматизації

1. **Інклюзивна освіта як середовище рівних можливостей:** забезпечення доступності, адаптація матеріалів, спільна діяльність; навчання педагогів роботі з дітьми з особливими потребами.
2. **Формування толерантності з дитинства:** проведення тренінгів, уроків емпатії, бесід про відмінності; впровадження практик ненасильницької комунікації.
3. **Корекція упереджень через особистий досвід:** контактна взаємодія між учнями з інвалідністю та без; спільні проекти, конкурси, творчі завдання.
4. **Визнання індивідуальної траєкторії розвитку як норми:** відмова від уніфікованих норм і шаблонів у навчанні; повага до темпу, стилю, особливостей кожного учня.

Соціальна реабілітація як антистигматизаційна стратегія

Стигматизація – це бар’єр, який може зруйнувати навіть найефективнішу терапію. Тому антистигматизаційна робота має бути частиною будь-якої реабілітаційної програми. Це включає:

- **Психопросвіту** – інформування про природу психічних, фізичних порушень.
- **Групи підтримки** – простір без оцінювання, де нормалізуються емоції.
- **Залучення до громадської активності** – підвищення видимості осіб із порушеннями.

- **Медіакампанії** – позитивне представлення різних форм «іншості».
- **Підготовку спеціалістів** – навчання емпатії, відмові від мови упереджень.

Самостигматизація: внутрішній ворог реабілітації

Часто джерелом бар'єру стає не оточення, а **внутрішній голос**, який повторює: «Я не такий, як усі»; «Я тягар»; «Я не маю права на щастя»; «Я не зможу».

З цим працює психолог через: переосмислення травматичних подій; корекцію самооцінки; переписування життєвого сценарію; встановлення ціннісних орієнтирів, не пов'язаних зі станом здоров'я чи соціальним «успіхом».

Засвоєння принципів та понять через рольову гру

Рольова гра – це один із найефективніших методів інтерактивного навчання, що дозволяє не просто передати знання, а й включити учасника в активне переживання ситуації, сформувані нові навички через досвід, а не лише через теорію. У контексті психологічної реабілітації цей метод дає змогу: моделювати критичні життєві обставини в безпечному середовищі; відпрацьовувати стратегії поведінки в ситуаціях виклику; усвідомлювати власні емоційні реакції та ролі; розвивати соціальну чутливість, емпатію, здатність до співпереживання.

У поєднанні з рефлексивним аналізом рольова гра стає інструментом глибокого інсайту, тренування й особистісного зростання.

Освітні цілі рольових ігор у навчанні майбутніх фахівців

Для студентів психологічних спеціальностей рольова гра виступає як педагогічний засіб засвоєння ключових принципів реабілітаційної діяльності. Вона дозволяє: на практиці опрацювати поняття емоційної підтримки, активного слухання, безумовного прийняття; прожити досвід осіб, які потребують допомоги; зіграти ролі фахівців – психолога, соціального працівника, консультанта – і зрозуміти межі своєї компетенції, потребу в етичних стандартах, складність реальних ситуацій. Наприклад, студент у ролі батька дитини з інвалідністю, який стикається з байдужістю чиновника, може пережити безсилля, гнів, потребу у співчутті – що надалі вплине на його емпатію як майбутнього психолога.

Рольова гра як елемент психологічної реабілітації клієнтів

У роботі з клієнтами рольові ігри допомагають: відтворити травматичні або проблемні ситуації з новим завершенням (репаративна дія); тренувати соціальні навички: спілкування, відстоювання себе, прохання про допомогу; перебудовувати ролі – з пасивного отримувача допомоги на активного суб'єкта

вибору; знижувати тривожність перед майбутніми подіями (наприклад, співбесіда, перехід у нове середовище, знайомство).

Види рольових ігор у реабілітаційній практиці

Вид гри	Застосування
Інсценізація конкретної ситуації	Суперечка з лікарем, повідомлення про діагноз, знайомство з групою.
Зміна ролей	Клієнт стає психологом, а психолог — клієнтом. Сприяє емпатії, переосмисленню.
Групова рольова гра	Наприклад, «сім'я» або «комісія» — аналіз групової динаміки, розподілу влади, впливу.
Репетиція майбутніх подій	Підготовка до візиту в нову установу, виступу, заяви про свої потреби.
Психодраматичні техніки	Робота з травматичним досвідом, конфліктом, внутрішніми фігурами.

Переваги використання рольових ігор у навчанні та терапії

- Безпечне середовище для експерименту: учасник може «приміряти» нову поведінку без страху осуду.
- Переживання замість теоретичного пояснення: через емоції формується глибше розуміння теми.
- Формування нових стратегій реагування: людина отримує позитивний досвід виходу із складних ситуацій.
- Командна взаємодія: гра сприяє розвитку навичок співпраці, довіри, зворотного зв'язку.
- Переосмислення життєвих ролей: можливість побачити себе інакше, вийти за межі «жертви», «пацієнта», «помилкового Я».

Висновки щодо застосування методу

Засвоєння понять і принципів реабілітації через рольову гру: перетворює абстрактні знання на особистісно пережитий досвід; дозволяє моделювати процеси співпереживання, допомоги, втручання, підтримки; створює підґрунтя для формування професійної рефлексії, етичної позиції, впевненості в комунікації з людьми в кризі.

Для клієнта рольова гра може стати першим простором, де він відчує силу, контроль, можливість вибору, а для студента — інструментом пробудження справжньої професійної зрілості.

Тема 2. ПОНЯТТЯ ПРО СТРЕС. ВАЖЛИВІСТЬ РОЗУМІННЯ ВПЛИВУ СТРЕСОВИХ ЧИННИКІВ НА ЛЮДИНУ В РЕАБІЛІТОЛОГІЇ

Історія розвитку концепцій про стрес та його вплив на людину

Перш ніж термін *стрес* увійшов до психологічного і медичного лексикону, він використовувався у фізиці та механіці. У цих дисциплінах він позначав внутрішнє напруження в тілі або конструкції, що виникало під дією зовнішньої сили. Це напруження могло бути компенсоване (еластичне тіло поверталось до первинної форми), або ж призводило до деформації, руйнування. Ця метафора виявилась напрочуд придатною для опису реакцій людини на психофізичні навантаження. Ідеї переносу фізичних термінів на психологічну реальність поширювались на хвилі розвитку медицини й біології в кінці XIX – на початку XX ст.

Внесок Ганса Сельє: класична біологічна концепція стресу

Канадський вчений австрійського походження **Ганс Сельє (Hans Selye)** вважається батьком наукового поняття стресу. У 1936 році він опублікував у журналі *Nature* статтю, в якій описав універсальну реакцію організму на будь-яке навантаження – незалежно від його походження. Цю реакцію він назвав загальним адаптаційним синдромом (ЗАС).

Сельє виділив три послідовні фази розвитку стресу:

1. **Фаза тривоги** – миттєва реакція на новий або інтенсивний подразник, активація симпато-адреналової системи, мобілізація гормонів стресу (кортизол, адреналін). У цій фазі спостерігаються симптоми: пітливість, серцебиття, підвищений тиск, сухість у роті.
2. **Фаза опору** – організм адаптується до дії стресора, фізіологічні показники стабілізуються, хоча внутрішній ресурс витрачається. Людина може продовжувати функціонувати, часто з високою ефективністю, але ціною виснаження.
3. **Фаза виснаження** – тривалий вплив або надмірна інтенсивність стресу призводять до зриву адаптації, психосоматичних розладів, депресії, втрати імунної функції.

Сельє підкреслював, що: стрес не є патологією сам по собі; організм не реагує лише на «погані» впливи — будь-яка зміна може стати стресором; важливо відрізнити «добрий» стрес (еустрес) і «поганий» стрес (дістрес), про що пізніше. Одна з найважливіших ідей Сельє – реакція організму на стрес є неспецифічною, тобто незалежною від конкретного подразника. Інфекція, травма, втрата близької людини – незалежно від причини, організм реагує одними й тими ж фізіологічними механізмами. Це відкриття мало революційне значення для медицини і психології.

З 1960-х років дослідження стресу набувають нових змістових орієнтирів. Американський психолог **Річард Лазарус** запроваджує когнітивний підхід, згідно з яким: "Стрес виникає не через саму ситуацію, а через те, як людина її інтерпретує."

Основні ідеї Лазаруса. Стрес – це результат взаємодії між особистістю і середовищем. Вирішальне значення має когнітивна оцінка: первинна – наскільки ситуація є загрозливою, небезпечною, значущою; вторинна – чи маю я ресурси її подолати. Існують копінг-стратегії – моделі поведінки, за допомогою яких людина намагається впоратись зі стресом (активна боротьба, уникнення, пошук підтримки, самозаспокоєння, когнітивна переоцінка).

Когнітивна модель дозволила зрозуміти, чому:

- одна й та сама подія (звільнення, розлучення, діагноз) викликає різні реакції у різних людей;
- тривалість і глибина стресу залежить не лише від події, а й від суб'єктивного сприйняття, емоційного досвіду, минулих травм.

Розвиток концепцій у XXI столітті: нейропсихологічний та соціальний виміри

У сучасній науці стрес розглядається на **кількох рівнях**:

1. **Біологічному** – як сукупність гормональних, нейромедіаторних, імунних реакцій (гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникова вісь, кортизол, імунодепресія).
2. **Психологічному** – як зміна сприйняття, мислення, емоційної регуляції (схильність до катастрофізації, порушення сну, тривога, паніка).
3. **Поведінковому** – втрата контролю над поведінкою, імпульсивність, агресія, уникнення, зловживання психоактивними речовинами.
4. **Соціальному** – як зниження ефективності соціальної адаптації, зростання конфліктності, самотності, ізоляції.

Дослідники стверджують, що **стрес** – це не окремий феномен, а наскрізний фактор ризику майже всіх психічних і соматичних розладів, і тому розуміння його дії є принципово важливим для реабілітаційної практики.

Значення історії концепцій для реабілітолога

Розуміння еволюції наукових уявлень про стрес дає змогу:

- не зводити стрес до «перевтоми» чи «нервового зриву», а бачити в ньому комплексну адаптивну відповідь;
- диференціювати рівні впливу стресу – фізіологічний, психологічний, когнітивний, поведінковий;
- враховувати індивідуальні відмінності у стрес-реакціях;

- орієнтувати реабілітаційні програми не лише на зняття симптомів, а й на формування нових ресурсів, моделей реагування, психологічного імунітету;
- впроваджувати профілактику хронічного стресу як окремий напрямок у роботі з клієнтами з уразливих груп (військові, ВПО, особи з ПТСР, пацієнти з хронічними хворобами).

Поняття про загальну адаптивну реакцію та її неспецифічність

Адаптація – фундаментальна властивість будь-якого живого організму, яка забезпечує його здатність зберігати життєздатність в умовах змін середовища. Вона передбачає постійне перебудовування діяльності внутрішніх систем (фізіологічних, нейрогуморальних, психічних, поведінкових) у відповідь на зовнішні або внутрішні виклики.

У психології адаптація має подвійну природу:

1. **Біологічну** – зміни у функціонуванні організму для збереження гомеостазу.
2. **Психологічну** – процес пристосування до нових обставин, в яких потрібно зберегти особистісну ідентичність, відчуття контролю та ефективності.

Особливої актуальності поняття адаптації набуває в контексті психологічної реабілітації, де мова йде про відновлення або створення нових механізмів пристосування у відповідь на порушення здоров'я, втрату функцій, зміну соціального статусу, рольових очікувань, якості життя.

Загальний адаптаційний синдром (Ганс Сельє): базова модель реагування на стрес

Поняття загальної адаптивної реакції (ЗАР), як уже згадувалося, було запропоновано Гансом Сельє. Воно описує стандартизовану, універсальну реакцію організму на будь-яке навантаження – фізичне чи психологічне, незалежно від його природи.

Три фази адаптаційної відповіді:

1. **Фаза тривоги (Alarm Reaction)** – миттєва мобілізація. Організм розпізнає загрозу і реагує через активацію симпатичної нервової системи. Вивільняється адреналін, норадреналін, кортизол. Зовні – підвищення пульсу, тиску, дихання, тривога, паніка.
2. **Фаза опору (Resistance)** – організм активно протистоїть виклику. Гормональна активність дещо стабілізується. Людина вчиться функціонувати в умовах постійного стресу. Парадокс: ефективність зберігається, але **йде приховане виснаження**.
3. **Фаза виснаження (Exhaustion)** – якщо стрес триває занадто довго, резерви вичерпуються. Імунітет знижується, виникає схильність до захворювань, психічних розладів, апатії, зривів, порушення сну.

Важливо: усі три фази можуть бути неусвідомленими клієнтом, але вони критично важливі для реабілітаційного втручання.

Неспецифічність адаптаційної реакції: суть і значення

Неспецифічність означає, що організм не диференціює стресори за змістом, а реагує на них приблизно однаково – у вигляді загальної біологічної мобілізації. Тобто: стрес від втрати дому внаслідок війни; стрес від діагнозу рак; стрес від іспиту; і навіть стрес від раптового виграшу в лотерею – усі вони запускають одні й ті ж фізіологічні механізми.

Це доводить, що зміст і сила стресу – це суб'єктивна категорія, тоді як біологічна відповідь – універсальна. Цей принцип має ключове значення для психолога-реабілітолога, адже: люди можуть неусвідомлено перебувати в стані хронічної адаптації; важливо відслідковувати фізіологічні прояви навіть при «м'яких» скаргах (втома, дратівливість, безсоння); варто розуміти, що реакції «втечі», «заморожування», «агресії» — це не патологія, а еволюційна відповідь на загрозу.

Інтеграція адаптивної реакції в психіку: когнітивна та особистісна компоненти

Хоча модель Сельє підкреслювала біологічну основу реакції на стрес, сучасна психологія доповнила її ідеєю про те, що людина – істота, яка усвідомлює себе в процесі адаптації. А отже: вона оцінює ситуацію (як загрозу, втрату чи виклик); обирає стратегію реагування (боротьба, втеча, уникнення, когнітивне переосмислення); формує емоційну відповідь, що стає частиною її досвіду; і врешті — інтегрує або витісняє цей досвід, що впливає на подальше психічне здоров'я. Тобто, адаптаційна реакція не просто біологічна, а й екзистенційно-психологічна — це відповідь особистості на виклик часу, долі, зовнішніх обставин.

Практичне значення для психолога-реабілітолога

Поняття загальної адаптивної реакції і її неспецифічності дозволяє: точніше діагностувати стани клієнтів, навіть коли вони не скаржаться безпосередньо на стрес; використовувати концепцію фази виснаження для пояснення емоційного вигорання, тривалої апатії, втрати сенсу життя; розробити індивідуальні програми супроводу, з урахуванням фази, в якій перебуває людина; пояснити клієнту, що його реакція — нормальна біологічна відповідь, а не слабкість або патологія.

Часові характеристики стресового впливу на людину (розширено)

Часовий вимір є одним із ключових у розумінні динаміки стресу, оскільки саме тривалість впливу визначає: глибину впливу на фізіологічні системи (серцево-судинну, ендокринну, імунну); якість когнітивного та емоційного реагування (рівень тривоги, дратівливості, агресії або апатії); необхідність

втручання (швидке, профілактичне чи глибоко терапевтичне); характер реабілітаційної програми (короткочасна підтримка чи довготривалий супровід).

Короткий вплив зазвичай мобілізує сили організму, натомість затяжний стрес перевантажує адаптаційні системи, призводячи до їх функціонального виснаження. Якщо після стресової події не настає фаза відновлення, організм «закривається» в постійному стані збудження, що руйнує його зсередини: підвищений кортизол стає хронічним, серцево-судинна система працює на межі, нервова — в режимі надзбудження або виснаження.

У практиці реабілітації це означає, що не лише сила, а й тривалість стресу визначає його небезпечність. Легка, але щоденна тривога — потенційно руйнівніша, ніж одноразовий сильний стрес.

Види стресу за тривалістю впливу

Гострий (реактивний) стрес

Це стрес, який виникає раптово і потужно, часто в екстремальній ситуації (аварія, напад, вибух, смерть близького). Організм не встигає підготуватися, й активізує усі захисні реакції. Симптоми: тремор, тахікардія, гіпервентиляція, відчуття дереалізації, афективний сплеск. Перевага: швидко проходить, якщо подію опрацьовано. Ризик: якщо залишився непереробленим, може призвести до ПТСР, флешбеків, панічних атак. У роботі реабілітолога: важливо вчасно виявити залишкові сліди травматизації, навіть якщо зовні все «в нормі».

Хронічний (перманентний) стрес — це тривалий вплив низькоінтенсивних або змінюваних, але постійно присутніх факторів, які не дозволяють психіці розслабитися. Це догляд за хворим родичем, тривалий брак грошей, невизначеність щодо майбутнього, життя в умовах війни. Виникає ефект «тихого згорання» — людина звикає до напруги, не помічає її, але виснажується. Наслідки: гіпертонія, мігрень, гастрит, хронічна тривожність, емоційне вигорання. Реабілітолог має виявляти симптоми хронічного стресу, навіть коли клієнт каже «просто втомився».

Повторюваний (кумулятивний) стрес

Це ситуація, коли стресові події періодично повторюються або викликаються подібними стимулами. При цьому накопичується втома, роздратування, недовіра, тривожність. Типово для осіб із військовим, рятувальним, медичним досвідом, які знову і знову стикаються з травмою. Також поширений у тих, хто зазнавав насильства або був в умовах багатократної небезпеки. Основна проблема: навіть нейтральний стимул (шум, образ, запах) може викликати реакцію «немов знову там». Такі особи потребують тривалої підтримки, стабільного оточення та глибокої психотерапії.

Фази перебігу стресу у часовій динаміці (за Г. Сельє)

1. **Фаза тривоги** – миттєва відповідь на стрес. Емоції максимально інтенсивні, фізіологія – в режимі «бий або тікай». Завдання фахівця: стабілізувати стан, не допустити травматизації, навчити контролю дихання, знизити тривожність.
2. **Фаза опору** – організм адаптується, психіка «тримається». Людина функціонує, але витрачає резерви. Завдання фахівця: відновлення ресурсу, психологічна підтримка, профілактика виснаження.
3. **Фаза виснаження** — ресурси вичерпані. Виникає депресія, безнадія, апатія, психосоматика. Завдання фахівця: реабілітаційна програма, повернення сенсу, робота з кризою ідентичності.

Типологія стресу

За природою походження

Фізіологічний стрес. Реакція на порушення фізичного гомеостазу: травма, температура, голод. Часто супроводжується психологічною реакцією, якщо подія є значущою (наприклад, ампутація – не лише втрата кінцівки, а й зміна образу тіла, ідентичності).

Психологічний стрес. Суб'єктивно переживається як загроза для цінностей, стабільності, «Я». Джерела – страх втрати, самотність, провина, приниження, сором. Часто прихований, проявляється в соматичних симптомах: болі, слабкість, апатія.

Соціальний стрес. Виникає у контексті взаємодії з соціумом: безробіття, дискримінація, стигма. Особливо небезпечний для ВПО, ветеранів, осіб з інвалідністю, які переживають втрату статусу, підтримки, визнання. Реабілітолог має не лише лікувати, а й боротись зі стигматизацією, соціальною ізоляцією клієнта.

За характером впливу

Еустрес. Позитивний, «корисний» стрес, який мобілізує, стимулює, підштовхує до розвитку. Приклади: нова робота, виступ на сцені, весілля. Реабілітація також може бути еустресом – викликом, що активує внутрішні сили.

Дістрес. Деструктивний стрес, який виснажує, порушує функціонування, блокує волю. Знижує імунітет, порушує сон, викликає депресію. У фазі дістресу потрібна термінова психологічна або психіатрична допомога.

За напрямом дії

Тип стресу	Опис
Фрустраційний	Виникає при перешкоді до досягнення мети . Реакції: злість, розчарування, апатія. Потребує навчання гнучкості мислення , альтернатив.
Конфліктогенний	Виникає в умовах внутрішніх суперечностей (цінності – потреби) або соціальних конфліктів . Потребує роботи з рефлексією, медіацією .
Інформаційний	Викликаний надлишком інформації, багатозадачністю, емоційною перевантаженістю . Вимагає тренінгу управління часом, пріоритетами .
Екзистенційний	Найглибший рівень — криза сенсу, ідентичності, свободи, смерті . Реабілітолог працює через діалог, логотерапію, пошук життєвого змісту .

Посттравматична стресова реакція, її форми

Посттравматична стресова реакція (ПТСР) – це специфічна форма психологічної реакції, що виникає як наслідок дії надзвичайно потужного психотравмуючого чинника. Теоретичне осмислення ПТСР опирається на розробки у межах клінічної, медичної та нейропсихології, а також травматичної психології.

Теоретичні основи:

- **Модель загального адаптаційного синдрому Г. Сельє** слугує основою для розуміння фазової динаміки стресової реакції. У випадку посттравматичних порушень організм застрягає у фазі «опору» або «виснаження», що веде до порушення психофізіологічної рівноваги.
- **Психоаналітична теорія** (З. Фройд, А. Фрейд, Б. Беттельгейм) інтерпретує ПТСР як результат порушення механізмів психологічного захисту та неможливості інтегрувати травматичний досвід у свідомість. Травма вважається «порожнім місцем», яке не піддається символізації.
- **Когнітивно-поведінкова концепція ПТСР (А. Бек, Е. Фоа, А. Кларк)** вказує, що симптоми розладу формуються внаслідок дисфункціональної оцінки події та порушення процесу переробки інформації. Уникаючі поведінкові реакції закріплюють патологічну реакцію, перешкоджаючи подоланню травми.
- **Біопсихосоціальна модель** пояснює ПТСР як продукт взаємодії біологічної вразливості (нейрохімічні дисбаланси, порушення роботи гіпокампу та амігдали), психологічних факторів (особистісні риси, стиль

мислення) та соціального контексту (наявність підтримки, культурні норми).

Класифікація форм ПТСР:

1. **Гостра форма** (acute PTSD): триває до 3 місяців, характеризується вираженими, але потенційно зворотними змінами.
2. **Хронічна форма** (chronic PTSD): симптоми зберігаються понад 3 місяці, супроводжуються глибокими особистісними змінами.
3. **Затримана форма** (delayed-onset PTSD): симптоматика виникає через 6 місяців і більше після події.
4. **Комплексний ПТСР** — термін, введений Ю. Герман, який відображає наслідки тривалих травмуючих впливів (у дитинстві, в умовах полону, торгівлі людьми), що супроводжуються порушеннями ідентичності, емоційної регуляції, міжособистісних стосунків.

Таким чином, посттравматична стресова реакція — це не просто наслідок сильного емоційного потрясіння, а складне динамічне утворення, що вимагає міждисциплінарного підходу до аналізу, діагностики й подолання.

Принципи та технології психолого-педагогічного супроводу людини з ПТСР

Психолого-педагогічний супровід осіб із ПТСР ґрунтується на принципах гуманістичної парадигми в психології, яка визнає цінність, унікальність та активну роль особистості у процесі подолання життєвих труднощів.

Теоретичні засади супроводу:

- **Гуманістична психологія** (К. Роджерс, А. Маслоу) вважає, що кожна людина має вроджений потенціал до зростання, який реалізується в умовах прийняття, емпатії, автентичної присутності з боку фахівця. Супровід має створити безпечне середовище, де травматичний досвід може бути інтегрований без осуду.
- **Теорія прив'язаності** (Дж. Боулбі, М. Ейнсворт) — пояснює, як досвід ранніх стосунків впливає на здатність долати стрес у дорослому віці. Психологічний супровід має відтворювати функції «надійної бази», яка забезпечує стабільність, емоційне тепло і підтримку.
- **Педагогіка травми** (П. Левін, Б. ван дер Колк) — вказує, що людина з ПТСР не може повноцінно вчитися, розвиватися чи приймати нову інформацію, поки її мозок перебуває в стані гіперзбудження. Супровід має враховувати нейрофізіологічні особливості роботи мозку в умовах травми.
- **Модель триєдиного мозку** (П. Маклін) допомагає розуміти, що первинною реакцією на загрозу є нерациональні (лімбічні) імпульси. Тому

перш ніж розпочинати когнітивну роботу, потрібно стабілізувати базові емоційні й тілесні реакції.

Принципи супроводу:

1. **Принцип поступовості** — рух від стабілізації до реконструкції та інтеграції.
2. **Принцип етичності** — повага до меж, гідності й автономії особистості.
3. **Принцип інтерсуб'єктивності** — реабілітаційна взаємодія як діалог між суб'єктами.
4. **Принцип рефлексивності** — супровід не лише орієнтує на «вилікувати», а й допомагає усвідомити нові смисли й цінності після травматичного досвіду.

Теоретичні підходи до технологій:

- **Когнітивно-біхевіоральна теорія** (А. Бек, А. Елліс): формування адаптивних мисленнєвих схем через аналіз і реструктуризацію деструктивних установок.
- **Екзистенційний підхід** (В. Франкл): пошук смислу в стражданні як шлях подолання внутрішньої кризи.
- **Теорія тілесної пам'яті** (Б. ван дер Колк): психотравма фіксується не лише у свідомості, а й у соматичних патернах, тому супровід має включати тілесно-орієнтовані методи.
- **Наративний підхід** (М. Вайт): трансформація особистої історії через переосмислення ідентичності та досвіду.

Психолого-педагогічний супровід при ПТСР є не лише засобом підтримки, а й шляхом гуманістичного оновлення суб'єкта, його повторної інтеграції у соціальну й культурну систему.

Індивідуально-типологічні, гендерні та інші характеристики сприйняття стресових чинників

Сприйняття стресу та реакція на нього є складними процесами, що визначаються багатьма змінними – біологічними, психологічними, соціальними, культурними. Розуміння цих змінних є ключовим для побудови ефективної реабілітаційної взаємодії.

Індивідуально-типологічні основи:

Тип темпераменту (за І. Павловим, Г. Айзенком) впливає на швидкість і силу реакції на стресові подразники. Сангвінічний тип є стійкішим, тоді як меланхолічний — схильний до глибокого переживання травми.

Тип реагування за Лазарусом:

- *Проблемно-орієнтоване реагування* — активне подолання ситуації.
- *Емоційно-орієнтоване реагування* — схильність до уникнення, тривожності, катастрофізації.

Особистісні риси (модель «Великої п'ятірки») теж відіграють роль:

- *Невротизм* корелює з підвищеною тривожністю.
- *Відкритість до досвіду* — з адаптивністю.
- *Добросовісність* — з організованим подоланням.

Гендерні відмінності:

- **Гендер як соціокультурний конструкт** впливає на норми прийнятного вираження емоцій. У патріархальних культурах чоловікам забороняється прояв вразливості, що веде до придушення симптомів або їхньої поведінкової компенсації (агресія, залежності).
- **Гормональні й нейробіологічні фактори:** у жінок вища активність гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, що зумовлює сильнішу емоційну реакцію на загрозу.

Інші чинники:

- **Соціальний капітал** (П. Бурдьє): наявність підтримки, довіри, зв'язків сприяє кращій адаптації.
- **Культурні моделі coping-стратегій:** у західних культурах — індивідуалізм, звернення до психотерапії; у традиційних — опора на спільноту, релігію.
- **Освітній рівень** впливає на здатність до когнітивного переосмислення травми.

Таким чином, індивідуально-типологічний та соціокультурний підхід дозволяє вийти за межі уніфікованих схем реабілітації, надаючи людині засоби, що відповідають її унікальності.

Тема 3. РОБОТА З МОТИВАЦІЄЮ ЯК КЛЮЧОВИЙ ЧИННИК У РЕАБІЛІТАЦІЇ

Психічний стан людини, яка потребує реабілітації: діагностика та вибір адекватних засобів реабілітації

Психологічна реабілітація – це багатогранний процес відновлення особистості, спрямований на подолання наслідків травми, втрати, хронічного стресу або критичних змін у способі життя. На початковому етапі цього процесу ключову роль відіграє визначення актуального психічного стану особи, яка потребує допомоги.

Теоретичним підґрунтям діагностики психічного стану слугують основні концепції клінічної психології, зокрема модель біопсихосоціальної взаємодії, яка враховує не лише психологічні характеристики, а й біологічні та соціальні чинники, що впливають на особистість. За Г. Енгелем, діагностика повинна охоплювати не лише симптоматику, але й суб'єктивне сприйняття хвороби або травми, ресурсні характеристики особи, її ціннісні орієнтації та рівень самосвідомості.

Важливо враховувати такі параметри:

- афективний стан (рівень тривоги, депресії, апатії);
- когнітивні зміни (концентрація уваги, наявність негативних автоматичних думок);
- поведінкові особливості (рівень активності, соціальна ізоляція, агресія);
- соматичні реакції (психосоматичні прояви, порушення сну, апетиту).

Сучасна психодіагностика базується на комплексному використанні кількох методичних підходів:

1. **Об'єктивні методи:** клінічне спостереження, структуроване інтерв'ю, стандартизовані опитувальники (наприклад, шкала депресії Бека, опитувальник тривожності Спілбергера-Ханіна).
2. **Суб'єктивні методи:** вільні наративи, біографічне інтерв'ю, аналіз письмових висловлювань.
3. **Проективні методики:** тест Люшера, методика "Незакінчені речення", тематичний аперцептивний тест (ТАТ).
4. **Інструменти самооцінки якості життя:** опитувальники WHOQOL, SF-36 тощо.

Оцінка психічного стану дозволяє визначити рівень функціонування особистості відповідно до шкали МКХ-11 або DSM-5. Залежно від ступеня дезадаптації та потенціалу до відновлення, психолог вибудовує індивідуалізовану програму втручання.

Вибір адекватних засобів реабілітації залежить не тільки від клінічного діагнозу, але й від особистісної структури клієнта, його здатності до рефлексії, рівня мотивації до змін, соціальної підтримки. Так, для особи з глибоким емоційним виснаженням ефективною буде стабілізаційна робота з використанням тілесно-орієнтованих і арт-терапевтичних методів. Для людини з високим рівнем свідомої залученості – когнітивно-поведінкові або нарративні підходи.

Таким чином, діагностика психічного стану – це не просто визначення "симптомів", а повноцінне оцінювання психологічного функціонування в контексті особистої історії людини. Вона є передумовою для побудови ефективної реабілітаційної взаємодії, яка відповідає не лише потребам, а й потенціалу клієнта.

Роль емпатії, дистанціювання та принцип «найбільш важливий клієнт»

Реабілітаційна психологія передбачає не лише роботу з симптомами травматичного досвіду, але й побудову терапевтичного альянсу, в основі якого лежать такі фундаментальні категорії, як емпатія, професійне дистанціювання та повага до клієнта як унікальної особистості.

Теоретичні засади емпатії:

Емпатія – здатність проникати у внутрішній світ іншої людини, не втрачаючи при цьому меж між «Я» і «Іншим». Згідно з концепцією К. Роджерса, емпатійне розуміння є однією з ключових умов ефективного психологічного контакту. В гуманістичній психотерапії емпатія розглядається як активне слухання, прийняття без оцінювання та глибоке розуміння переживань клієнта.

У реабілітаційному контексті емпатія виконує кілька важливих функцій: зниження тривожності та захисної напруженості; формування довіри до фахівця; створення безпечного простору для розкриття вразливих тем; підтримка у формуванні власного голосу клієнта.

Дистанціювання як професійний інструмент:

Надмірне занурення у переживання клієнта може призвести до емоційного вигорання, втрати об'єктивності, порушення меж. Професійне дистанціювання, згідно з концепцією В. Франкла, передбачає здатність до емпатії без ідентифікації, тобто співпереживання без злиття. У системній терапії дистанція виконує роль межі, що дозволяє фахівцю бачити ситуацію комплексно та керувати процесом змін. Баланс між емпатією та дистанцією – ключ до етичної та ефективної допомоги.

Принцип «найбільш важливого клієнта»:

Цей принцип впливає з основ постмодерної психотерапії та нарративного підходу, які стверджують, що кожна особа має право на визнання своєї історії як

цінної. Незалежно від типу проблеми, віку чи соціального статусу, фахівець має поставити клієнта в центр терапевтичної уваги.

Реалізація цього принципу означає: персоналізацію комунікації: звернення до клієнта як до рівного партнера; акцент на суб'єктивний досвід: не лише діагноз, а «як ви це переживаєте»; повагу до життєвого контексту: розуміння соціальних, культурних, релігійних рамок клієнта; підтримку автономії: визнання здатності клієнта приймати рішення.

Практичне значення в реабілітації:

У ситуації вразливості, залежності від медичних чи соціальних структур, саме фокус на особистісну значущість клієнта відновлює його суб'єктність. Це сприяє мобілізації внутрішніх ресурсів, підвищенню мотивації до відновлення, покращенню психологічної динаміки. З позицій позитивної психології (М. Селігман), створення атмосфери поваги та підтримки формує психологічну безпеку, яка є базою для особистісного зростання навіть в умовах посттравматичної вразливості. Таким чином, категорії емпатії, професійного дистанціювання та принцип «найбільш важливого клієнта» — це не лише етичні стандарти, а й науково обґрунтовані умови ефективної реабілітаційної взаємодії.

Роль емпатії, дистанціювання та принцип «найбільш важливий клієнт»

Реабілітаційна психологія передбачає не лише роботу з симптомами травматичного досвіду, але й побудову терапевтичного альянсу, в основі якого лежать такі фундаментальні категорії, як емпатія, професійне дистанціювання та повага до клієнта як унікальної особистості.

Емпатія — здатність проникати у внутрішній світ іншої людини, не втрачаючи при цьому меж між «Я» і «Іншим». Згідно з концепцією К. Роджерса, емпатійне розуміння є однією з ключових умов ефективного психологічного контакту. В гуманістичній психотерапії емпатія розглядається як активне слухання, прийняття без оцінювання та глибоке розуміння переживань клієнта.

У реабілітаційному контексті емпатія виконує кілька важливих функцій: зниження тривожності та захисної напруженості; формування довіри до фахівця; створення безпечного простору для розкриття вразливих тем; підтримка у формуванні власного голосу клієнта.

Дистанціювання як професійний інструмент:

Надмірне занурення у переживання клієнта може призвести до емоційного вигорання, втрати об'єктивності, порушення меж. Професійне дистанціювання, згідно з концепцією В. Франкла, передбачає здатність до емпатії без ідентифікації, тобто співпереживання без злиття.

У системній терапії дистанція виконує роль межі, що дозволяє фахівцю бачити ситуацію комплексно та керувати процесом змін. Баланс між емпатією та дистанцією – ключ до етичної та ефективної допомоги.

Принцип "найбільш важливого клієнта":

Цей принцип впливає з основ постмодерної психотерапії та нарративного підходу, які стверджують, що кожна особа має право на визнання своєї історії як цінної. Незалежно від типу проблеми, віку чи соціального статусу, фахівець має поставити клієнта в центр терапевтичної уваги.

Реалізація цього принципу означає: персоналізацію комунікації: звернення до клієнта як до рівного партнера; акцент на суб'єктивний досвід: не лише діагноз, а «як ви це переживаєте»; повагу до життєвого контексту: розуміння соціальних, культурних, релігійних рамок клієнта; підтримку автономії: визнання здатності клієнта приймати рішення.

Практичне значення в реабілітації:

У ситуації вразливості, залежності від медичних чи соціальних структур, саме фокус на особистісну значущість клієнта відновлює його суб'єктність. Це сприяє мобілізації внутрішніх ресурсів, підвищенню мотивації до відновлення, покращенню психологічної динаміки. З позицій позитивної психології (М. Селігман), створення атмосфери поваги та підтримки формує психологічну безпеку, яка є базою для особистісного зростання навіть в умовах посттравматичної вразливості. Таким чином, категорії емпатії, професійного дистанціювання та принцип «найбільш важливого клієнта» — це не лише етичні стандарти, а й науково обґрунтовані умови ефективної реабілітаційної взаємодії.

Аналоговість, метафоричність та парадоксальність у роботі з мотивацією

У роботі з клієнтами, які знаходяться в кризових або посттравматичних станах, вербальна раціональна аргументація часто виявляється недостатньою або навіть неефективною. Людина може бути не готовою до прямої розмови про зміни, відчувати опір, страх або виснаження. Саме в таких випадках на допомогу приходять інструменти опосередкованої дії – аналоговість, метафоричність та парадоксальність.

Теоретичне підґрунтя аналогових методів

Поняття аналоговості пов'язане з теоріями невербальної комунікації (П. Вацлавик), які підкреслюють, що зміст передається не лише словами, а й інтонацією, мімікою, образами, символами. У психологічному консультуванні аналоговий канал комунікації часто працює глибше за цифровий, активуючи підсвідомі процеси та обминаючи когнітивний опір.

Методи аналогової дії (використання кольору, простору, символів, руху) базуються на здатності людини до уявлення та асоціацій. Це відкриває

можливість роботи зі складними темами — втратою, страхом, надією — без прямого заглиблення у травматичний досвід.

Метафоричність як психологічний інструмент

Метафора — це мовна конструкція, що поєднує різні сенсові площини, створюючи міст між абстрактним і конкретним. У психотерапії метафора дозволяє пояснювати складні процеси у зрозумілий спосіб, пробуджуючи внутрішній діалог та уяву. Згідно з Дж. Лакоффом і М. Джонсоном, метафори формують не тільки нашу мову, а й сам спосіб мислення.

У реабілітаційній психології метафоричні інтервенції: посилюють мотивацію до змін через унаочнення майбутнього; допомагають клієнту переосмислити свій досвід у новому контексті; активують внутрішні ресурси через образи зцілення, подорожі, перетворення; формують альтернативну наративну структуру.

Метафоричні історії, притчі, приклади з міфології чи особистого досвіду фахівця можуть виконувати функцію «дзеркала», у якому клієнт бачить себе з нової перспективи.

Парадоксальність як інструмент терапевтичного впливу

Парадоксальні інтервенції — це методи, які свідомо суперечать очікуванням клієнта або усталеним нормам логіки. Вони спираються на роботи В. Франкла (парадоксальна інтенція), М. Еріксона (гіпнотичні парадокси), а також теорії гештальттерапії, де симптом може трактуватись як засіб контакту зі світом.

Парадоксальні техніки використовують: «приписи симптому» — пропозиція свідомо відтворити симптом, що знижує його інтенсивність; зміщення фокусу уваги — просити клієнта зосередитися не на проблемі, а на тому, як її погіршити; гіперболізацію — доведення ситуації до абсурду для її розрядки.

Теоретично парадоксальні інтервенції працюють через механізм когнітивного дисонансу (Л. Фестінгер), що стимулює клієнта до переосмислення своїх установок і поведінкових схем.

Практична ефективність в умовах реабілітації

Застосування метафор, символів, парадоксів дозволяє клієнту уникнути повторної травматизації, обійти опір, залучити ресурси несвідомого. Ці підходи особливо ефективні в роботі з: людьми в стані посттравматичного оніміння; дітьми та підлітками; особами з обмеженим доступом до вербального вираження емоцій; клієнтами, які втомилися від «раціональних порад».

Таким чином, аналоговість, метафоричність і парадоксальність — це не лише декоративні прийоми, а глибоко теоретично обґрунтовані методи психологічного впливу, що дозволяють активізувати мотивацію до змін навіть у складних умовах життєвої кризи.

Засвоєння принципів та понять через рольову гру

Одним із ефективних інструментів формування мотивації до змін у контексті психологічної реабілітації є рольова гра. Цей метод має глибоке теоретичне обґрунтування та широкі можливості практичного застосування. Він базується на активному включенні клієнта в імітацію певних життєвих ситуацій, що дає змогу не лише навчати, але й трансформувати поведінкові патерни та внутрішні уявлення про себе та інших.

Теоретичне підґрунтя рольової гри:

Теоретично рольова гра базується на ідеях соціального конструктивізму, психодрами (Дж. Морено), соціального навчання (А. Бандура) та когнітивно-поведінкової терапії. У психодрамі рольова дія використовується для актуалізації несвідомих переживань та опрацювання внутрішніх конфліктів. Соціально-когнітивна теорія підкреслює значення моделювання поведінки як механізму засвоєння нових стратегій.

Основні функції рольової гри в реабілітації:

- **Навчальна функція:** засвоєння нових моделей поведінки, розвиток соціальних навичок.
- **Корекційна функція:** опрацювання неадаптивних схем реагування, формування альтернативних стратегій.
- **Діагностична функція:** виявлення прихованих конфліктів, потреб, емоційних реакцій.
- **Мотиваційна функція:** підвищення суб'єктивного відчуття компетентності, усвідомлення ресурсів.

Принципи ефективного використання рольової гри:

1. **Безпечний простір** – створення атмосфери довіри, де клієнт може експериментувати без страху осуду.
2. **Добровільність участі** – мотивація до участі повинна бути внутрішньою.
3. **Поступовість** – починати з менш емоційно насичених ситуацій, поступово переходячи до більш глибоких.
4. **Рефлексивне обговорення** – після гри проводиться аналіз пережитого, висновки, що формують новий досвід.

Види рольових ігор у реабілітаційній практиці:

1. **Реалістичні соціальні ситуації:** відтворення сцен з повсякденного життя (спілкування з лікарем, влаштування на роботу, конфлікт у родині).
2. **Терапевтичні казки:** моделювання ситуацій у вигаданому світі (актуально для дітей і підлітків).
3. **Групові рольові взаємодії:** розігрування сценаріїв у малих групах для формування навичок командної взаємодії.

- **Ігри з моделюванням внутрішніх частин «Я»:** діалог між частинами особистості, що конфліктують (актуально в гештальт- і транзактному аналізі).

Практичне значення:

У реабілітаційній роботі рольова гра дозволяє клієнту не лише «проговорити» проблему, а й прожити її в альтернативному ключі, отримавши новий досвід у контрольованих умовах. Це стимулює нейропсихологічні процеси пластичності, формує нові нейронні шляхи, що підтримують адаптивні форми поведінки. Таким чином, рольова гра – це не лише метод активного навчання, а й потужний психотерапевтичний інструмент, що сприяє глибокому особистісному зростанню та формуванню внутрішньої мотивації до змін.

Принципи та підходи роботи з мотивацією в практичній психології

Мотивація є центральним конструктом у психологічній реабілітації, оскільки саме внутрішній намір до змін і відновлення забезпечує ефективність усіх психокорекційних впливів. Практична психологія, базуючись на численних емпіричних і теоретичних напрацюваннях, розробила комплекс принципів та підходів до роботи з мотиваційною сферою клієнта, які сьогодні широко застосовуються в реабілітаційній практиці.

Теоретичні основи мотивації

Психологічна теорія мотивації включає низку парадигм:

- **Гуманістична теорія А. Маслоу:** мотивація як ієрархічна структура потреб, де реалізація базових фізіологічних та безпекових рівнів відкриває можливість для самоактуалізації.
- **Теорія самодетермінації (Р. Райан, Е. Десі):** підкреслює значення трьох базових потреб — автономії, компетентності та пов'язаності. Задоволення цих потреб веде до формування внутрішньої мотивації, що є найстійкішою формою рушійної сили змін.
- **Когнітивна теорія мотивації (Д. Вайнер, А. Бандура):** акцентує на ролі атрибутів та очікувань результату. Саме очікування контролю над ситуацією підвищує мотивацію до дії.
- **Екзистенційно-гуманістичний підхід (В. Франкл):** вважає пошук сенсу головним мотиваційним чинником людини, особливо в умовах кризи або втрати.

Принципи роботи з мотивацією в реабілітаційній практиці:

1. **Принцип суб'єктності:** клієнт розглядається не як об'єкт втручання, а як активний суб'єкт змін. Він має бути залучений до процесу прийняття рішень, формування цілей та вибору методів роботи.

2. **Принцип індивідуалізації:** мотиваційні чинники є унікальними для кожної людини. Робота має ґрунтуватися на аналізі життєвої історії, ціннісних орієнтацій, особистісного профілю.
3. **Принцип позитивної перспективи:** необхідно акцентувати увагу клієнта на майбутніх позитивних результатах, бажаному образі себе, успішному досвіді в минулому.
4. **Принцип емоційного включення:** ефективна мотивація можлива лише тоді, коли клієнт емоційно залучений у процес — через наратив, метафору, рольову гру або візуалізацію.
5. **Принцип циклічності:** мотиваційна динаміка не є сталою, а змінюється в залежності від етапу реабілітації. Психолог має враховувати періоди регресу, апатії та кризи.

Практичні підходи:

Мотиваційне інтерв'ювання (Міллер, Ролнік): це клієнт-центрований, напівструктурований метод діалогу, що має на меті вирішення внутрішньої амбівалентності клієнта та посилення його внутрішньої мотивації. Основними техніками є відкриті запитання, рефлексивне слухання, узагальнення, підтвердження сили клієнта.

Гештальтпідхід до мотивації: наголос на актуалізації незавершених гештальтів, що блокують мотиваційний ресурс. Робота із «тут-і-тепер» досвідом дозволяє клієнту виявити справжні внутрішні прагнення.

Когнітивно-поведінковий підхід: формування чітких цілей, розробка стратегій подолання бар'єрів, робота з ірраціональними переконаннями. Важливу роль відіграє техніка "позитивного підкріплення".

Наративна модель: допомагає клієнту переосмислити свій життєвий шлях, виділити моменти сили, відновити відчуття цілісності через переказ історії життя в новому ключі.

Коучинговий підхід: орієнтований на активізацію потенціалу, постановку конкретних досяжних цілей, стимулювання саморефлексії та відповідальності за зміни.

Таким чином, робота з мотивацією в практичній психології є глибоко індивідуалізованою, динамічною і міждисциплінарною. Вона включає як емоційну підтримку, так і когнітивне структурування, як досвід особистої присутності, так і стимулювання до рефлексії й дії.

Орієнтація на вирішення як один з ефективних сучасних підходів у реабілітаційній психології та психотерапії

Орієнтація на вирішення – це сучасний практичний напрям у психотерапії, який фокусується не на проблемах, а на пошуку ресурсів, винятків, потенціалу та бажаного майбутнього. Метод був започаткований Стівом де Шейзером та

Інес Берг у 1980-х роках і швидко знайшов визнання серед фахівців, які працюють у контекстах короткотривалої допомоги, кризового втручання та реабілітації.

Теоретичні витоки та парадигма підходу

Підхід виріс із конструктивістської психології та постмодерного бачення особистості як активного суб'єкта, здатного самостійно інтерпретувати свій досвід. Він заперечує необхідність детального аналізу проблеми, замість цього концентруючись на тому, що працює, та як посилити дієві аспекти поведінки чи мислення. У його основі – принципи:

- **Клієнт має ресурси** – кожна людина має внутрішній потенціал для змін.
- **Маленькі зміни призводять до великих** – достатньо запустити позитивний цикл.
- **Не обов'язково розуміти проблему, щоб її вирішити** – важливіше знати, що допоможе.
- **Фокус на винятках** – коли проблема не діяла, або діяла менше.
- **Формулювання цілей у позитивному ключі** – зосередження не на «уникненні», а на «досягненні».

Інструменти орієнтації на вирішення

1. **Шкалювання** – клієнт оцінює свій стан за шкалою від 0 до 10, що дає змогу візуалізувати прогрес і визначити наступні кроки.
2. **Питання про винятки** – дослідження моментів, коли проблема не виявлялась.
3. **Питання про бажане майбутнє** – опис ідеального стану, до якого прагне клієнт.
4. **Питання про ресурси** – виявлення внутрішніх і зовнішніх опор (люди, досвід, якості).
5. **Компліменти та підкріплення** – підтвердження сили та здібностей клієнта.
6. **Метафоричні техніки** – образ «життя після змін», «міст у майбутнє», «світло в кінці тунелю».

Практичне значення в реабілітаційній психології. Орієнтація на вирішення особливо цінна у роботі з: людьми, які втратили сенс життя; клієнтами з хронічними проблемами, де немає швидких рішень; пацієнтами після катастроф, травм, інвалідизації; особами з втраченим відчуттям контролю.

У реабілітації даний підхід дозволяє: швидко встановити робочий альянс між психологом і клієнтом; зменшити фокус на патології та повернути увагу до сили та гідності людини; створити візію майбутнього, яка мотивує до дії; підвищити ефективність втручання без заглиблення у травматичний досвід.

Дослідження підтверджують, що solution-focused підхід: скорочує тривалість терапії; знижує рівень емоційної дистресу; підвищує суб'єктивне відчуття ефективності; сприяє покращенню якості життя клієнтів у довготривалій перспективі. Із точки зору нейропсихології, орієнтація на вирішення стимулює активацію префронтальної кори, відповідальної за планування, прийняття рішень і самоконтроль. Це дозволяє клієнту сфокусуватися не на страхах, а на діях.

Таким чином, орієнтація на вирішення – це не лише техніка, а світоглядна позиція психолога, яка базується на вірі в людину, її здатність адаптуватися, навчатися й відновлюватися навіть після серйозних втрат.

Робота з ресурсами та їх евакуацією в реабілітаційній психології

Робота з ресурсами є однією з центральних стратегій сучасної психологічної реабілітації, яка орієнтується не лише на усунення симптомів або подолання проблем, а й на активізацію внутрішнього потенціалу особистості. Поняття «ресурс» у психології має як загальнонаукове, так і прикладне значення, що включає в себе особистісні, соціальні, когнітивні, емоційні, тілесні, духовні та культурні складові.

Згідно з теорією психологічної резилієнтності (А. Вергейлі, Е. Ваністендаель), ресурси – це внутрішні або зовнішні фактори, які сприяють адаптації людини до кризових або травматичних умов. Позитивна психологія (М. Селігман, Б. Фредріксон) розглядає ресурсність як здатність особистості зосередитися на сильних якостях і створювати позитивні емоції навіть у несприятливих умовах. У контексті транзактного аналізу ресурс пов'язаний із функціонуванням «дорослого» Я та доступом до вільної енергії особистості.

Класифікація ресурсів у реабілітаційному процесі:

- **Внутрішні ресурси:** віра у власні сили, надія, витривалість, навички саморегуляції, гумор, життєвий досвід, здатність до навчання.
- **Міжособистісні ресурси:** підтримка сім'ї, друзів, групи, фахівців.
- **Зовнішні ресурси:** матеріальні умови, доступ до медичної, соціальної, освітньої допомоги.
- **Екзистенційні ресурси:** духовність, сенс життя, місія, культурна ідентичність.

Евакуація ресурсів у психологічній реабілітації – це процес виявлення, усвідомлення та активізації вже наявних у клієнта потенціалів, які з певних причин залишаються «прихованими», «замороженими» або «виключеними» зі свідомого користування. Цей термін умовно відображає процес «порятунку» ресурсів із несвідомого чи глибоко інтегрованого досвіду.

Методи евакуації та активації ресурсів:

1. **Ресурсні бесіди** – цілеспрямовані діалоги, спрямовані на пригадування успішного досвіду, особистих досягнень, ситуацій подолання.
2. **Арттерапія** – візуалізація сили, безпеки, цінностей через символічну творчість.
3. **Метод «ресурсного місця»** – створення в уяві безпечного простору, пов'язаного з відчуттям підтримки та енергії.
4. **Тілесно-орієнтовані техніки** – відчуття сили у тілі, зміцнення відчуття присутності в «тут-і-тепер».
5. **Психодрама та рольові методики** – проживання ролі сильного, впевненого, турботливого «Я».
6. **Наративна практика** – перезапис особистої історії з фокусом на моменти сили, а не травми.

Значення роботи з ресурсами в реабілітації

Підхід до роботи з ресурсами змінює саму філософію допомоги: від «боротьби з дисфункцією» – до «підтримки потенціалу». Він сприяє: зміцненню відчуття контролю над власним життям; відновленню самооцінки; формуванню нової ідентичності — не як «жертви», а як «людини, що справляється»; мобілізації енергії до дії; формуванню нової наративної структури життя. Теоретичне обґрунтування ефективності цієї стратегії включає також концепції нейропсихологічної пластичності: повторна активація ресурсного досвіду формує нові нейронні зв'язки, зміцнюючи патерни адаптивної поведінки.

Таким чином, робота з ресурсами та їх евакуацією – це фундаментальна складова психологічної реабілітації, яка дозволяє не тільки повернути людині внутрішню цілісність, але й закласти основу для посттравматичного зростання.

Парадоксальні підходи в реабілітаційній психології є стратегічно важливими засобами зміни перспективи мислення клієнта, зменшення психологічного опору, активації внутрішніх сил до змін. Ці методи зумовлені логікою нелінійного мислення та діалектичною природою психологічного зростання: у кризі часто прихований потенціал до розвитку.

Теоретичні джерела парадоксального підходу

- **Екзистенційна логіка В. Франкла:** принцип парадоксальної інтенції – спроба навмисно викликати симптом, що парадоксально зменшує тривогу перед ним.
- **Гіпнотичні моделі М. Еріксона:** використання парадоксу для створення терапевтичної метафори та спрямування клієнта до самостійного рішення.
- **Гештальтпідхід (Ф. Перлз):** робота з протилежностями в особистості, конфліктами між частинами «Я» через техніки «порожнього стільця», діалогу.

- **Системна сімейна терапія (Пало-Альто група):** принцип «втручайся у систему так, щоб вона змінилася сама» – через порушення звичних моделей поведінки.

Механізми дії парадоксальних інтервенцій. Створення когнітивного дисонансу (Л. Фестінгер), що примушує особу переглянути власні переконання. Зменшення психологічного тиску через зміщення фокусу проблеми. Активація творчого потенціалу через нестандартні реакції. Трансформація симптомів у ресурс.

Основні методи парадоксальної мобілізації:

1. **Парадоксальна інтенція** – клієнта просять навмисно загострити симптом (наприклад, посилити тривогу), що веде до зниження його інтенсивності.
2. **Гіперболізація** – перебільшення переживання до абсурду, що знижує його значущість.
3. **Парадоксальне завдання** – наприклад: «спробуйте залишити все як є ще тиждень». Це знижує спротив і відкриває внутрішню готовність до змін.
4. **Зміна контексту** – перенесення симптоматичного досвіду у нову метафоричну рамку (наприклад, страх як вартівий змін).

Практична ефективність у реабілітації. Парадоксальні методи особливо ефективні у випадках: високого психологічного опору; хронічної неефективності прямої інтервенції; психосоматичних симптомів; нав'язливих думок, тривожних очікувань; закритих систем поведінкових або реляційних патернів. Психологічно ці інтервенції працюють через виклик мислення «за межами рамки», що відкриває нові внутрішні перспективи. Крім того, вони формують досвід контролю над ситуацією, навіть коли вона сприймається як неконтрольована. Згідно з сучасними нейропсихологічними даними, парадоксальні техніки активують мережі конфліктного моніторингу в мозку (anterior cingulate cortex), що відповідають за оцінку новизни, помилок і переосмислення. Таким чином, парадокс як інструмент має не лише психологічну, а й нейрофізіологічну основу.

Таким чином, парадоксальні підходи – це не провокація чи маніпуляція, а цілеспрямоване, етично вмотивоване втручання, яке допомагає клієнту вийти з тупика, відновити гнучкість мислення та запустити процес внутрішньої трансформації.

Використання сучасних інтеграційних методів у роботі з мотивацією в реабілітаційній діяльності. Сучасна реабілітаційна психологія дедалі частіше відмовляється від жорсткої орієнтації на одну теоретичну школу, віддаючи перевагу інтегративному підходу. Інтеграція у психотерапії – це не лише суміш технік, а свідоме й методологічно обґрунтоване поєднання різних підходів задля досягнення максимальної ефективності, адаптованої до потреб конкретного клієнта. У контексті мотиваційної роботи це має особливе значення, оскільки

мотивація – багаторівневе, багатовимірне явище, яке потребує комплексного впливу.

Інтеграція ґрунтується на концепції метатеоретичного мислення, яке передбачає вміння фахівця «читати» клієнта через призму кількох моделей:

- біопсихосоціальної (Дж. Енгель);
- екзистенційно-гуманістичної (В. Франкл, К. Роджерс);
- когнітивно-поведінкової (А. Бек, А. Елліс);
- психодинамічної (Фрейд, Юнг, Адлер);
- наративної (М. Вайт, Д. Епстон);
- тілесно-орієнтованої (А. Лоуен, П. Левін);
- позитивної психології (М. Селігман, Б. Фредріксон).

Інтеграція передбачає гнучкість, чутливість до контексту, а також готовність відступити від жорсткої процедури задля автентичної взаємодії з клієнтом.

Переваги інтеграційного підходу у роботі з мотивацією

- **Універсальність:** дозволяє адаптувати інтервенції до типу особистості, типу проблеми, фази реабілітації.
- **Багатопрофільність:** враховує тілесні, емоційні, когнітивні та соціальні аспекти.
- **Гнучкість:** реагує на зміну динаміки клієнта, опору, стану.
- **Ефективність:** поєднання технік підвищує ймовірність досягнення результату.

Приклади інтеграційних методів мотиваційної роботи

1. Психоедукація + тілесна практика – наприклад, навчання навичкам регуляції дихання в поєднанні з поясненням нейрофізіології тривоги.
2. Когнітивно-поведінкова корекція + арттехніки – зміна ірраціональних переконань через техніку «ресурсного кола».
3. Наративна техніка + елементи психодрами – переписування особистої історії з програванням ключових моментів.
4. Методи мотиваційного інтерв'ювання + гештальт-інтервенції – робота з опором через діалог між частинами «Я» у форматі відкритих запитань.
5. Коучинг + екзистенційний пошук смислу – поєднання постановки цілей із дослідженням особистісного сенсу досягнень.

Інтегративна практика базується на нейропсихологічному принципі мультисенсорної активації: чим більше каналів сприймання та дій залучено, тим вищою є ймовірність створення стійкого мотиваційного патерну. Вона також відповідає критерію екологічної валідності — відповідності методів реальним потребам і контексту життя клієнта.

Таким чином, використання сучасних інтеграційних методів у мотиваційній роботі дозволяє максимально ефективно адаптувати втручання до конкретної людини, її цілей, цінностей і життєвої ситуації, забезпечуючи при цьому глибоку та стійку позитивну динаміку.

Виживання, сенс життя та реабілітація

Одним із найглибших вимірів психологічної реабілітації є екзистенційний: питання про сенс життя, роль страждання, внутрішню здатність людини витримувати та долати труднощі. Цей аспект особливо важливий у випадках глибоких втрат, травматичних подій, руйнації життєвих цілей і уявлень.

Теоретичне підґрунтя: логотерапія і екзистенційна психологія

В. Франкл, засновник логотерапії, доводив, що основною мотиваційною силою людини є пошук сенсу. Його особистий досвід виживання в концтаборі засвідчив, що навіть в умовах крайнього страждання людина може зберігати гідність і внутрішню свободу. Сенс життя, за Франклом, не «видається» ззовні, а відкривається через: дію (творчість, праця); переживання (кохання, краса, природа); ставлення до неминучого страждання.

Екзистенційні психологи (І. Ялом, Р. Мей) розглядають сенс як динамічну конструкцію, що народжується у взаємодії з життєвими труднощами. Страждання, як парадоксально це звучить, може стати ґрунтом для духовного зростання та внутрішнього переосмислення.

Психологічна структура переживання сенсу життя:

- **Когнітивний компонент** – усвідомлення життєвих цінностей, відповідей на питання «для чого я живу?»;
- **Емоційний компонент** – почуття цілісності, натхнення, надії;
- **Поведінковий компонент** – дії, спрямовані на реалізацію обраного шляху.

Сенс як ресурс для виживання. Дослідження показують, що відчуття сенсу життя: підвищує стійкість до стресу; знижує ризик депресії та ПТСР; сприяє ефективнішому подоланню хронічних хвороб; підвищує якість життя в реабілітаційних умовах. Формування сенсу не є одномоментною дією – це процес, який психолог супроводжує через діалог, наратив, символічні практики (листування, метафори, образи). Зміна сенсової структури життя часто є головним етапом у виході з посттравматичної стагнації.

Методи підтримки сенсотворення:

1. **Екзистенційне інтерв'ю** – відкрите обговорення питань буття, свободи, смерті, відповідальності.
2. **Техніка «поворотних точок»** – аналіз ситуацій, які змінювали бачення себе і світу.
3. **Пошук цінностей** – метод «ціннісного ранжування», створення особистої карти цінностей.

4. **Майбутнє як візія** – уявлення бажаного майбутнього, написання «листів із майбутнього».
5. **Духовна рефлексія** – робота з питаннями віри, надії, зв'язку з трансцендентним.

Практичне значення в реабілітації. Психолог, що працює в реабілітаційному контексті, повинен не лише підтримати адаптацію клієнта до нового стану, а й допомогти відновити цілісність і суб'єктність. Це можливо лише через повернення до сенсожиттєвих орієнтирів, формування нової особистісної місії після кризи. Таким чином, тема сенсу життя є не абстракцією, а потужним мотиваційним фактором. Вона забезпечує виживання не лише фізичне, а й духовне – допомагає людині знову відчувати себе активним творцем свого життя, попри всі втрати і виклики.

Важливість нестандартних підходів. Стандартизовані методи мають обмежену ефективність у ситуаціях: коли клієнт має нетипову структуру реагування; коли пряме втручання не дає результату; коли особа не приймає допомоги у звичних форматах; коли йдеться про травми, які не піддаються вербалізації.

Форми нестандартних інтервенцій у мотиваційній роботі

1. **Казкотерапія** – створення або інтерпретація історій, які символічно відображають внутрішні конфлікти й шляхи їх подолання.
2. **Інсценування парадоксальних рішень** – розігрування ситуацій із несподіваними розв'язками, що виводять із ригідних патернів.
3. **Психологічне моделювання майбутнього** – створення колажів, мап бажань, сценаріїв майбутніх подій.
4. **Гумористичні втручання** – техніки, що використовують елемент абсурду або жарту для зняття емоційної напруги.
5. **Застосування неформальних медіа** (фільмів, музики, мемів) – як каналу доступу до внутрішнього світу клієнта.
6. **Техніки «перевернутого діалогу»** – коли психолог виступає в ролі адвоката симптомів, стимулюючи клієнта до самозахисту змін.

Етичні рамки нестандартної роботи. Важливо, щоб усі нетипові інтервенції: базувалися на емпатії та повазі до автономії клієнта; були попередньо узгоджені в межах робочого альянсу; мали терапевтичну мету та прозору логіку застосування; підкріплювали суб'єктність, а не маніпулювали нею.

Практична ефективність. Індивідуальний і нестандартний підхід особливо корисний для клієнтів, які мають: високий рівень креативності або інтуїції; негативний досвід попередньої психотерапії; специфічну мовну або культурну ідентичність; труднощі з довірою або вербалізацією почуттів.

Таким чином, застосування індивідуального підходу й нестандартних інтервенцій у реабілітаційній психології не є опозицією до науки, а навпаки – її гуманістичним продовженням. Це вияв здатності психолога бути гнучким, чуйним і творчим у відповіді на виклики, які постають перед кожною конкретною особистістю на шляху до відновлення.

Використання мотивуючих історій у реабілітології

Мотивуючі історії – це один із найбільш емоційно заряджених і водночас м'яких інструментів психологічної реабілітації. Вони базуються на здатності людини до ідентифікації, емоційного співпереживання, перенесення сенсів і символів на власну ситуацію. Через історії відновлюється зв'язок із внутрішніми ресурсами, посилюється віра в можливість змін, відкривається нова перспектива бачення себе та світу.

Мотивуючі історії опираються на:

- **Теорію наративної психології** (Д. Бруннер, М. Вайт): особистість конструює себе через історії; змінюючи наратив – ми змінюємо сприйняття себе й власного досвіду.
- **Теорію соціального навчання** (А. Бандура): спостереження за моделлю, яка успішно подолала труднощі, сприяє підвищенню самоєфективності.
- **Гуманістичну парадигму**: кожна особистість має потенціал до розвитку, і цей потенціал пробуджується через емпатійний контакт.

Функції мотивуючих історій у реабілітації:

1. Ресурсна – пробудження надії, оптимізму, згадування про силу, якої раніше вистачало для подолання.
2. Когнітивна – формування нових пояснень і смислів, які допомагають переосмислити травму.
3. Емоційна – емоційне відреагування, катарсис, звільнення від почуття безсилля.
4. Мотиваційна – активізація внутрішньої енергії до змін, зміна фокусу з пасивного страждання на активну трансформацію.

Джерела мотивуючих історій:

Реальні приклади подолання – історії з життя клієнтів (анонімізовані), громадських діячів, героїв війни, волонтерів, спортсменів.

Міфи й легенди – архетипічні сюжети, що резонують із глибинною структурою психіки.

Авторські притчі – створені психологом або клієнтом метафоричні тексти.

Кінематограф, література, театр – фрагменти, що містять ключові смислові маркери.

Методика використання мотивуючих історій:

1. Підбір історії відповідно до проблеми й запиту клієнта.
2. Розповідь із паузами для рефлексії, діалогу.
3. Обговорення того, що відгукнулося, які асоціації виникли.
4. Переходження до власної історії клієнта – «що з цього стосується мене?»
5. Закріплення сенсу – творче завдання, письмова робота, візуалізація.

Нейропсихологічні дослідження підтверджують, що оповіді активують не лише мовні, а й емоційні та моторні зони мозку. Це сприяє формуванню інтегрованого досвіду. Крім того, історії активують дзеркальні нейрони, що підсилює ефект емпатії й переносу. Саме тому мотивуючі історії здатні запускати реальні процеси змін – внутрішніх і зовнішніх.

Таким чином, мотивуючі історії є не лише інструментом натхнення, а глибоким психотерапевтичним засобом, що діє на рівні уяви, емоцій, ідентичності. Вони сприяють не лише «підняттю духу», а й реальній реконструкції внутрішньої моделі себе як особистості, здатної долати виклики й жити наповнене, осмислене життя навіть після втрат і травм.

Побудова мотивуючих історій у психологічній реабілітації – це не просто акт розповіді, а цілеспрямована, структурована форма психотерапевтичного впливу. Її ефективність значною мірою залежить від дотримання принципів, які забезпечують емоційну залученість, релевантність і інтеграцію змісту історії у внутрішній світ клієнта.

Принципи побудови мотивуючих історій:

1. **Принцип релевантності (збігу з життєвим контекстом клієнта)** Історія має відображати ситуацію, яку клієнт здатен ідентифікувати як подібну до своєї. Це дозволяє виникнути ефекту переносу, «впізнавання» себе в героєві. Важливо враховувати вік, стать, культурний контекст, соціальні умови.
2. **Принцип ідентифікації з героєм** Головний герой має бути «звичайною людиною», а не ідеалізованою фігурою. Його шлях має включати помилки, сумніви, внутрішню боротьбу – те, що наближає його до реального досвіду клієнта. Герой – це дзеркало, у якому клієнт бачить себе не в слабкості, а в потенціалі змін.
3. **Принцип конфлікту і трансформації** Історія повинна мати чітку динаміку: початок — складна ситуація, середина – пошук або криза, завершення – вихід, зростання, перетворення. Психологічна реабілітація розпочинається там, де є точка зламу – і мотивуюча історія повинна пройти цей шлях у стислій, зрозумілій і глибокій формі.

4. **Принцип метафоричності** Використання метафор, символів, образів дозволяє обійти опір свідомості, активізувати несвідоме і розширити інтерпретаційне поле. Метафора дає змогу клієнту «вийти за рамки» власного досвіду і знайти нове прочитання себе.
5. **Принцип відкритості фіналу** Історія має завершуватись так, щоб у клієнта залишалася свобода для власного осмислення. Це може бути відкрита кінцівка, недосказаність, запрошення до роздумів. Така форма пробуджує внутрішній діалог.
6. **Принцип етичності й емпатії** Історія не повинна містити принижень, моралізаторства, тиску чи маніпуляції. Її тон – м'який, підтримувальний, поважачий досвід клієнта. Важливо, щоб вона не ставила надто високих вимог, а натомість підсилювала внутрішню гідність.

Практичне застосування принципів: створення індивідуальних історій «під клієнта» на основі його реального або бажаного досвіду; терапевтичне переписування негативного сценарію у формі альтернативної історії; групова побудова історії в реабілітаційній групі як колективна підтримка; робота з архетипами (герой, мандрівник, цілитель, учень) у побудові наративу змін.

Таким чином, мотивуюча історія – це не лише емоційна розповідь, а структурована психотерапевтична інтервенція. Побудована за вказаними принципами, вона здатна стати імпульсом до глибокого внутрішнього перетворення, допомагаючи клієнту знайти себе – сильного, цілісного, здатного до життя попри втрати.

Тема 4. Наративна реабілітологія: прикладні аспекти

Поняття про наративність

Наративність – це здатність людини осмислювати, структурувати й передавати власний досвід через історії. У психології цей термін стосується того, як особистість формує своє уявлення про себе та світ, інтегруючи окремі події життя в зв'язний наратив. За Д. Брунером, наративна форма мислення – це базовий спосіб організації досвіду, альтернативний до логіко-аналітичного мислення. Люди живуть у світах, створених через мову, і саме розповіді про себе є тими інструментами, за допомогою яких ми формуємо свою ідентичність.

У контексті психологічної реабілітації, наративність дає змогу клієнту перетворити хаотичний травматичний досвід на осмислену структуру, де з'являються причинно-наслідкові зв'язки, моральні висновки, елементи зцілення та зростання. Наративи допомагають повернути відчуття безперервності життя, яке зазнало руйнації через кризу або травму.

Наративність дозволяє: формувати відчуття ідентичності; відновлювати контроль над життям через переказ подій; «переписувати» болісні події з новою інтерпретацією; виявляти внутрішні ресурси та точки опори; інтегрувати новий досвід у вже існуючу особистісну структуру; усвідомити повторювані патерни поведінки, їх значення та джерела.

Наративна рефлексія є способом самозцілення: розповідаючи про себе, особа ніби знову збирає себе після травматичного досвіду, «перепакує» біль у новий сенс, що дозволяє йому бути включеним у життєвий сценарій, а не витісненим у несвідоме.

Наративність у немедикаментозній психотерапії та реабілітології

У сучасній практиці психотерапії та реабілітації наративна парадигма посідає центральне місце серед немедикаментозних підходів. Її основна перевага – в індивідуалізації досвіду, повазі до суб'єктивної реальності людини, можливості працювати навіть із глибоко прихованими конфліктами через м'яку інтерпретацію. Цей підхід уникає директивності та «виправлення» клієнта, натомість він запрошує особистість до спільного переосмислення власного досвіду. У наративній психотерапії (М. Вайт, Д. Епстон) центральним є поняття «домінуючої історії», яка часто є негативною, травматичною або обмежувальною. Завдання фахівця – допомогти клієнту побачити «альтернативні історії», що вже є у його досвіді, але не були помічені чи визнані. Психотерапевт виступає не як експерт, а як «співредактор» історії, сприяючи її збагаченню й переписуванню.

У реабілітології це означає: переведення фокусу з діагнозу на особистість; формування нового сценарію життя після травми чи втрати; підсилення

агентності клієнта – здатності бачити себе не лише як «жертву», а як активного діяча свого життя; зниження потреби в медикаментозному втручанні через емоційне розвантаження й побудову сенсу; трансформацію уявлень про власні можливості й обмеження.

Переваги наративного підходу в реабілітації: мінімальна інвазивність, м'який характер втручань; сумісність із іншими психотерапевтичними методами (гештальт, когнітивна терапія, арттерапія); висока етичність і повага до автономії клієнта; опора на реальні внутрішні ресурси клієнта, а не зовнішню норму; активне залучення клієнта до процесу – як оповідача, свідка та редактора власного життя.

Таким чином, наративність у реабілітації – це не лише техніка, а спосіб мислення, що формує основу тривалого зцілення через перетворення досвіду на значущу історію життя. Її гуманістична природа відкриває доступ до глибинного рівня мотивації та самоусвідомлення, що є базовими передумовами для ефективної реабілітації. Наративність у немедикаментозній психотерапії та реабілітології

Аналогія та метафора в наративній реабілітології

Аналогія та метафора – це ключові інструменти наративного підходу, що дозволяють впливати на глибинні структури психіки. Вони працюють не через логіку, а через уяву, асоціації та емоційне резонування. Саме тому їх часто називають «мовою несвідомого».

Метафора (від грецьк. "перенесення") – це спосіб опису одного явища через інше, пов'язане з ним образно. Аналогія – це подібність між різними за суттю речами, яка дозволяє перенести сенси з одного контексту в інший. У наративній реабілітології метафора використовується для формування нових смислів і внутрішньої трансформації переживання.

Теоретичні джерела:

- Дж. Лакофф і М. Джонсон у праці "Метафори, якими ми живемо" доводять, що наше мислення глибоко метафоричне, і саме через метафори ми структуруємо реальність.
- В. Франкл підкреслює значення смислотворення через символіку та образи, як засіб знаходження сенсу в межах ситуацій.
- У гештальтпідході метафора – це спосіб «обходу» психологічного опору, доступ до заблокованих емоційних шарів.

Метафора допомагає клієнту: безпечно вивести болісні теми у символічну площину; пережити досвід у непрямій формі (через героя, ситуацію, символ); активізувати внутрішні ресурси (наприклад, образ дерева, що вистояло у бурі); побачити альтернативну інтерпретацію подій.

Приклади вживання метафори:

- Реабілітація як подорож, у якій клієнт проходить «темний ліс» і знаходить «дорогу додому»;
- Симптом як «внутрішній сторож», що сигналізує про потребу змін;
- Стан тривоги – як «розбурхане море», яке можна навчитися «перепливати».

Таким чином, метафора й аналогія виступають не лише як прикраси мови, а як трансформаційні засоби впливу в наративній реабілітації. Вони дозволяють не вказувати клієнту шлях напряду, а натомість запрошують його побачити власну ситуацію з нового, ресурсного ракурсу. Її гуманістична природа відкриває доступ до глибинного рівня мотивації та самоусвідомлення, що є базовими передумовами для ефективної реабілітації. Наративність у немедикаментозній психотерапії та реабілітології

Приклади вражаючих історій про успішну реабілітацію людини

Використання реальних або наближених до реальності історій про подолання травм, хвороб або життєвих криз є важливою складовою наративної реабілітації. Вражаючі історії виконують функцію «живих прикладів», які знімають бар'єри безнадії, допомагають клієнту емоційно «підключитися» до досвіду іншого й побачити можливість змін у власному житті. Їх сила полягає у щирості, правдивості, глибокій людяності та трансформації через випробування.

Структура історій з реабілітаційним потенціалом:

1. **Початкова криза:** подія, яка різко змінює звичний життєвий перебіг – травма, діагноз, втрата, катастрофа.
2. **Стан «дна»:** період розгубленості, втрати сенсу, знецінення, страждання, депресії.
3. **Поворотна точка:** неочікуване усвідомлення, допомога, внутрішній імпульс, зустріч із людиною, фахівцем, символом.
4. **Поступова зміна:** адаптація, вивчення себе заново, прийняття, встановлення нової мети.
5. **Становлення нового «Я»:** перехід від «жертви» до активного суб'єкта життя, поява нового смислу.

Приклади історій:

- Історія військовослужбовця, який після важкого поранення й ампутації пройшов шлях реабілітації, повернувся до спорту та став паролімпійцем.
- Історія жінки, яка втратила дитину й зазнала тяжкої депресії, але змогла через досвід втрати знайти нову ідентичність у волонтерстві та допомозі іншим жінкам.

- Історія підлітка з розладом харчової поведінки, який через арттерапію, групову підтримку та роботу з ідентичністю зумів змінити ставлення до себе, прийняти тіло та знайти визнання через творчість.

Принципи використання історій:

- **Дотримання етичності** – історії повинні бути адаптовані, анонімізовані або дозволені до використання.
- **Дозування** – історія не повинна бути нав'язливою, її слід вводити обережно, з урахуванням емоційного стану клієнта.
- **Адаптація під запит** – історія має співпадати з темою, що є актуальною для клієнта в даний момент.

Теоретичне обґрунтування ефекту історій:

Теорія наративної ідентичності (Д. МакАдамс): люди формують уявлення про себе через наративи, і приклад успішної трансформації іншого змінює структуру власної оповіді.

Механізм дзеркальних нейронів (Дж. Ріццолаті): емоційне «проживання» історії іншої людини активізує подібні зони мозку, як у власному досвіді.

Таким чином, приклади успішної реабілітації виступають не як мотиваційна риторика, а як психотерапевтичний інструмент, що дає клієнту відчуття надії, перспективи, приналежності до світу, де зміни можливі навіть після глибоких втрат.

Використання рефреймінгу в реабілітології

Рефреймінг (від англ. *reframing* – «зміна рамки») – це психологічна техніка, спрямована на зміну сприйняття події, ситуації або досвіду шляхом переосмислення її змісту в новому контексті. В реабілітаційній практиці рефреймінг є потужним інструментом, який допомагає клієнтам віднайти нові сенси, адаптуватися до змін і активізувати внутрішні ресурси.

Рефреймінг базується на кількох ключових теоретичних напрямках:

1. **Когнітивна теорія Аарона Бека**: дистрес породжується не стільки самими подіями, скільки їх когнітивною інтерпретацією. Зміна інтерпретації – тобто «рамки» – змінює й емоційний стан.
2. **Теорія конструктивізму** (Дж. Келлі, Г. Мадаунс): людина активно конструює реальність через уявлення, очікування й оцінки. Рефреймінг дозволяє «перебудувати» ментальні конструкції, що блокують розвиток.
3. **Нейролінгвістичне програмування (НЛП)**: у цьому підході рефреймінг розглядається як зміна контексту або значення, що впливає на поведінку та

емоції людини. Р. Бендлер і Д. Гріндер визначають два основні типи рефреймінгу: контекстуальний і змістовний.

4. **Теорія позитивної дезінтеграції К. Дабровського:** кризи і труднощі є етапами розвитку, які при правильному осмисленні ведуть до зростання. Рефреймінг дає можливість бачити не лише втрату, а й точку потенційної трансформації.

Види рефреймінгу:

1. **Контекстуальний рефреймінг** – перенесення ситуації в інший контекст, у якому вона набуває позитивного або нейтрального значення. *Наприклад:* «Ваша надмірна тривожність – це також вміння передбачати й захищати себе в небезпеці».
2. **Змістовий рефреймінг** – зміна інтерпретації самої події або поведінки. *Наприклад:* «Це не поразка – це ваш перший крок у новому напрямку».
3. **Ідентифікаційний рефреймінг** – переосмислення уявлень про себе. *Наприклад:* замість «я втратив усе» → «я залишився з досвідом, який допоможе побудувати нове».
4. **Наративний рефреймінг** – зміна історії, яку людина розповідає про себе. Це часто відбувається через реконструкцію подій у формі терапевтичного діалогу чи письмових практик.

У роботі з клієнтами, які пережили втрату, травму, тяжку хворобу чи радикальну зміну життєвого сценарію, рефреймінг допомагає: зменшити емоційний дистрес; переосмислити стереотипи безнадії або самозвинувачення; знайти позитивні сторони зміненого стану; створити новий життєвий сюжет, де клієнт не жертва, а активний суб'єкт; відновити відчуття сенсу та контролю над життям.

Приклади рефреймінгу в реабілітології:

- **Після травми:** «Це кінець мого звичного життя» → «Це початок нового шляху, у якому я відкриваю себе заново».
- **Після ампутації:** «Я більше не зможу бути повноцінним» → «Я навчився приймати себе, і тепер можу дати підтримку іншим».
- **Після залежності:** «Я зруйнував своє життя» → «Цей досвід дав мені розуміння, що справжнє життя тільки починається».

Етичні застереження. Рефреймінг не повинен знецінювати реального болю клієнта. Він має бути емпатійним і своєчасним, базуватися на діалозі, а не нав'язуванні нової перспективи. Психолог має орієнтуватися на готовність клієнта до переосмислення, поступово вводячи альтернативні інтерпретації.

Рефреймінг стимулює нейропластичність мозку, активізує префронтальну кору, відповідальну за раціональне мислення, і гальмує гіперактивність лімбічної системи, знижуючи інтенсивність емоційних реакцій на травматичні спогади.

Наративний метод у реабілітології

Наративний метод у психології – це підхід, який розглядає особистість як автора власної історії, що надає сенс подіям свого життя. У реабілітаційній психології наратив використовується як спосіб реконструкції особистісної ідентичності після втрати, хвороби, травми чи соціального виключення.

Джером Брунер стверджував, що люди не лише пізнають світ, а й надають йому значення через оповідь. Історія допомагає упорядковувати досвід, пояснювати причинно-наслідкові зв'язки, а також – осмислювати себе як суб'єкта дії. **Майкл Вайт і Девід Епстон** – засновники наративної терапії – вказували, що проблеми виникають, коли життя людини обмежене «домінантною історією», яка зосереджена на болі, безнадії чи втратах. Завдання терапевта – допомогти сформувати «альтернативні історії», які підкреслюють силу, витривалість і ресурси. У реабілітології наратив – це не лише техніка, а й онтологічна рамка, в якій особистість «перепишує» себе після змін, що зачепили тілесний, соціальний або психологічний статус.

Етапи застосування наративного методу:

1. **Озвучення домінантної історії:** виявлення того, як клієнт інтерпретує свою ситуацію (часто – як історію втрати, жертви, безнадії).
2. **Деконструкція дисфункційного сюжету:** постановка запитань, що допомагають поставити під сумнів негативні шаблони.
3. **Виділення ресурсних епізодів:** навіть у важкій історії є моменти сили, витримки, підтримки – ці епізоди підкреслюються.
4. **Побудова нової історії:** разом із клієнтом формулюється альтернативна версія – історія подолання, розвитку, майбутнього.
5. **Інтеграція через повторення:** клієнт закріплює нову історію у вигляді письмових завдань, символічних дій, малюнків тощо.

Практична цінність у реабілітації: допомагає відновити почуття контролю над власним життям; активізує процеси рефлексії та самопізнання; стимулює нейропсихологічну інтеграцію травматичного досвіду (через надання йому логіки та сенсу); дозволяє клієнту стати автором, а не пасивним героєм реабілітаційного процесу.

Проективність та інтроективність психіки людини

Розуміння проективних та інтроективних механізмів є важливим для ефективного використання наративного підходу в реабілітаційній практиці. Ці поняття походять із психоаналітичної традиції та є фундаментальними у вивченні способів, за допомогою яких людина опрацьовує власний досвід.

Проекція – це психічний механізм, завдяки якому суб'єктивний досвід, емоції або внутрішні конфлікти несвідомо приписуються зовнішнім об'єктам. У

реабілітаційній психології це може виявлятися у таких формах: клієнт «звинувачує» зовнішні обставини або інших людей у своїх стражданнях; пережитий страх або біль транслюється через вигадані або символічні образи (наприклад, у наративі про «зраду тіла» після травми).

Проективні техніки (малюнок, метафоричні асоціативні карти, історії з відкритим фіналом) дозволяють обійти свідомий контроль і отримати доступ до глибинних установок і переживань клієнта.

Інтроекція – це процес психічного «поглинання» зовнішніх норм, переконань, емоцій, які згодом сприймаються як власні. У травмованих клієнтів інтроекції часто містять: установки типу «я більше нічого не вартий», «я тягар», «мене не можна любити»; знеособлені цінності, які були нав'язані оточенням і стали токсичними; інтерналізований сором або провина.

Використання наративного підходу дозволяє усвідомити інтроекти та критично їх переосмислити, відкинути або перетворити на адаптивні форми. Замість «я тягар» – клієнт поступово формулює «я той, хто відновлюється», «я маю історію, яку варто розповісти».

У поєднанні: проективність дає доступ до внутрішнього матеріалу у безпечній формі; інтроективність – ключ до виявлення і трансформації глибинних переконань; обидва процеси є необхідними в роботі з наративом, оскільки саме на їх основі змінюється суб'єктивне бачення себе, інших і майбутнього.

Принцип дії аналогії та метафори в психологічному супроводі

Аналогії та метафори є фундаментальними засобами мислення, комунікації та психологічного впливу. Їх використання у психологічному супроводі – не просто стилістичний прийом, а глибокий когнітивно-емоційний механізм, що дозволяє клієнтові опрацьовувати досвід опосередковано, без прямої конфронтації з травматичними змістами.

Дж. Лакофф і М. Джонсон у своїй концепції метафоричного мислення довели, що метафори не є суто мовними фігурами, а відображають глибинні структури мислення. Ми «бачимо» життя як шлях, емоції як рідини, конфлікти як битви – і це формує наше сприйняття себе та світу. **Мілтон Еріксон** використовував метафору як гіпнотичний інструмент, вважаючи її шляхом до підсвідомості клієнта. Через метафору людина знаходить доступ до нових способів інтерпретації подій, які недоступні при логічному аналізі. **Гештальтпсихологія** інтерпретує аналогії як способи формування цілісних образів реальності. Аналогія виконує функцію «гештальт-заміщення», допомагаючи побачити проблему в іншому світлі, не змінюючи її суть.

Механізм дії:

1. **Безпечне наближення:** через образ або порівняння клієнт може «наблизитися» до болісної теми без прямого її називання (наприклад, розповідати не про себе, а про «маленьке дерево, що пережило бурю»).
2. **Активація правої півкулі мозку:** яка відповідає за емоції, образне мислення, інтуїцію – ключові ресурси у відновленні після травми.
3. **Ідентифікація з позитивним образом:** клієнт не лише усвідомлює проблему, а й знаходить символ виходу, джерело внутрішньої сили, опору.
4. **Рефреймінг через образ:** метафора стає «рамкою» для нової інтерпретації – наприклад, «криза як початок нового циклу», «втрата як очищення», «темрява як час для зростання».

Практичні приклади:

- Метафора рани та шраму: «Шрам не означає, що ти зламаний – він означає, що ти зцілювся».
- Аналогія з подорожжю: «Те, що здається тупиком, може бути просто тимчасовою зупинкою на шляху».
- Образи природи: «Навіть дерево, що впало, дає життя іншим істотам – воно не втрачає своєї цінності».

Етичні аспекти. Метафора має бути зрозумілою та прийнятною для клієнта (не надто абстрактною чи культурно чужою). Використання метафор вимагає делікатності, особливо у роботі з тяжкими втратами — образ не повинен знецінювати досвід.

Робота з мотивацією та сила приклада

Мотивація до змін є центральним чинником ефективної реабілітації. Проте прямий заклик до змін або інструктивна подача часто викликають опір. У цьому контексті сила приклада, реального або символічного, виявляється надзвичайно дієвою.

Соціально-когнітивна теорія Альберта Бандури підкреслює роль моделей у формуванні мотивації. Людина навчається не лише через прямий досвід, а й через спостереження за іншими. Якщо хтось подолав подібну проблему – це створює віру в можливість змін.

Модель «дзеркальних нейронів» (Дж. Ріццолаті): коли ми бачимо, як інша людина переживає, діє, трансформується – у нашому мозку активуються ті ж самі нейронні схеми, що створює передумови до ідентифікації та наслідування.

Теорія самодетермінації (Райан і Десі): мотивація формується на основі потреби в автономії, компетентності та зв'язку. Приклад іншої людини, яка пройшла через складності, часто пробуджує ці потреби – «якщо вона змогла, значить, можливо й мені».

Види прикладів у психологічному супроводі:

1. Особисті приклади фахівця — з дозованою саморозкритістю.
2. Історії інших клієнтів (анонімізовані) — як елементи наративної терапії.
3. Фільми, книги, притчі — культурні моделі, які надихають.
4. Історії близьких або «зіркових» осіб, які пройшли схожий шлях.

Механізми впливу:

- Емоційна ідентифікація: клієнт відчуває зв'язок із героєм прикладу.
- Нормалізація досвіду: «я не один», «це буває з багатьма».
- Активізація цілей: «я теж хочу відчувати щось подібне».
- Зміна внутрішнього монологу: з «я не зможу» на «можливо, зможу».

Пояснення через приклад:

Клієнт після інсульту, який втратив здатність ходити, на кожному занятті казав: «Я вже ніколи не зможу нормально жити». Психолог розповів історію чоловіка, який після подібного інсульту навчився не тільки ходити, а й танцювати. Це дало клієнту перший поштовх до зусиль. Він сказав: «Тоді я принаймні спробую».

Етичні застереження. Приклад не повинен нав'язуватись як стандарт, а подаватись як джерело натхнення. Потрібно враховувати готовність клієнта до сприйняття – приклад у фазі заперечення може викликати відторгнення. Необхідно підбирати приклад під етап відновлення: в одних випадках це буде приклад поступових змін, в інших – трансформаційного прориву.

Розповідання мотивуючих історій у реабілітації

Розповідання мотивуючих історій – це один із ключових інструментів у наративно-орієнтованій реабілітації. Цей підхід базується на ідеї, що людина краще сприймає сенси не через інструкції чи абстрактні судження, а через конкретний досвід, оформлений у форму історії. Саме історії – із їхньою емоційною логікою, динамікою та героєм – створюють найглибші зміни у свідомості та поведінці.

Наративна психологія (Т. Сарбін, Дж. МакАдамс) стверджує, що особистість формується і переосмислює себе через історії. Історії – це засіб організації ідентичності, інструмент осмислення змін, втрат і надій.

Меметична теорія Р. Докінза: ідеї, як і гени, передаються через носії – "меми". Історія є потужним мемом – вона не лише впливає, а й залишає слід у культурі, у мисленні. Мотивуюча історія – це культурний контейнер для нового способу дії.

Теорія емоційної залученості (П. Голдман, С. Томпкінс): сильні зміни в особистості виникають тоді, коли когнітивний матеріал супроводжується емоційною активацією. Історія – це спосіб «емпатійної ін'єкції».

Структурні елементи мотивуючої історії:

1. **Герой** – бажано подібний до клієнта за віком, ситуацією, темпераментом.
2. **Виклик** – криза, що змінює все.
3. **Перешкоди** – внутрішні й зовнішні.
4. **Поворотна точка** – зустріч, відкриття, інсайт.
5. **Трансформація** – новий сенс, адаптація, відновлення.
6. **Меседж** – що клієнт має винести як натхнення, опору, розуміння.

Формати розповідання: усна розповідь під час сесії; запис історії у щоденник клієнта; слухання подкасту чи перегляд відео; візуальне оформлення (колаж, комікс, сторіборд).

Приклад практичного використання. Під час групової сесії з ветеранами психолог читає історію солдата, який після травми не тільки реабілітувався, а й створив центр допомоги іншим. Це викликає обговорення, співпереживання і формує новий ракурс бачення себе: «Я не просто постраждалий — я потенційний лідер».

Побудова розповіді в реабілітаційному просторі

Побудова історії – це більше, ніж розповідь: це формування суб'єктивного досвіду в інтегровану, смислову структуру. У реабілітації цей процес критично важливий, адже він дає змогу особі, що пережила глибоку кризу, заново означити своє життя та відновити почуття цілісності.

Ерік Еріксон (теорія етапів розвитку) підкреслював, що людина має потребу «підвести підсумок» життя на кожному етапі. Побудова історії дозволяє інтегрувати фрагменти досвіду в наратив, який не руйнує, а підтримує.

Теорія реконструкції ідентичності (Херман): після травми ідентичність може бути «деформована» – людина перестає розуміти, хто вона. Історія, вибудована в безпечному терапевтичному просторі, повертає послідовність, логіку і смисл.

Особливості побудови:

1. Просторове й часово організоване середовище: кімната, де є символічні елементи (дерево змін, карти ресурсу, календар змін), стимулює асоціації.
2. Клієнт як співавтор: він не лише «розповідає», а створює – через малюнки, діалоги, схеми.
3. Місце для голосу тіла: не лише розповідь словами, а й жестами, тілесними реакціями. Це забезпечує глибшу інтеграцію.

Техніки:

- «Моя історія у трьох частинах»: минуле – перехід – теперішнє.
- «Після...» – уявна розповідь про життя після реабілітації (як формування майбутнього).
- «Історія з героями»: розподіл подій на ролі – хто допомагав, хто шкодив, хто мовчав.

Ефекти. Зниження тривожності: невідоме стає відомим. Поява наративної ідентичності: від хаосу – до порядку. Активація мотивації: клієнт бачить себе як того, хто вже щось зробив, і може більше.

Історії, вкладені одна в одну ("потрійна спіраль")

Підходи, у яких одна історія міститься в іншу, отримали в психології метафоричну назву «**потрійна спіраль**». Це техніка, яка дозволяє на кількох рівнях одночасно опрацювати зміст, емоції та приховані смисли досвіду. Такий підхід базується на поєднанні класичного наративного моделювання, елементів гіпнотерапії та міфологічної структури оповіді.

Мілтон Еріксон широко використовував техніку вкладених історій як спосіб обійти когнітивний супротив клієнта. Слухаючи історію у межах іншої історії, свідомість клієнта «відключається», а підсвідомість активізується.

Джозеф Кемпбелл (мономіф, або "подорож героя"): будь-яка трансформація має багаторівневу структуру. Внутрішня подорож героя, що в історії містить розповіді інших персонажів, резонує з особистими наративами клієнта.

У психоаналітичній традиції (**К. Юнг, Дж. Хіллман**) вкладені образи й символи активізують архетипові механізми змін.

Структура потрійної спіралі:

1. **Зовнішня історія** – нейтральна розповідь або контекст (наприклад, подорож, казка).
2. **Внутрішня історія** – розповідь героя в історії: тут починається паралель із клієнтом.
3. **Глибинна історія** – символічне, алегоричне або емоційне ядро: урок, зміна, смисл.

Ця побудова дозволяє розгортати зміст повільно, даючи клієнту можливість асоціювати себе з героєм на етапі, який йому психологічно доступний.

Приклад. Психолог розповідає про мандрівника, який шукав джерело в горах. Під час шляху він зустрічає старого, який розповідає йому іншу історію – про хлопця, що втратив голос, але навчився говорити через малюнки. У фіналі

з'ясовується, що той хлопець – і є мандрівник. В результаті клієнт сам асоціює себе з цим шляхом від втрати до перетворення.

Переваги техніки:

- Можливість обходу опору – коли пряма розмова викликає напруження.
- Підвищення асоціативного мислення – історія стає простором внутрішньої символіки.
- Глибока інтеграція переживань – особливо корисна при роботі з посттравматичним досвідом.

Використання "лапок" у розповіді

Використання «лапок» у наративному супроводі – це техніка, що походить із практики непрямой комунікації та психолінгвістики. У реабілітаційному середовищі вона використовується для відокремлення певних фраз, думок, суджень від тотожності з клієнтом, а також для створення метапозиції – позиції спостерігача.

Григорій Бейтсон (логічні типи комунікації) показав, що смисл залежить не лише від змісту, а й від того, у якій *рамці* цей зміст подається. «Лапки» – це форма комунікативної рамки.

У **гештальтпідході** використання «власної мови» клієнта в лапках допомагає перенести думку з першої до третьої особи: «Я невдаха» → «Ти кажеш собі “я невдаха”». Це зменшує ідентифікацію з деструктивною установкою.

Метапозиція як елемент когнітивно-поведінкової терапії: «лапки» створюють дистанцію між думкою та особистістю, дозволяючи бачити думку як об'єкт для аналізу, а не абсолютну істину.

Приклади застосування: Клієнт говорить: «Я нікому не потрібен». Психолог відповідає: «*Тобі часто в голові звучить фраза “я нікому не потрібен”?*» Це зменшує силу узагальнення і дозволяє почати критичний аналіз.

Під час наративного переформулювання: «*Ти довго жив у історії, де “все марно”. А якби ми подивилися на це ззовні?*»

Функції «лапок»:

1. Дистанціювання від деструктивних ідентифікацій.
2. Активізація метамислення – мислення про власне мислення.
3. Підготовка до рефреймінгу – адже спочатку треба усвідомити зміст, що домінує.

Практичні зауваг: Лапки» мають бути контекстуально доречними — не висміювати, а відокремлювати. Супроводжуються емпатією, інакше клієнт може сприйняти це як знецінення. Вони підходять для усного мовлення, письмових завдань, інсценізацій.

Аналогові мітки – це невербальні або напіввербальні сигнали, символи, образи, які позначають зміни у стані клієнта, переходи між фазами розповіді чи ключові точки у реабілітаційному процесі. Вони функціонують як точки навігації у психологічному просторі й активізують правопівкульні, емоційно-образні процеси.

У **теорії подвійного кодування (А. Пайвіо)** розрізняють вербальні та образні системи обробки інформації. Аналогові мітки працюють на рівні образної системи, «вбудовуючи» емоційно важливі сигнали у процес наративу.

М. Еріксон у гіпнотерапії використовував аналогові сигнали (жест, інтонація, пауза, дотик) як спосіб глибшого впливу на підсвідомість клієнта — саме в ці моменти підсилюється дія ключових тверджень.

У **гештальтпідході** аналогові мітки проявляються у вигляді тілесних реакцій, жестів, повторюваних образів, які маркують «нерозв'язані гештальти» або навпаки – початок інтеграції.

Приклади аналогових міток. Психолог перед важливим фрагментом розповіді трохи змінює темп мовлення, робить паузу або посилює погляд. У клієнта повторюється символ (наприклад, образ моста), що супроводжує різні етапи наративу. Малюнок, у якому повторюється одна деталь (вода, двері, вікно) – це теж аналогова мітка несвідомого процесу.

Функції:

1. Упізнавання змін: клієнт (усвідомлено або ні) орієнтується на мітку як сигнал переходу.
2. Фіксація станів: аналогова мітка «запам'ятовує» новий досвід.
3. Зворотний зв'язок: мітки фіксують несвідомі сигнали готовності до змін.

Застосування: у арттерапії (повторювані образи в роботах клієнта); у наративному письмі (повторення ключового слова, фрази як лейтмотиву); у терапевтичному діалозі (маркери тембру, інтонації, жестів); як терапевтичні об'єкти (камінці, фігурки, які клієнт використовує на сесіях).

Патерни та імпровізація в наративній реабілітології

Патерн – це впізнаваний, повторюваний шаблон (поведінковий, мовний, сюжетний), який має структуру і функцію. У реабілітаційній роботі важливо балансувати між використанням усталених патернів і імпровізацією – щоб зберігати психологічну безпеку клієнта, але водночас підтримувати творчість та гнучкість мислення.

К. Левін говорив про «динамічні поля поведінки», в яких діють сили, що підтримують або змінюють стан. Патерн – це стабільна структура поля. Імпровізація – чинник динамічного зрушення.

У гештальтпідході патерн – це «незавершений гештальт», що повторюється. Його ідентифікація – шлях до розуміння базового конфлікту. Імпровізація – це спосіб завершення або переоформлення гештальту.

Наративна психологія вказує, що люди будують своє «я» як сюжет, який має структуру. Але якщо структура жорстка – вона обмежує розвиток. Імпровізація в розповіді – це шанс вийти за межі старого сюжету.

Застосування патернів:

Ритуальні початки або завершення історій (наприклад: «Колись...», «І з того часу...»).

Класична структура "криза – героїчна дія – результат".

Типові запитання або вправи, що створюють безпеку (наприклад, «Яка була найсильніша подія цього тижня?»).

Значення імпровізації. Адаптація під клієнта: нові слова, образи, ситуації, які резонують тут і тепер. Виявлення нових ресурсів: клієнт імпровізує, відкриваючи несподівані сторони себе. Руйнування патологічних циклів: через порушення передбачуваності з'являється шанс на трансформацію.

Приклад. Під час сесії клієнт вперше згадує, що колись мріяв стати музикантом. Психолог імпровізує – просить уявити цю історію, якби вона була симфонією. Клієнт починає імпровізовано описувати «першу частину», «крецендо» – і це стає початком нової наративної структури.

Баланс у роботі:

- Патерни = структура, передбачуваність, опора.
- Імпровізація = життєвість, автентичність, сміливість.

У наративній реабілітації важливо вміти поєднувати ці два полюси – бо саме в їх динаміці й народжується нова ідентичність клієнта.

Тема 5. РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ХРОНІЧНИХ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Характеристика психологічних факторів виникнення психосоматичних захворювань та їх психологічні прояви

Поняття психосоматичних захворювань виникло на стику медицини, психології та нейрофізіології й означає такі соматичні порушення, у виникненні або перебігу яких вирішальну роль відіграють психологічні фактори. Вперше ідею тісного зв'язку психіки й тіла висунув **Фрейд**, далі вона розвивалась у працях **Ф. Александера**, **Ф. Дойча**, **Й. Гейнротта**, і стала основою психосоматичної медицини ХХ століття.

У сучасній психології психосоматика розглядається як модель мультифакторного впливу, в якій емоційні, когнітивні, поведінкові та нейробиологічні процеси впливають на функціонування внутрішніх органів і систем.

Основні психологічні фактори виникнення психосоматичних порушень:

1. Хронічний стрес – довготривала активація стресової реакції порушує регуляцію вегетативної нервової системи, гормонального балансу, імунної відповіді.
2. Алекситимія – неспроможність усвідомлювати та вербалізувати емоції, яка часто призводить до соматичних симптомів.
3. Конфліктні установки – несвідомі внутрішні суперечності, що призводять до тілесного вираження психічного напруження.
4. Ригідність копінг-стратегій – нездатність адаптивно реагувати на труднощі.
5. Тривожно-депресивна симптоматика – емоційне виснаження знижує адаптаційні ресурси організму.

Психосоматичні «мішені» (органи-мішені): серцево-судинна система (гіпертонія, ішемічна хвороба); травна система (виразкова хвороба, синдром подразненого кишечника); шкіра (псоріаз, atopічний дерматит); органи дихання (астма); ендокринна система (цукровий діабет другого типу).

Психологічні прояви при психосоматичних захворюваннях: підвищена емоційна напруженість, тривожність; відчуття безвиході, зниження контролю над тілом; порушення сну, апетиту; тенденція до соматизації конфлікту (тобто перенесення психологічного болю на фізичний рівень); уникнення або емоційне «відключення» від тіла (дисоціація); формування вторинної вигоди хвороби – увага, турбота, звільнення від відповідальності.

Отже, розуміння психологічних чинників психосоматичних розладів дозволяє в реабілітаційній практиці не обмежуватись медичним втручанням, а формувати цілісний підхід до особистості – через вплив на її емоційне життя, переконання, стилі реагування та взаємини з тілом.

Психологічні методи лікування розладів серцево-судинної та ендокринної систем, органів дихання та травлення

Психологічна реабілітація при соматичних розладах не лише підсилює медичне лікування, а й дозволяє зменшити симптоми, відновити контроль над тілом і зміцнити загальний життєвий потенціал пацієнта. Комплекс психологічних методів обирається з урахуванням типу ураження, рівня психологічного реагування на хворобу та індивідуальних особливостей особистості.

Серед найбільш поширених розладів – гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, аритмії. Ці захворювання пов'язані з тривалим психоемоційним напруженням, тривожністю, пригніченими емоціями, особливо гнівом.

Основні психологічні методи:

- **Психоедукація:** пояснення пацієнту взаємозв'язку між стресом і соматичним станом, формування усвідомлення тригерів.
- **Релаксаційні техніки:** аутогенне тренування, прогресивна м'язова релаксація (за Джекобсоном), дихальні вправи, які знижують симпатичний тонус.
- **Когнітивно-поведінкові інтервенції:** виявлення та заміна катастрофічних думок («Я не переживу черговий напад»), навчання самоконтролю.
- **Робота з емоціями (особливо з пригніченим гнівом):** через емоційно-фокусовану терапію, арттерапію, тілесно орієнтовані техніки.

Найпоширенішими є цукровий діабет (особливо II типу), тиреоїдні дисфункції. Вони потребують комплексного підходу з урахуванням поведінкової складової: самоконтролю, дотримання дієти, зміни стилю життя.

Ефективні методи:

- **Мотиваційне інтерв'ювання:** допомагає пацієнту усвідомити важливість змін і сформулювати внутрішню мотивацію до їх здійснення.
- **Психотерапевтична підтримка у прийнятті хронічного діагнозу:** зменшення страху, стигматизації, відчуття приреченості.
- **СВТ:** модифікація поведінкових патернів (зриви в харчуванні, недотримання лікування), формування навичок самостереження.
- **Тренінги асертивності, самоконтролю,** що допомагають пацієнтам утримуватись від емоційно зумовленої поведінки (стресове переїдання, ігнорування симптомів).

Психологічна складова бронхіальної астми, ХОЗЛ (хронічне обструктивне захворювання легень) включає підвищену тривожність, страх задихнутися, панічні атаки.

Методи психологічної допомоги:

- **Тренування дихальних технік** (повільне діафрагмальне дихання, метод Бутейка).
- **Когнітивна перебудова:** робота з тривожними установками.
- **Експозиційна терапія:** поступова робота з ситуаціями, які провокують паніку або уникнення.
- **Інтеграція тілесної та психічної чутливості:** допомога клієнту розпізнавати перші тілесні сигнали й діяти до загострення.

До психосоматичних розладів травної системи відносять гастрит, виразку, синдром подразненого кишечника. Часто ці захворювання пов'язані з пригніченням емоцій, гіпервідповідальністю, внутрішнім конфліктом.

Основні техніки:

- **Психосоматичне консультування:** виявлення моделей мислення, які призводять до соматичних проявів.
- **Арттерапія, кататимно-імагінативна психотерапія:** дозволяють безпечно опрацьовувати пригнічені конфлікти.
- **Гештальтпідхід:** «повернення в тіло», відновлення контакту з власними потребами.
- **Навчання навичкам відпочинку та переключення,** зменшення тотального контролю, який часто властивий клієнтам із розладами ШКТ.

Психотерапевтичні методики в реабілітації при хронічних соматичних захворюваннях

Хронічні соматичні стани мають тенденцію до психоемоційного ускладнення – це пов'язано з тривалим больовим синдромом, порушенням образу «Я», втратою функціональності та сенсу життя. Саме тому психотерапевтична робота повинна бути багаторівневою, включати вплив як на когнітивну, так і на тілесно-сенсорну сферу. Одними з найбільш ефективних технік є: аутогенне тренування, тілесно орієнтована психотерапія, навіювання та гіпноз.

Аутогенне тренування – це класичний метод автономної саморегуляції, розроблений Йоганнесом Шульцем (1932), який синтезував елементи східної медитації та західної психофізіології.

- ґрунтується на принципі зворотного впливу уявлення на фізіологію – уявлення тепла, тяжкості, спокою здатне реально змінювати тонус судин, дихання, ритм серця.

- Спирається на концепцію вегетативного зсуву: стан релаксації активує парасимпатичну нервову систему, знижуючи активацію симпатичного відділу, що домінує при стресі.

Структура тренування:

- Формули самонавіювання: «Моя рука важка... Мені спокійно... Мій пульс рівний...».
- Тривалість курсу – від 6 до 8 тижнів щоденних вправ.
- Рівні впливу – вегетативний, емоційний, м'язовий, когнітивний.

Застосування: при гіпертонічній хворобі, стенокардії; при бронхіальній астмі – як спосіб стабілізації дихання; при синдромі подразненого кишечника – як засіб відновлення вісцеральної регуляції.

Ефекти: нормалізація артеріального тиску; підвищення толерантності до болю; зменшення рівня тривоги та психосоматичної напруги.

Тілесно орієнтована психотерапія (ТОП)

ТОП – це напрям, що трактує тіло не як «об'єкт лікування», а як активний носій емоційної, перцептивної і символічної інформації. Вперше ідеї психосоматики були систематизовані Вільгельмом Райхом, пізніше – розвинуті в біоенергетичному аналізі (А. Лоуен), процес-орієнтованій терапії (А. Мінделл), соматичних практиках (Фельденкрайз, Гендлін).

- **Тіло як пам'ять:** за Райхом, м'язові затиски є «панцирем», у якому зберігаються репресовані емоції.
- **Соматична перцепція:** тілесне усвідомлення дає змогу впливати на автоматизовані патерни реакцій, які підсилюють соматичні симптоми.
- **Теорія полівегетативного балансу (П. Порджес)** – відновлення безпеки через роботу з тілом активує вентровагальний комплекс і гальмує реакцію загрози.

Практичні методи: тілесне сканування; мікрорухи (танцювальні імпровізації, соматичний діалог); терапевтичний дотик (з етичним застереженням!); емоційна робота через м'язову активність.

Приклади ефективності: при остеохондрозах, фіброміалгії – зменшення больового синдрому; при ендокринних порушеннях – стабілізація тілесного сприйняття; при функціональних розладах – відновлення тілесної інтуїції, сигнальної системи.

Навіювання – це цілеспрямоване формування у людини певного уявлення, думки чи емоційного стану без критичного опрацювання. Воно може бути використане як самостійний метод або як елемент інших підходів (гіпнозу, АТ, когнітивної терапії).

Форми навіювання:

- **Пряме:** «Ви відчуваєте спокій», «Ваше серце працює рівномірно».
- **Непряме (метафоричне):** «Ваше тіло — як корабель, що пливе спокійним морем».
- **Постгіпнотичне:** встановлення змін після виходу зі стану гіпнозу.

Теоретична основа: ґрунтується на теорії підвищеної сугестивності у стані трансування, релаксації або афекту; активізує моделі наслідування, авторитету, установки.

Застосування: зменшення страху (перед процедурою, болем, майбутнім); зміцнення мотивації до реабілітації («Ви маєте силу долати цей шлях»); покращення якості сну, зменшення соматичних скарг.

Гіпноз — це змінений стан свідомості, в якому послаблюється критичне мислення, а увага концентрується на внутрішніх образах та навіюваннях. У цьому стані людина більш відкрито приймає нову інформацію, що робить гіпноз особливо ефективним при хронічних болях, тривожних станах, соматизації.

Теоретичні основи:

- **Дисоціативна модель (П. Джанет, Е. Гіллган):** гіпноз викликає стан м'якої дисоціації, у якому активуються ресурси підсвідомості.
- **Нейрофізіологічна модель:** зменшення активності у префронтальній корі, підвищення у скроневій і тім'яній ділянках — це сприяє образному мисленню і гальмує тривожні потоки.

Застосування в реабілітації: **аналгезія** (зменшення відчуття болю); модифікація вегетативних реакцій (рівень глюкози, частота серцебиття); розблокування психосоматичних патернів; мотивування до здорових змін (у поведінці, самопіклуванні).

Гіпноз проводиться лише фахівцем, навченим у клінічному контексті. Метод має етичні межі — пацієнт повинен бути інформований, добровільно згоден, і мати змогу вийти з трансу у будь-який момент.

Поняття про картину хвороби при гострих та хронічних захворюваннях, які викликають фізичні / сенсорні обмеження

Картина хвороби (суб'єктивна модель хвороби) — це психічне уявлення людини про свою хворобу, її причини, перебіг, наслідки, можливості лікування. Це не просто знання про діагноз, а інтегрований конструкт, який включає емоції, когнітивні схеми, соціальні уявлення, тілесне відчуття себе в хворобі.

Цей конструкт впливає на: мотивацію до лікування; комплаєнтність (ступінь дотримання лікувальних приписів); психологічну адаптацію; прогноз захворювання.

Теоретичні моделі розуміння картини хвороби

- **Модель Ліч та Бейкера (Leventhal's Self-Regulation Model):** У структурі образу хвороби виділяють:
 1. **Ідентифікація** – що зі мною відбувається?
 2. **Причинність** – чому це сталося?
 3. **Хронологія** – скільки триватиме хвороба?
 4. **Контроль / лікування** – що я можу зробити?
 5. **Наслідки** – як це змінить моє життя?
- **Психодинамічні концепції (Фройд, Александер):** Хвороба може виконувати **вторинну вигоду**: зниження відповідальності, уникнення конфліктів, здобуття уваги.
- **Екзистенційна психологія (Франкл):** Хронічна хвороба ставить людину перед радикальним запитанням сенсу життя – і від того, чи знайде вона на нього відповідь, залежить подальша адаптація.

Особливості картини хвороби при гострих та хронічних процесах

Гострі захворювання. Переважає адаптивна тривога, спрямована на мобілізацію. У центрі уваги – фізичний стан, симптоми, біль. Поведінкові реакції – прагнення до швидкого лікування, очікування допомоги.

Хронічні захворювання. Формується глибша інтеграція хвороби в "Я-концепцію". Часто виникає ідентифікація з хворобою: «я діабетик», «я інвалід». Ризики: психічна інфляція хвороби, депресивні реакції, соціальна ізоляція. Водночас можливе посттравматичне зростання, переоцінка цінностей, нове «Я».

Фізичні / сенсорні обмеження та їх вплив на образ хвороби

Хвороби, що супроводжуються втратою функцій (зір, слух, кінцівки, рухливість), змінюють не лише поведінку, а й ідентичність.

Типові реакції:

- Фрустрація базових потреб (незалежність, комунікація);
- Стигматизація – внутрішня або зовнішня;
- Зміна образу тіла – відчуження, відраза, сором;
- Пошук нового сенсу існування в умовах обмеженого простору дій.

Ключові фактори, що визначають адаптацію: наявність соціальної підтримки; освіта, культурні уявлення; попередній досвід кризи; доступність реабілітаційної допомоги; гнучкість мислення, здатність до переосмислення ситуації.

Завдання психолога у роботі з образом хвороби:

1. Аналіз наративу хвороби – що клієнт розповідає про свій стан? Які метафори використовує?
2. Виявлення деструктивних переконань – «я більше не людина», «це кінець».
3. Рефреймінг діагнозу – з хвороби як вироку → на хворобу як виклик або етап.
4. Робота з образом тіла – через арттерапію, психодраму, тілесні практики.
5. Підтримка в процесі переосмислення ролі та соціального статусу.

Сенсорна, емоційна та соціальна депривація у людей з хронічними соматичними хворобами

Депривація (від лат. *deprivo* – позбавляти) у психології означає стан психічного напруження, що виникає внаслідок тривалого позбавлення важливої потреби – у русі, спілкуванні, сенсорному стимулюванні, увазі, визнанні. У контексті хронічних соматичних хвороб депривація є складовою вторинних психологічних ускладнень, які впливають на процес реабілітації, адаптацію та якість життя.

Сенсорна депривація – це обмеження потоку сенсорної інформації (зорової, слухової, тактильної, рухової), яке може бути спричинене як фізичними порушеннями, так і умовами лікування (лежачий режим, ізоляція, медичне обладнання).

Теоретичне підґрунтя:

- **Теорія сенсорної потреби (Д. Хебб, 1950-ті):** мозок потребує постійного сенсорного потоку для підтримання когнітивної активності.
- При сенсорному голодуванні виникають тривожність, агресивність, когнітивне сповільнення, втрата часової орієнтації.
- У роботах **І. Павлова** підкреслено значення умовного рефлексорного зв'язку між зовнішнім подразником і збудженням кори головного мозку: в умовах обмеження сигналів – знижується тонус ЦНС.

Прояви: підвищена чутливість до будь-якого шуму чи світла; галюцинаторні переживання (особливо у лежачих, ізольованих пацієнтів); тривожність, дратівливість, плаксивість; порушення сну, концентрації.

Уразливі категорії: пацієнти з втратою слуху, зору; лежачі після інсультів, операцій; ізольовані через імунні захворювання, онкологію.

Психологічні інтервенції:

- сенсорна стимуляція (ароматерапія, кольорова стимуляція, музикотерапія, м'які тактильні впливи);
- візуальні техніки уявлення, візуалізація природи, руху;

- рухові мікрівправи, навіть у ліжку – як компенсація втраченого стимулювання.

Емоційна депривація – це хронічний дефіцит теплих, підтримуючих емоційних контактів, співпереживання, визнання. Вона може мати як об'єктивний (відсутність близьких, ізоляція), так і суб'єктивний (відчуття емоційної покинутості) характер.

Теоретичне підґрунтя:

- **Теорія прихильності (Дж. Боулбі):** без безпечного емоційного зв'язку активується тривожна модель прив'язаності – людина стає або гіперзалежною, або повністю ізолюється.
- У концепції **базових психологічних потреб (Д. Декі й Е. Райан)** емоційна підтримка належить до ключових умов психічного здоров'я.
- У термінах **екзистенційної психології (В. Франкл)** – емоційна депривація руйнує відчуття «бути значущим для когось».

Наслідки: емоційна холодність, апатія, озлобленість; схильність до депресії, соматизації; проблеми з довірою до медичного персоналу; відмова від реабілітації, як неусвідомлений протест.

Ризикові категорії: особи, які втратили партнера або підтримуюче оточення; люди з інвалідністю, які ізолювані від родини; пацієнти у геріатричних та хоспісних закладах.

Психологічні стратегії:

- створення емоційної – фокус на емпатії, уважному слуханні, безумовному прийнятті;
- групова підтримка, психоедукація родичів;
- використання щоденників емоцій, арттерапії, проєктивних методів;
- телепсихологія – у разі неможливості фізичного контакту.

Соціальна депривація – це втрата або обмеження соціальних ролей, контактів, участі у спільноті. Для хронічно хворих це одна з найглибших криз, адже хвороба поступово «виштовхує» людину з колишньої соціальної системи: роботи, спілкування, участі у подіях.

Теоретичне підґрунтя:

- **Теорія ролей (Т. Парсонс):** хвороба накладає статус «пацієнта», що супроводжується очікуванням пасивності, залежності, соціальної обмеженості.
- **Соціальний конструктивізм (П. Бергер):** відсутність активної взаємодії руйнує «реальність буття» – людина перестає бачити себе у майбутньому.

- У моделі соціального капіталу (Р. Патнем) втрата зв'язків означає зниження довіри, безсилля, апатію.

Психосоціальні прояви: ізоляція, зниження самооцінки; почуття непотрібності; втрата звички взаємодіяти, пасивність; залежність від системи допомоги.

Шляхи подолання: реабілітаційні клуби, групи взаємопідтримки; соціальні проекти з участю пацієнтів (мистецтво, волонтерство); повернення до професійної чи часткової зайнятості; онлайн-спільноти, психоосвітні форуми, клуби за інтересами.

Отже, сенсорна, емоційна та соціальна депривація мають кумулятивний ефект, посилюючи одна одну. Відсутність зорових або тактильних стимулів призводить до емоційного згасання, а емоційна ізоляція – до соціального відчуження. Психологічна реабілітація має враховувати ці рівні водночас, забезпечуючи багатоканальний вплив, що дозволяє людині повернутися до внутрішнього та зовнішнього життя.

Особливості психологічної реабілітації хронічно соматично хворих

Психологічна реабілітація хворих із хронічними соматичними порушеннями – це цілеспрямований психокорекційний, психотерапевтичний і підтримувальний процес, що спрямований на відновлення особистісного функціонування, внутрішньої рівноваги, мотивації до життя в умовах хвороби. Основна складність у реабілітації – постійна присутність хвороби, що чинить тривалий психологічний тиск і потребує особливої стратегії супроводу.

Теоретичне підґрунтя психологічної реабілітації при хронічних захворюваннях

1. **Біопсихосоціальна модель хвороби (Дж. Енгель):** Реабілітація має охоплювати не лише фізичний стан, а й емоційну, когнітивну, соціальну складову – як взаємопов'язані рівні функціонування.
2. **Теорія адаптації (Г. Сельє, Р. Лазарус):** Хронічна хвороба порушує рівновагу в системі «особистість – середовище». Реабілітація передбачає навчання новим стратегіям подолання стресу, новим способам бути в світі.
3. **Екзистенційна модель (Франкл, Ялом):** Хронічна хвороба ставить людину перед питанням смислу життя. Психологічна підтримка має допомогти переосмислити життя не всупереч хворобі, а разом із нею.
4. **Модель посттравматичного зростання (Т. Кеш, Л. Калхун):** Деякі особистості здатні не лише адаптуватися, а й трансформуватися, віднайти нові цінності, глибше розуміння себе – це один із векторів реабілітаційної роботи.

Психологічні завдання реабілітації хронічно хворих

1. **Прийняття хвороби без тотожності з нею.** Людина має визнати факт хвороби, але не «розчинитися» в діагнозі. Завдання: розділення «Я» і «мого захворювання».
2. **Робота з негативними когнітивними схемами.** Часто хронічні хворі мають установки: «я нікому не потрібен», «я – тягар», «немає майбутнього». Завдання: виявлення та корекція деструктивних переконань (методи КПТ, рефреймінгу, наративної терапії).
3. **Підвищення самооцінки та відновлення суб'єктності.** Після травм чи втрати функції – типова знижена самооцінка. Завдання: виведення особистості з пасивної позиції, активація «здорових частин» психіки.
4. **Формування ресурсного поля.** Психолог має допомогти виявити внутрішні ресурси (пережиті кризи, віра, особисті якості) та зовнішні (підтримка, діяльність, цінності).
5. **Відновлення або перебудова соціальних ролей.** Втрата колишньої ролі (працівника, батька, коханого) створює екзистенційний вакуум. Завдання: формування нової, життєздатної ролі, яка не знижує гідності.

Методологічні особливості супроводу

- Темп роботи – адаптований: психіка хронічно хворого виснажена, тому зміни мають бути м'якими, індивідуалізованими.
- Комунікація без патерналізму: «ти не хворий, ти – людина, яка проходить особливий шлях».
- Співтворчість: клієнт – не об'єкт допомоги, а співучасник змін.
- Роль тілесного досвіду: робота з образом тіла, фізичним "Я", тілесним сприйняттям – важливий напрям реабілітації.
- Наявність кризових фаз: (відмова – протест – депресія – прийняття – переосмислення) – реабілітаційна підтримка адаптується до фази.

Специфічні труднощі реабілітаційної роботи з хронічно хворими:

виснаження мотивації через рецидиви; вторинна вигода хвороби (увага, уникнення обов'язків); складність у формуванні майбутнього образу "Я"; спротив змінам, навіть позитивним (через страх, втрачену ідентичність); відмова від допомоги – через досвід знецінення, сорому або стагнації.

Отже, психологічна реабілітація хронічно хворих – це процес підтримки особистості у трансформації, яка виходить за межі лікування. Це допомога людині не просто вижити, а віднайти себе наново в новій тілесності, соціальній системі, ролі, часі й життєвому сенсі.

Роль соціальних зв'язків та їх підтримання, діяльності та інтересу в реабілітаційному процесі

Один із ключових чинників ефективної психологічної реабілітації – якість і доступність соціальних зв'язків, а також збереження (або відновлення) діяльності, залученості та особистих інтересів. Людина, яка має ресурсні взаємини, чітку роль у соціумі та можливість реалізовуватись, краще переносить хворобу, активніше співпрацює з фахівцями, і має вищий рівень життестійкості.

Теоретичні основи значущості соціальних зв'язків у процесі реабілітації

1. **Теорія соціальної підтримки (House, Cobb).** Соціальні зв'язки забезпечують емоційне підкріплення, інформаційну підтримку, інструментальну допомогу. Вони буферизують стрес і зміцнюють самооцінку.
2. **Модель соціального капіталу (П. Бурд'є, Р. Патнем).** Соціальна включеність та взаємодія створюють «мережу довіри» – це має прямий вплив на психологічне здоров'я.
3. **Теорія інтерсуб'єктивності (Д. Штерн).** Спільність переживання, визнання, дотик, інтонація, взаємний емоційний резонанс – усе це критично важливо для відновлення внутрішнього світу після хвороби.
4. **Екзистенційна модель Франкла.** Стосунки з іншими людьми – джерело смислу життя. Коли людина відчуває, що її люблять, пам'ятають, потребують – це повертає їй гідність і мотивацію жити.

Практичне значення соціальних зв'язків у процесі реабілітації:

- Збереження приналежності до спільноти – протидіє ізоляції та стигматизації;
- Активізація співпереживання, спільного досвіду – дає змогу зменшити тягар особистого болю;
- Доступ до ресурсів (інформаційних, матеріальних, психологічних) – завдяки залученості;
- Формування «дзеркального» образу себе – бачення себе очима інших.

Значення діяльності й інтересу

Діяльність – це не лише виконання завдань, а і форма ідентичності. Хронічна хвороба часто призводить до втрати трудових або побутових функцій, що поглиблює депресію, фрустрацію, втрату сенсу.

Особистий інтерес – це маркер живого, індивідуального «Я», що протистоїть тотожності з хворобою. Якщо інтерес зникає, людина «вмирає» як суб'єкт активного життя.

Відновлення діяльності: навіть у змінній формі (онлайн-робота, волонтерство, мікрозавдання); надання символічної цінності новим діям (навіть прості побутові речі можуть бути включені у ритуал зцілення); впровадження цільового планування: «я роблю не тому, що мушу, а тому що обираю».

Відновлення інтересу: через нарративну терапію: згадування, що раніше приносило задоволення; арттерапію, фототерапію, біографічні техніки; мікропостереження за природою, тілом, запахами, звуками – повернення до тонких проявів життя.

Методи активізації соціальних контактів та інтересу в реабілітації

- Сімейне консультування: допомога родині підтримати хворого, не занурюючись у жалість або контроль.
- Групова терапія: спільність досвіду створює ефект «зцілювального кола».
- Клуби за інтересами при реабілітаційних центрах: малювання, кулінарія, настільні ігри, музика.
- Розробка «соціальних маршрутів»: фахівець із клієнтом планують повернення до соціального життя – від телефонного дзвінка до участі в події.
- Онлайн-інтеграція: для лежачих – участь у форумах, блогах, онлайн-спільнотах.

Соціальні зв'язки, діяльність та інтерес – це антидепресанти реабілітації, які не лише покращують якість життя, а й безпосередньо впливають на фізіологічне відновлення. Завдання психолога – відновити середовище відносин, у якому особистість, попри хворобу, може відчувати себе живою, включеною, потрібною.

Адаптаційні та компенсаційні процеси при хронічних соматичних захворюваннях

Хронічне захворювання – це довготривалий, часто невиліковний стан, який потребує від людини перебудови життєвої стратегії, поведінки, сприйняття себе і взаємодії зі світом. Цей процес вимагає не лише фізіологічної адаптації, а й психологічної та соціальної перебудови. Центральну роль у цьому відіграють адаптаційні та компенсаційні механізми.

Теорії психологічної адаптації

1. **Концепція психологічної адаптації (К. Роджерс, Г. Сельє).** Адаптація – це процес активного пристосування до змін зовнішнього або внутрішнього середовища, що передбачає збереження цілісності особистості при зміні обставин.

2. **Модель когнітивного опрацювання стресу (Р. Лазарус, С. Фолькман).** Ступінь адаптації залежить від оцінки ситуації як загрозливої чи контрольованої, а також від доступних копінг-стратегій.
3. **Етапна модель адаптації до втрати (Е. Кюблер-Росс).** Включає п'ять послідовних фаз: заперечення → гнів → торг → депресія → прийняття. Цей цикл характерний і для процесу адаптації до хронічного захворювання.

Адаптаційні механізми у хворих із хронічними порушеннями

- Фізіологічна адаптація: перебудова функціонування систем організму під нові умови (наприклад, зниження навантаження при серцевій недостатності).
- Когнітивна адаптація: формування нових переконань, рефреймінг, зниження катастрофізації.
- Емоційна адаптація: прийняття емоційної дійсності, робота зі страхом, тривогою, провинною.
- Соціальна адаптація: пристосування до зміненого статусу, пошук нових ролей, активізація підтримки.
- Екзистенційна адаптація: переосмислення життя з урахуванням нових обмежень, нові смисли.

Ознаки успішної адаптації: стабілізація настрою; реалістичне ставлення до свого стану; активна участь у терапії; інтерес до майбутнього.

Компенсаційні процеси

Компенсація – це процес усунення або зменшення наслідків порушеної функції через мобілізацію резервів (психологічних, фізичних, соціальних) або створення нових форм діяльності.

Види компенсації:

- **Психофізіологічна** – посилення функцій інших органів або систем (наприклад, підвищена чутливість слуху у людей із вадами зору).
- **Психологічна** – розвиток нових особистісних якостей, зміна стилю мислення, самопідтримка.
- **Соціальна** – зміна соціального середовища, діяльності, кола спілкування на адаптивніше.
- **Символічна** – трансформація втрати в джерело сенсу (приклади: письменники після втрати слуху, спортсмени після травм).

Механізми компенсації:

- **Сублімація:** перенесення енергії із втраченої сфери в іншу (наприклад, художня творчість замість фізичної активності).
- **Інтеріоризація цінностей:** перенесення фокусу з тілесного на духовне, інтелектуальне.
- **Підсилення внутрішнього локусу контролю** – відчуття, що «я впливаю на процес», навіть за умов втрати функції.

Психологічна підтримка адаптаційних і компенсаційних процесів

- **Індивідуальна терапія:** формування нової ідентичності, перенормування очікувань, рефреймінг.
- **Групова підтримка:** обмін досвідом з іншими – як форма соціального навчання компенсації.
- **Психоедукація:** навчання фізіології хвороби, ролі стресу, зв'язку між емоціями і симптомами.
- **Навчання самоспостереженню та саморегуляції:** розвиток навичок розпізнавання емоцій, симптомів, тригерів.
- **Підтримка автономії:** створення умов, за яких клієнт не залежить цілковито від допомоги інших, а має вибір і дієвість.

Адаптація і компенсація – це дві фундаментальні стратегії, завдяки яким особистість здатна функціонувати в нових умовах життя з хронічною хворобою. Завдання психолога – не «повернути до минулого стану», а допомогти побудувати нову модель себе, в якій збережено гідність, здатність до радості, цінність зв'язків і роль у світі.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) у реабілітації.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) виникла на перетині біхевіористичного підходу (І. Павлов, Б. Скіннер) та когнітивної психології (А. Бек, А. Елліс). Вона передбачає, що психічний стан, поведінка й фізичне самопочуття пов'язані між собою через когнітивні схеми, автоматичні думки та поведінкові патерни, які формуються на основі індивідуального досвіду.

Основні положення КПТ. Людина реагує не стільки на саму подію, скільки на її інтерпретацію. Психічний дистрес та тілесні симптоми зберігаються через порочне коло між думками, емоціями, тілом і поведінкою. Зміна когнітивних переконань і поведінкових стратегій змінює емоційний стан та знижує інтенсивність соматичних проявів.

КПТ як цілісна реабілітаційна парадигма:

- **Когнітивна складова:** формування раціональних установок щодо хвороби, симптомів, прогнозу.
- **Поведінкова:** зміна стилю життя, режиму, рухової активності.
- **Емоційна:** зменшення тривоги, паніки, депресивності через модифікацію мислення.

У психосоматичній медицині КПТ зайняла провідне місце завдяки: точковій спрямованості на конкретні симптоми; можливості коригувати соматоформні переконання (наприклад: «мені нічого не допоможе», «моє тіло зраджує мене»); доступності короткострокових протоколів (від 6 до 16 сесій), які є ефективними навіть при складній соматичній коморбідності.

Психосоматичні порушення, де ефективність КПТ доведена клінічно: синдром подразненого кишечника (IBS); фіброміалгія; мігрень та інші функціональні болі; бронхіальна астма; психогенний біль, серцебиття, тиск; психогенна нудота, диспепсія, задишка.

Механізми впливу КПТ у соматичних хворих

1. **Переривання порочного кола** «стрес → тривога → соматичне загострення → тривога».
2. **Зниження катастрофізації** симптомів: зміна уявлень «Це рак / смерть» на «Це стресова реакція».
3. **Зміна тілесної фокусованості (body vigilance):** переключення уваги з тілесного контролю на функціональну активність.
4. **Підвищення самоефективності (self-efficacy):** формування почуття контролю над симптомами.
5. **Формування адекватного образу хвороби та її перебігу.**

КПТ як метод профілактики соматизації

Соматизація – це несвідомий процес перетворення психологічного конфлікту у тілесний симптом. КПТ дозволяє: розпізнати й вербалізувати емоцію до того, як вона стане симптомом; навчити клієнта читати сигнали тіла, не лякаючись їх; створити нові механізми регуляції стресу (на місце болю – усвідомленість, дія, підтримка).

Переваги КПТ у реабілітації хронічно хворих. Ефективність у поєднанні з медичною терапією. Доказова база – понад 300 клінічних досліджень щодо психосоматичних порушень. Структурованість, короткостроковість. Можливість групової, дистанційної, самотійної форми терапії. Гнучкість протоколів – адаптація під різні нозології, вік, мову клієнта.

Основні КПТ-методи у роботі з соматичними пацієнтами

Метод	Опис	Реабілітаційний ефект
Психоедукація	Навчання зв'язку між стресом і тілом	Зниження тривожності, підвищення відповідальності
Моніторинг думок	Фіксація автоматичних установок	Усвідомлення впливу переконань на стан
Когнітивна реструктуризація	Перевірка хибних переконань, їх заміна	Зміна ставлення до хвороби, зменшення страху
Поведінкова активація	Поступове розширення кола активності	Відновлення дій, зниження пасивності
Техніки релаксації та майндфулнес	Навчання тілесному самоспостереженню	Зменшення соматичної гіперчутливості
Експозиція	Поступове зіткнення з унікаючими ситуаціями	Подолання тривожного уникнення

КПТ є важливим компонентом інтегрованої команди, до якої входять лікарі, фізіотерапевти, психотерапевти, медичні психологи, соціальні працівники. Вона спрямована на мотиваційну, пізнавальну і поведінкову підтримку пацієнта. Підсилює ефекти медикаментозного лікування та фізичної реабілітації. Знижує рівень госпіталізацій, медикаментозної залежності, покращує якість життя.

Когнітивно-поведінкова терапія – це не лише форма психологічної допомоги, а ключовий інструмент відновлення адаптаційної здатності людини у межах хронічної хвороби. Вона дає людині нові шляхи взаємодії з тілом, собою, симптомами й життям, формує внутрішній стрижень реабілітаційної сили.

Тема 6. РЕАБІЛІТАЦІЙНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ, ОНКОЗАХВОРЮВАННЯХ, ПРИ НЕВРОЗАХ

Онкологічні захворювання: теорії їх виникнення і розвитку

Онкологічна патологія – це не лише медична, а й глибоко психологічна подія в житті людини, яка стосується фундаментальних основ її існування: тілесної цілісності, тривалості життя, сенсу буття, страху смерті. У ХХІ столітті онкологія все більше розглядається у межах біопсихосоціальної моделі (Дж. Енгель), яка враховує: **біологічні фактори**: генетичні мутації, вірусні збудники, гормональні зрушення; **психологічні фактори**: особистісні риси, стиль реагування на стрес, алекситимія; **соціальні чинники**: ізоляція, дефіцит підтримки, культурні уявлення про хворобу.

Психосоматичні теорії виникнення онкозахворювань

1) Теорія «ракової особистості» (LeShan, Simonton). Визначає поведінковий і особистісний профіль, що асоціюється з вищим ризиком онкозахворювань: надмірна відповідальність; придушення емоцій, особливо гніву; почуття безнадійності; зниження емоційної експресивності (алекситимія); тривала втрата або емоційна травма без переживання.

2) Теорія тривалого стресу і імуносупресії (Ader, Cohen, 1970-ті). Хронічний дистрес знижує імунну активність, унеможливаючи розпізнавання та знищення онкоклітин. Стрес індукує надмірне вироблення кортизолу, що пригнічує Т-клітинну ланку імунітету.

3) Екзистенційна модель (Франкл). Втрата життєвого сенсу, порушення цілісної світоглядної позиції – не лише реакція на діагноз, а чинник зниження опірності організму.

4) Концепція онкопсихосоматики (Гроусман). Онкопсихосоматика розглядає рак як наслідок глибокої інтрапсихічної боротьби, в якій частина особистості хоче жити, а інша – втратила волю до життя. Пригнічення агресії → аутоагресія → соматичне руйнування.

Соціокультурні та когнітивні фактори виникнення хвороби

- Стигматизація раку: у суспільстві онкологія сприймається як вирок – це створює психологічний вакуум, коли хворий боїться поділитися своїм станом, не отримує підтримки, самоізолюється.
- Когнітивні схеми типу «все або нічого» сприяють виникненню стану безпорадності та дезадаптації ще до початку лікування.

Стадії пухлинного процесу, прогноз протікання, вихід Біологічні стадії онкопроцесу

- **I стадія** – локалізована пухлина, відсутні метастази;
- **II стадія** – поява регіонального ураження;
- **III стадія** – метастазування у прилеглі лімфатичні вузли;
- **IV стадія** – системне метастазування, паліативне лікування.

Кожна з цих стадій відповідає своєму психологічному сценарію, а отже – потребує специфічного психотерапевтичного підходу.

Психологічні стадії переживання онкологічного діагнозу (за Е. Кюблер-Росс). Модель «п'яти стадій горювання» застосовується до переживання втрати здоров'я як втрати частини «Я»:

1. **Заперечення** – захисна реакція на шок: «Цього не може бути».
2. **Гнів** – спрямований на лікарів, близьких, Бога: «Чому саме я?».
3. **Торг** – пошуки «чудодійного методу», домовляння з вищими силами.
4. **Депресія** – усвідомлення неминучості хвороби: емоційне занурення.
5. **Прийняття** – інтеграція діагнозу, розбудова нової внутрішньої рівноваги.

Критично важливо не змушувати клієнта «прийняти» діагноз насильно – терапевтична робота підтримує його на кожному етапі.

Фактори, що впливають на психологічний прогноз

Позитивні чинники	Негативні чинники
Соціальна підтримка	Ізоляція, відчуження
Смислова орієнтація	Втрата сенсу, екзистенційний вакуум
Гнучкість мислення	Жорсткі установки типу «все або нічого»
Довіра до лікарів	Міфи, медична фобія
Психологічна допомога	Відмова від психотерапії, уникнення емоцій

Варіанти психологічного «виходу» з онкопроцесу

1. Реабілітаційний шлях з фокусом на майбутнє – психотерапія, підтримка, планування.
2. Паліативна підтримка із збереженням гідності – екзистенційна терапія, робота з темою смерті, завершення біографії.
3. Посттравматичне зростання – переосмислення життя, активізація духовних і соціальних ресурсів.

Психологічний аспект реабілітації онкохворих: реабілітаційний потенціал та прогноз

Онкологічне захворювання викликає не лише соматичні, а й глибокі психічні наслідки, які потребують кваліфікованої психологічної підтримки. Психолог виступає не лише як консультант, а як медіатор екзистенційної, емоційної та соціальної адаптації, що дозволяє людині не лише пережити хворобу, а й зберегти свою суб'єктність, гідність, здатність до вибору.

Онкологічна патологія призводить до появи специфічного психоемоційного профілю, що включає: страх смерті і болю; втрата контролю над тілом і майбутнім; депресивно-тривожна симптоматика; зміна ідентичності («я більше не та/той, ким був»); порушення соціальних ролей; амбівалентність до лікування (одночасна віра й сумнів).

Важливо: в онкопсихології слід враховувати не лише психологічну реакцію пацієнта, а й реакцію сім'ї, партнера, дитини, медичного персоналу, які формують соціальне «дзеркало хвороби».

Реабілітаційний потенціал – це сукупність ресурсів особистості, які дозволяють зберігати або відновлювати життєву активність, психологічну стабільність і соціальну залученість, попри онкологічний діагноз.

Компоненти реабілітаційного потенціалу:

1. **Індивідуально-психологічні особливості:** адаптивність, гнучкість мислення; стиль подолання (активний / уникнення / інтерналізований); рівень тривоги, депресивності, наявність алекситимії.
2. **Емоційні ресурси:** здатність до емоційного усвідомлення й вираження; стабільність настрою, наявність позитивного афекту.
3. **Когнітивні фактори:** переконання про хворобу, очікування від лікування; смислові установки, екзистенційна орієнтація; самосприйняття: «жертва хвороби» чи «учасник процесу».
4. **Соціальні ресурси:** підтримка з боку родини, друзів, колег; участь у спільнотах, доступ до інформації.
5. **Духовно-моральні ресурси:** здатність до прощення, прийняття, внутрішньої молитви, медитації; віра в трансцендентне, символічне осмислення хвороби.

Етапи психологічної реабілітації онкопацієнтів

1. **Кризовий етап (етап постановки діагнозу).** Завдання: стабілізація стану, нормалізація реакцій, зниження страху. Методи: кризове консультування, майндфулнес, інформаційна підтримка.

2. **Етап лікування (операція, хіміо-/радіотерапія).** Завдання: супровід під час важких процедур, робота з втратою функцій. Методи: тілесно орієнтована терапія, КПТ, дихальні практики.
3. **Реабілітаційний етап (після лікування).** Завдання: відновлення життєвої активності, ідентичності, соціальних ролей. Методи: групова підтримка, нарративна терапія, психодрама.
4. **Паліативний етап (при незворотному перебігу).** Завдання: збереження гідності, завершення біографії, духовна робота. Методи: екзистенційна терапія, арттерапія, супровід родини.

Фактори, що впливають на прогноз реабілітації

Позитивні чинники	Негативні чинники
Активна життєва позиція	Пасивність, інфантильність
Довіра до медичних процедур	Медичний скепсис
Наявність життєвих цілей	Втрата сенсу
Підтримка близьких	Соціальна ізоляція
Збереження професійної або творчої діяльності	Різка зміна способу життя, самовідмова

Особливості прогнозування результатів реабілітації

Прогноз у онкопсихології не є чітко медичним: він визначається не лише тривалістю життя, а якістю психоемоційного функціонування, здатністю жити з діагнозом, підтримувати соціальні зв'язки, реалізовуватись. Завдання психолога не в «зціленні» тіла, а в розбудові гідного, змістовного, суб'єктивно цінного буття – навіть у межах обмежень.

Основні методи психотерапії, що застосовуються у онкохворих

Психотерапія при онкологічних захворюваннях має мультифункціональну мету: зниження психоемоційного дистресу; відновлення життєвої орієнтації; підтримку у прийнятті втрат (тілесних, соціальних, екзистенційних); поліпшення якості життя на всіх етапах – від діагнозу до ремісії або паліативного догляду.

Онкохворий не завжди готовий до глибокого психоаналізу чи когнітивного моделювання – тому терапевт має обирати гнучкі, делікатні, емпатійні методи, що відповідають стадії хвороби та ресурсу пацієнта.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) ґрунтується на змінюваності автоматичних думок і деструктивних схем, які спричиняють емоційний дистрес.

В онкопсихології КПТ дозволяє: зменшити катастрофізацію; перебудувати уявлення про контроль і відповідальність; стабілізувати поведінкову активність.

Приклад застосування: пацієнт із рецидивом боїться майбутнього → терапія вчить розмежовувати думки і факти, фокусуватись на теперішньому, формувати адаптивні цілі.

Екзистенційна психотерапія заснована на поглядах **В. Франкла, І. Ялома**, які трактують хворобу як екзистенційний виклик, пов'язаний з темами сенсу, свободи, відповідальності, смерті.

Цілі: пошук нового сенсу; допомога в прийнятті меж існування; підтримка гідності навіть у стані втрат і страждання.

Методи: діалог про цінності; логотерапевтичні вправи; опрацювання уявлень про смерть, пам'ять, трансцендентність.

Нарративна психотерапія людина створює свою ідентичність через історії, які вона розповідає про себе. Хвороба може «захопити» наратив і зробити його деструктивним: *«я – лише пацієнт»*, *«моє життя – це діагноз»*.

Завдання: допомогти клієнту переписати життєву історію, включити в неї досвід подолання, підтримки, мужності.

Техніки: «життєва лінія»; створення образу «персонажа-героя»; побудова альтернативних сюжетів майбутнього.

Паліативна психотерапія зосереджується на покращенні якості життя на останніх стадіях захворювання; поєднує емпатійне слухання, смислову підтримку, роботу з емоціями та ритуалами прощання.

Завдання: полегшити страждання; допомогти завершити життєві проекти; підтримати процес «внутрішнього звільнення».

Методика: надання простору для мовчання, роздумів; опрацювання почуття провини, страху; психотерапія для родини (супровід горя).

Арттерапія через невербальну експресію людина може вивільнити пригнічені емоції, трансформувати досвід.

Форми: малювання; ліплення; музикотерапія; фото- або відеотерапія.

Значення: активізація творчої функції; «переписування» тіла через образ; метафоричне переживання досвіду хвороби.

Майндфулнес та тілесно-орієнтовані практики: усвідомленість (mindfulness) дозволяє знизити тривожність, підвищити прийняття тіла та обмежень; тілесна терапія дає змогу відновити контакт із тілесністю без сорому або страху.

Методи: тілесне сканування; дихальні вправи; медитація уважності; робота з тілесною метафориною.

Групова психотерапія та підтримка. Форма роботи: створення безпечного простору для взаємопідтримки, в якому хворі діляться досвідом, розуміють, що не самі у своїх переживаннях. **Завдання:** нормалізація емоцій; зменшення стигми; створення «племені виживання».

Психотерапія в онкології – це не просто допомога у прийнятті хвороби, а підтримка особистості у збереженні гідності, суб'єктності, внутрішнього світла на всіх етапах її життєвого шляху. Успішна психотерапевтична робота активізує не лише емоційні й когнітивні ресурси, а й екзистенційні та духовні резерви, які іноді виявляються визначальними у процесі зцілення або гідного завершення.

Основні види неврозів: істеричний, неврастенічний, невроз нав'язливих станів

Невроз – це психогенний, зворотний розлад, що виникає внаслідок тривалого психотравмуючого впливу, внутрішнього конфлікту або хронічного стресу. Він не супроводжується грубими порушеннями свідомості або психотичними симптомами, але значно погіршує якість життя.

Основні характеристики неврозів: емоційна лабільність (підвищена чутливість, тривожність); соматовегетативні розлади; зниження працездатності; збереження критичності до стану; виражений зв'язок із особистісними установками. Неврози часто є фоновими або супутніми при хронічних соматичних розладах і потребують окремої психокорекції.

Класифікація неврозів (за клініко-психологічними ознаками)

Істеричний невроз (конверсійний розлад). У центрі – конфлікт між потребою у визнанні / емоційним вираженням і заборорою на це. Симптом – форма комунікації: *тіло говорить те, що заборонено сказати словами*.

Основні прояви: рухові й сенсорні порушення (псевдопаралічі, тимчасова сліпота, глухота); демонстративна поведінка, бажання бути в центрі уваги; «театр симптомів» — яскрава, емоційна презентація страждання; невідповідність між симптомом і медичним обґрунтуванням.

Психологічна суть:

- **конверсія** – перетворення психологічного конфлікту в тілесний симптом;
- **вторинна вигода** – уникнення конфліктів, здобуття турботи.

Неврастенія (астенічний невроз). Результат хронічного перевантаження нервової системи, виснаження психічної енергії, відсутності відновлення. Пов'язана з реальною або уявною перевагою (фізичною, емоційною, інтелектуальною).

Основні симптоми: постійна втома, слабкість, дратівливість; головний біль, порушення сну; зниження лібідо, апетиту; реакція на незначні подразники; відчуття роздратування з одночасною безпорадністю.

Психологічна суть: розрив між «потрібно» і «можу»; перевантаження при відсутності психологічного ресурсу.

Невроз нав'язливих станів (обсесивно-компульсивний розлад, ОКР). Конфлікт між забороненими імпульсами та надконтролем. Бажання зберегти контроль → підсилення тривоги → ритуали → тимчасове полегшення → посилення симптомів. **Основні прояви:** **обсесії** – нав'язливі думки, що виникають проти волі (наприклад, страх зараження, сумнів, агресивні образи); **компульсії** – дії, які виконуються, щоб знизити тривогу (миття рук, перевірки, рахування); усвідомлення абсурдності поведінки, але нездатність зупинити її.

Психологічна суть: боротьба з внутрішнім хаосом шляхом жорсткого контролю; страх перед втратами, помилками, втратою моральності.

Ознака	Істеричний	Неврастенічний	Нав'язливий
Домінуюча емоція	Демонстративність, істерика	Роздратування, слабкість	Тривога, страх
Симптом	Конверсія (соматичні порушення)	Хронічна втома, астенія	Нав'язливі думки/ритуали
Механізм	Конверсія, витіснення	Виснаження	Надконтроль, амбівалентність
Критичність	Часто знижена	Збережена	Висока
Вторинна вигода	Залучення уваги	Звільнення від відповідальності	Псевдоконтроль над тривогою

Значення для реабілітаційної психології. Істеричні неврози часто ускладнюють взаємодію з лікарем, провокують конфлікти, знижують комплаєнтність. Неврастенія є типовою для осіб з хронічними фізичними захворюваннями – вони швидко виснажуються, емоційно згорають. Невроз нав'язливих станів потребує структурованої роботи, часто тривалого супроводу, особливо у хроніків, які прагнуть «контролювати» лікування і симптоматику.

Теоретичне обґрунтування виникнення та розвитку невротичних станів

Психодинамічна теорія (З. Фройд, А. Фрейд, К. Хорні). Невроз виникає як результат внутрішнього конфлікту між Ід (інстинкти), Его (реальність) і Суперего (соціальні норми). Витіснення неприйнятних імпульсів → симптом. Симптом не випадковий – він має символічне значення.

Біхевіористичний підхід. Невротичні симптоми формуються як навчені реакції (через підкріплення або уникнення). Обсесії і ритуали – форма уникнення страху. Корекція: зміна асоціацій, навчання новим реакціям.

Когнітивно-поведінкова модель. Невроз розвивається через irrational beliefs (нераціональні переконання). Наприклад: «Я повинен бути досконалим», «Світ – небезпечне місце». Симптоми – результат спотвореної оцінки ситуацій.

Екзистенційна психологія. Причина неврозу – втрата сенсу, відчуження, криза автентичності. Симптоми – крик про допомогу, сигнал порожнечі. Завдання терапії – не «усунути» симптом, а допомогти знайти сенс.

Прояви істеричного, неврастенічного та обсесивно–компульсивного неврозів

Істеричний. Соматичні симптоми без органічного ґрунту (паралічі, «сліпота», тремтіння). Театральність, гіперемоційність. Швидке переключення уваги. Реакції посилюються в присутності аудиторії.

Неврастенічний. Постійна втома, дратівливість. Головний біль «шолом», відчуття «порожньої голови». Раннє пробудження, безсоння. Зниження інтересу до всього, включно з лікуванням.

Обсесивно-компульсивний. Нав'язливі думки: страх мікробів, насильства, втрати контролю. Повторювані дії (миття, перевірка, рахування). Уникнення тригерів (виходу на вулицю, контактів). Усвідомлення абсурдності, але нездатність зупинити.

Психотерапевтичні методи лікування істеричного неврозу з позицій психодинамічного напрямку

Гіпноз: вводить клієнта в стан трансу; дозволяє обходити свідомі захисти й працювати з витісненим; працює з конверсійними симптомами (психосоматикою).

Навіювання: формує установки на зміну стану (наприклад: «Тіло сильне, спокійне, контрольоване»); працює в умовах підвищеної емоційної навантаженості.

Психоаналіз: розкриття дитячих травм, витіснених бажань; робота з механізмами витіснення, перенесення, ідентифікації; тривалий процес, спрямований на реінтеграцію психіки.

Лікування неврастенічного та obsесивно–компульсивного неврозів: гештальт-терапія, короткострокова психотерапія, психодрама, НЛП, тілесно-орієнтована терапія

Гештальт-терапія

- Фокус на «тут і тепер».
- Усвідомлення потреб і їх фрустрації.
- Робота з незавершеними ситуаціями («незавершені гештальти»).

Короткострокова терапія (STPP)

- Концентрація на актуальній проблемі.
- Чіткі фокус і часові межі.
- Актуальна в умовах реабілітації, де пацієнт ослаблений.

Психодрама

- Інсценування внутрішніх конфліктів.
- Зміна ролей: хворий – лікар, дитина – батько.
- Катартус, новий досвід, інтеграція.

НЛП (нейролінгвістичне програмування)

- Робота з установками, моделюванням поведінки.
- Зміна «внутрішнього сценарію».
- Використання метафор, репрезентативних систем.

Тілесно-орієнтована психотерапія

- Робота з м'язовим панцирем (за В. Райхом).
- Зняття тілесних блоків, пов'язаних із витісненими емоціями.
- Відновлення цілісності «тіло – психіка».

Тема 7. ПСИХОЛОГІЯ ТА РЕАБІЛІТОЛОГІЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ

Психологія та реабілітологія кризових станів. Психологічний супровід кризових станів

Кризовий стан – це глибокий психоемоційний і когнітивний розлад, який виникає у відповідь на подію, що радикально порушує звичний уклад життя, і не може бути подоланий звичайними засобами адаптації. Йдеться про граничний психічний стан, в якому руйнуються смисли, внутрішня рівновага, образ «Я» і світу.

Основні риси кризового стану: втрата контролю над подіями або власною поведінкою; емоційний шок, тривога, паніка; дезорганізація мислення, параліч волі; порушення соціального функціонування; потреба в зовнішній підтримці.

У клінічному та реабілітаційному контексті кризовий стан розглядається як психологічна надзвичайна ситуація, що вимагає негайного втручання.

Психологічний супровід – це форма фахового втручання, спрямована на стабілізацію емоційного стану, забезпечення безпеки, профілактику розвитку ПТСР і супровід клієнта у поверненні до функціонального рівня життя.

Основні завдання психолога в кризі: створення безпечного простору (тут і тепер); нормалізація реакцій (інформування, що реакція – природна); вербалізація емоцій (допомога говорити, а не замовчувати); активізація ресурсів; планування наступних дій.

Методи: кризове інтерв'ювання (crisis interview); техніки стабілізації (дихання, заземлення, фокусування); робота з тілесними реакціями; короткострокова підтримуюча терапія; залучення до соціальних мереж підтримки.

У психології реабілітації прийнято класифікувати кризи за природою їх походження, інтенсивністю переживання, тривалістю та впливом на життєву ситуацію. **Класифікація за походженням (за Р. Хіллом, Г. Капланом):**

1. **Ситуаційні кризи** – спричинені зовнішніми подіями: аварії, війна, смерть близьких.
2. **Розвиткові кризи** – пов'язані зі змінами в життєвому циклі: народження дитини, пенсія, старіння.
3. **Екзистенційні кризи** – пов'язані з пошуком сенсу, зіткненням із ціннісною порожнечою.
4. **Соціальні кризи** – спричинені масовими явищами: пандемія, воєнний стан, переселення.
5. **Психопатологічні кризи** – пов'язані з наявністю психічного розладу, який загострюється.

За механізмом дії:

Гострі кризи – тривають від кількох годин до кількох діб, з домінуванням соматичних і афективних реакцій.

Хронічні кризи – пов'язані з постійною або повторюваною травматизацією, знижують психічну витривалість.

Фази проходження кризи (за Г. Капланом):

1. Початкова – спроба справитися звичними способами.
2. Загострення – порушення рівноваги, емоційна дестабілізація.
3. Мобілізація ресурсів або заглиблення в дезадаптацію.
4. Вихід – або стабілізація, або розвиток патології (невроз, ПТСР).

Ендогенні кризові стани та їх психологічний супровід

Ендогенні кризи – це внутрішньо обумовлені психоемоційні порушення, які виникають через порушення біохімічного балансу, спадкових факторів, змін у структурі особистості. Вони можуть бути частиною депресій, біполярних афективних розладів, психозів.

Особливості супроводу. Медична координація: робота в тандемі з психіатром. Психологічне інтерв'ювання в стабільній фазі. Довготривалий супровід з урахуванням епізодичності. Невтручання у гостру фазу психозу, але підтримка після.

Кризові стани, викликані сильним стресом із загрозою здоров'ю, гідності та життю

Реакція на надзвичайно сильні зовнішні подразники: ДТП, стихійні лиха, бойові дії, полон, насильство.

Симптоматика: флешбеки, нічні жахи; дереалізація; фізична симптоматика (тахікардія, гіпервентиляція); агресія, уникнення, емоційне оніміння.

Типи психотравмівних ситуацій:

- **Природні катастрофи** (повені, землетруси);
- **Техногенні катастрофи** (аварії, пожежі);
- **Соціальні катастрофи** (війна, терористичні акти);
- **Індивідуальні трагедії** (втрата близьких, зґвалтування, домашнє насильство).

Кризи життєвих втрат: смерть близької людини; втрата здоров'я, роботи; розлучення; еміграція, зміна статусу.

Супровід: етапи горювання (за Кюблер-Росс), підтримка переживання, прийняття, адаптація.

Травми пережитого насильства: психологічне, фізичне, сексуальне; довготривалі наслідки: недовіра, самозвинувачення, депресія; потреба в делікатному, структурованому втручанні.

Світовий досвід психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок психотравмівних ситуацій

- **Ізраїльська модель:** кризові центри при шпиталях, мобільні групи.
- **США:** FEMA, психосоціальні бригади на місці катастроф.
- **Європа:** інтеграція психологів у систему цивільного захисту.

Реабілітологія при екстремальних випадках: застосування технік швидкої стабілізації; мобільні психологічні пункти; групові формати допомоги, кризове консультування.

Стокгольмський синдром. Психологічний феномен: ідентифікація жертви з агресором. Виникає при полоні, викраденні, жорстокому поводженні. Реабілітація – тривала, з формуванням нових емоційних зв'язків.

Методики реабілітології в екстремальних ситуаціях: кризове інтерв'ювання; заземлення, дихальні техніки; робота з тілесними реакціями; мобілізація ресурсів через арттерапію, метафори, опору на тіло.

Психологічний дебрифінг – це метод групової обробки події. Етапи: факти – думки – емоції – нормалізація – ресурси. Профілактика ПТСР, покращення згуртованості.

Засвоєння методик у рольовій грі: симуляції кризових ситуацій; відпрацювання інтервенцій; формування швидкої реакції, емпатійної взаємодії; супервізії й аналіз ситуацій.

Психологія та реабілітологія горя: горе – нормальна реакція на втрату, яка потребує проживання; підтримка в етапах: заперечення → агресія → депресія → прийняття; групи підтримки, нарративна робота, ритуалізація.

Методи психологічної саморегуляції в діяльності практичного психолога у надзвичайних ситуаціях: техніки заспокоєння, дихання; психогігієна; рефлексивний щоденник, групова супервізія; профілактика професійного вигорання.

Посттравматичний ріст (самореабілітація): зростання після травми: нові цінності, глибші стосунки, усвідомлення сенсу; підтримка пошуку смислу, нової ідентичності; інструменти: логотерапія, екзистенційна терапія, арттерапія.

Керівні принципи МПК з психічного здоров'я та соціально-психологічної підтримки в надзвичайних ситуаціях: безпека, доступність, етичність, культурна відповідність; пріоритет базових потреб: захист, інформування, підтримка.

Американський досвід психологічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам війни: PTSD-програми (VA); когнітивна терапія травми; програми реінтеграції в суспільство; ветеранські центри, кризові лінії.

Духовно-психологічна реабілітація ветеранів війни: інтеграція духовного ресурсу; капеланство, релігійна терапія; зміцнення внутрішньої сили, переосмислення служіння.

Міжнародні стандарти соціально-психологічної реабілітації людей, що пережили полон та тортури. Стандарти ООН, WHO, IASC:

- фокус на права людини;
- відновлення контролю над життям;
- захист гідності;
- тривала терапія з акцентом на безпеку, відновлення ідентичності.

Тема 8. КОМПЛЕКСНА МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ

Відвідування та ознайомлення лікувального відділу

Лікувальний відділ – це перша ланка в міждисциплінарній системі реабілітації, яка забезпечує медичну стабілізацію стану дитини. Він не тільки виконує функції лікування, а й закладає базу для подальшої психолого-педагогічної взаємодії.

Особливості психічного стану дитини під час медичного лікування: підвищений рівень тривожності; порушення базової довіри; залежність від дорослих і фахівців; втрата контролю над тілом; часто – регресивні поведінкові реакції. Успішне ознайомлення з лікувальним середовищем знижує рівень тривожності та формує готовність дитини до включення в подальші етапи реабілітації.

Функції психолого-педагогічного відділу:

- Забезпечення психологічної діагностики;
- Розробка індивідуальних програм реабілітації;
- Проведення корекційно-розвивальних занять;
- Надання емоційної підтримки;
- Робота з батьками та педагогічним середовищем.

Структура взаємодії між фахівцями

- Психолог → діагностика + підтримка емоційної регуляції;
- Дефектолог / логопед → робота з когнітивними, мовними труднощами;
- Педагог-реабілітолог → підтримка навчального потенціалу;
- Медперсонал → консультація з приводу стану дитини.

Психологічні особливості адаптації дитини до відділу. Дитина має відчувати безпечність і сталість взаємодії. Важливо забезпечити перехідність між медичним і психолого-педагогічним простором. Перше враження формує мотивацію до подальшої участі.

Спостереження роботи психолога під час прийому

Психологічний прийом є першим етапом встановлення контакту з дитиною та її родиною. Спостереження за цим процесом дозволяє оцінити: рівень тривожності дитини; стиль батьківської взаємодії; особливості невербальної поведінки; реакції на медичне середовище.

Психолог виступає як спостерігач і фасилітатор, створюючи умови для діалогу, поступової відкритості та безпечного дослідження стану дитини.

Психодіагностика дітей з метою встановлення реабілітаційного плану

Психодіагностика виконує ключову роль у розробці індивідуального реабілітаційного маршруту. Вона має бути:

- багаторівневою (включати інтерв'ю, тестування, спостереження);
- адаптованою до віку;
- контекстуально чутливою (ураховувати стан здоров'я, емоційну виснаженість, когнітивні можливості).

Результат діагностики → психолого-педагогічна карта дитини → основа для формулювання завдань реабілітації.

Психодіагностичні методики дитячого розвитку

У психолого-педагогічній реабілітації дітей застосовуються такі інструменти:

- Шкали розвитку (Denver II, Bayley);
- Проективні методики: «Малюнок сім'ї», «Неіснуюча тварина»;
- Тестування емоційної сфери: «Смайлики», методика Люшера;
- Мовленнєві проби, тести уваги і пам'яті;
- Поводінкові спостереження в ігровому середовищі.

Головна мета – не діагноз, а виявлення потенціалу розвитку.

Методики психологічного супроводу, які використовуються в реабілітаційному центрі

- **Арттерапія** – зниження тривожності, стимулювання емоційної експресії;
- **Пісочна терапія** – робота з травматичним досвідом;
- **Казкотерапія** – корекція поведінкових патернів через символіку;
- **Групова терапія** – розвиток соціальних навичок;
- **Ігрова терапія** – особливо для дітей до 7 років.

Кожна методика обирається залежно від віку, етапу лікування та характеру труднощів.

Психологічна реабілітація девіантних дітей та підлітків

Девіантна поведінка часто є результатом поєднання соціального, психоемоційного та сімейного дисфункціоналу.

Принципи реабілітації: визнання цінності особистості; мінімізація покарання, фокус на розвиток; індивідуальна та групова терапія; робота з сім'єю; побудова альтернативної життєвої перспективи.

Психологічна реабілітація людей з вадами опорно-рухового апарату

Особливості: змінене сприйняття тіла; порушення автономності; соціальна стигматизація.

Завдання психолога: формування нового образу «Я»; підтримка адаптації в соціумі; робота з емоційною сферою; корекція самооцінки.

Реабілітація підлітків з вадами ОРА (набутими і вродженими)

- **Вроджені порушення** – викликають інколи хронічну фрустрацію через тривалу ізоляцію.

- **Набуті порушення** – пов'язані з травмою, втратою колишнього способу життя.

Психологічна підтримка: формування нової ідентичності; зниження дезадаптивних емоцій (гнів, сором, страх); розвиток стратегій подолання; групові формати «рівний – рівному».

Психологічний супровід хронічних захворювань дітей і підлітків

- Психоедукація дитини і батьків;
- Формування реалістичних очікувань від лікування;
- Підтримка дитини на етапах загострення/ремісії;
- Робота з тривогою, втратою контролю, страхом смерті;
- Збереження суб'єктності дитини попри хворобу.

**ПИТАННЯ ДО ЕКЗАМЕНУ З ДИСЦИПЛІНИ
«ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»**

1. Основні поняття реабілітаційної психології
2. Особливості впровадження реабілітаційної психології
3. Теоретичні основи реабілітаційної психології.
4. Психологічні проблеми реабілітаційної психології.
5. Умови роботи психолога в процесі реабілітації.
6. Системи психологічної підтримки особистості.
7. Основні завдання реабілітаційної психології, система реабілітаційних заходів.
8. Основні ознаки порушень в наслідок психотравмуючих ситуацій.
9. Особливості використання методів та прийомів реабілітаційної психології
10. Методи психологічної допомоги в реабілітаційній психології.
11. Особливості впровадження методів реабілітаційної психології.
12. Системи вправ реабілітаційної психології.
13. Системна психічна реабілітація після кризових станів.
14. Умови психологічної реабілітації.
15. Особливості індивідуального психологічного консультування.
16. Комплексна психологічна допомога в моменти кризових ситуацій.
17. Поняття стресу та стресостійкості
18. Стрес: історія вивчення і сучасні уявлення.
19. Крива розвитку стресової ситуації.
20. Поняття про стресостійкість.
21. Поняття психологічного стресу.
22. Психічні стресори.
23. Чинники, що впливають на розвиток психологічного стресу.
24. Види (рівні) реакцій людини на стрес.
25. Вплив індивідуальних і особистих особливостей людини на виникнення і розвиток стресу.
26. Стресові стани, їх механізми
27. Фізіологічний та психологічний стреси.
28. Психічна травма і травматичні події.
29. Три рівні впливу хронічного стресу на особистість: рівень реакцій, соціального функціонування, глибинних особистісних змін.
30. Ціннісний, інтегральний підхід до особистості у стані хронічного стресу.
31. Вплив стресу на життя людини
32. Позитивний вплив стресу на людину.
33. Негативний вплив стресу.
34. Вплив стресу на організм людини.

35. Відстрочені реакції на травматичний стрес
36. Психічна травма. Травматичний досвід.
37. Динаміка переживання травматичної ситуації.
38. Посттравматичний стресовий розлад.
39. Суїцидальна поведінка. Реакції горя.
40. Психосоматичні реакції на стрес.
41. Посттравматичний стресовий розлад
42. Історія розвитку поняття посттравматичний стресовий розлад.
43. Травматичний стрес і посттравматичний стресовий розлад.
44. Теоретичні моделі ПТСР
45. Психологічні моделі ПТСР.
46. Визначте цілі і задачі особистісно-орієнтовної психотерапії і психореабілітації.
47. Дайте визначення сугестивній психотерапії і психореабілітації.
48. Назвіть основні причини девіантної статевої поведінки підлітків та засоби її профілактики.
49. Психологія онкологічного хворого при виявленні захворювання, в період лікувального процесу та методи, способи психотерапевтичної реабілітації.
50. Психологія сліпих, глухонімих та особливості в проведенні соціально-професійної реабілітації і психологічної адаптації.
51. Особливості медико-біологічної, соціально-психологічної реабілітації девіантних дітей.
52. Психотерапевтична та реабілітаційно-адаптаційна допомога особам з гострою суїцидальною реакцією.
53. Гострі суїцидальні реакції у практично здорової людини і осіб з межовими психічними розладами та особливості при виборі методів психокорекції і реабілітаційної адаптації.
54. Форми, способи, методи психотерапевтичного та реабілітаційно-адаптаційного впливу при гострих суїцидальних реакціях.
55. Особливості невідкладної допомоги при різних суїцидальних реакціях та методи проведення психотерапевтичної і реабілітаційної допомоги.
56. Основні принципи і методи проведення психотерапії та реабілітації психічним хворим.
57. Поняття наративності в реабілітаційної діяльності психолога.
58. Принципи використання аналогій та метафор в наративній реабілітології.
59. Принципи побудови мотивуючих історій.
60. Використання рефреймінгу в реабілітології.
61. Принципи та підходи роботи з мотивацією в практичній психології.

62. Орієнтація на вирішення як з одним з ефективних сучасних підходів в реабілітаційній психології та психотерапії.
63. Робота з ресурсами та їх активізацією в реабілітаційній психології.
64. Парадоксальні підходи в активації та мобілізації реабілітаційного процесу.
65. Використання інтеграційних методів в роботі з мотивацією в реабілітаційній діяльності.
66. Роль емпатії в реабілітаційному супроводі людини з фізичними обмеженнями.
67. Поняття про картину хвороби при гострих та хронічних захворюваннях, які викликають фізичні/сенсорні обмеження.
68. Сенсорна, емоційна та соціальна депривація у людей з хронічними соматичними хворобами.
69. Роль діяльності, інтересу, відновлення, розвитку та підтримання соціальних зв'язків в реабілітаційному процесі.
70. Загальні та специфічні аспекти реабілітації при психічних хворобах.
71. Принципи профілактики та реабілітології суїцидальної поведінки.
72. Ендогенні та екзогенні кризи та їх відмінності.
73. Стадії проживання горя людиною та психологічний супровід.
74. Поняття про стокгольмський синдром та його особливості.
75. Методики реабілітології в екстремальних ситуаціях. Дебрифінг як засіб психологічного супроводу в надзвичайних ситуаціях.
78. Методики психологічної саморегуляції в діяльності практичного психолога в надзвичайних ситуаціях.
77. Ефективність комплексного підходу в системі реабілітації дитини і дорослого. Методи комплексної реабілітації в дитячому віці.
78. Методи психореабілітації пацієнта з девіантною поведінкою
79. Особливості в організації і проведенні профілактиці психогенній і екстремальних умовах.
80. Розкрийте суть медичної етики і деонтології при проведенні психотерапевтичного процесу і психореабілітації.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.]. Полтава: АСМІ, 2010. 240 с.
2. Бочелюк В.Й., Турубарова А.В. Психологія людини з обмеженими можливостями: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
3. Волошина П. В., Марути Н. О. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) / за ред.: Харків: Строков Д.В., 2016. 335 с.
4. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження) / [авт. кол. В. В. Байдик, Ю. С. Бондарук, Ю. П. Гопкало, Т. Б. Гніда, І. О. Корнієнко, Н. В. Лунченко, Ю. А. Луценко, Р. А. Мороз, І. І. Ткачук]; заг. ред. В. Г. Панка, І. І. Ткачук. Київ : Ніка-Центр, 2020. 122 с.
5. Євдокимова Н. О., Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик: навч. посіб. Миколаїв: Іліон, 2016. 341 с
6. Організація психотерапевтичної допомоги в системі реабілітації хворих та інвалідів з психічними та поведінковими розладами, кризовими станами і потерпілих в результаті техногенних аварій і катастроф в умовах реформування охорони здоров'я. методичні рекомендації. Донецьк, 2013. 83 с.
7. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с
8. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
9. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
10. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К.: ТОВ "Видавництво "Логос". 207 с.
11. Седих К. В. Основи психотерапії: навч. Посібник. Київ: Академвидав, 2016. 191 с.
12. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
13. Черненко М.І., Аршава І.Ф. Медико-соціальна і психологічна

реабілітація хворих та інвалідів. Дніпропетровськ, 2007. 606 с.

14. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: [монографія] / А. Г. Шевцов. К.: НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. 239 с.

Допоміжна

1. Александров Д. О., Левенець О. А. Психологічна допомога працівникам ОВС, які виконують службові обов'язки в екстремальних умовах діяльності. Навч.-метод. Посібн. Київ. Національна академія внутрішніх справ, 2015. URL: https://www.naiu.kiev.ua/files/kafedru/up/pidrych_psuxol-zabezp9.pdf

2. Ауто- та гетероагресивна поведінка у структурі посттравматичних психічних розладів у учасників АТО / І. Я. З. Пінчук, В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна [та ін.] // Архів психіатрії. 2016. № 3. С. 6–11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_3_3

3. Військова психологічна підготовка та реабілітація/від. військ.-соц. роботи соц.-психол. упр. Голов. упр. по роботі з особовим складом Збройних Сил України. Київ: Вид. Філюк, 2015. 495 с.

4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.

5. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

6. Давидова О. В. Майндфулнес-технології регуляції стресостійкості в роботі практичного психолога з учнями юнацького віку. Кременчук, 2022. 56 с.

7. Єгорова О. Б. Реабілітаційна психологія: курс лекцій. Навчально-методичний посібник для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія. Слов'янськ: Вид-во Б.І.Маторіна, 2018. 132 с.

8. Іванова О. Л., Пінчук І. Я., Хаустова О. О., Степанова Н. М., Чайка А. В., Пінчук А. О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту // Підтримка реформи соціального сектору в Україні /за ред. О. Л. Іванової. URL: <http://www.mvk.if.ua/cssm/29453>

9. Калініченко Я.О. Використання метафоричних асоціативних зображень «НОТІУМ (Найвідоміші Образи Та Істоти Української Міфології)» при наданні психологічної допомоги постраждалим у період воєнних дій. Хорол: ОЗ «Хорольська гімназія», 2022. –36 с.

10. Соціально-психологічна реабілітація дітей, вилучених із ситуацій

торгівлі дітьми та інших найгірших форм дитячої праці: узагальнення досвіду організацій Центральної та Східної Європи: навч.-метод. посіб. Акад. пед. наук України, Укр. наук.-метод. центр практ. психології і соц. роботи; ОБСЄ, Координатор проектів ОБСЄ в Україні. Київ: Час Друку, 2007. 116 с.

Інформаційні ресурси

1. Бібліотека Міжнародного гуманітарного університету: офіційний сайт. URL: https://mgu.edu.ua/science_library
2. Бібліотека Університету Ушинського: офіційний сайт. URL: <https://library.pdpu.edu.ua>
3. Міністерство освіти і науки України: офіційний сайт. URL: <http://www.mon.gov.ua>
4. Національна бібліотека України імені В.І.Вернадського: офіційний сайт. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/>
5. Одеська національна наукова бібліотека: офіційний сайт. URL: <http://odnb.odessa.ua>

ДОДАТКИ

Додаток А

ВИДИ ТА МЕТОДИ КОНТРОЛЮ

Види контролю	Складові оцінювання	
	Для екзамену	Для заліку
поточний контроль , який здійснюється у ході: проведення практичних (лабораторних) занять, виконання самостійної роботи, індивідуальних завдань, дослідна робота здобувача тощо.	50%	100%
підсумковий контроль	50%	

Методи діагностики знань (контролю)	фронтальне опитування; наукова доповідь, реферати, усне повідомлення, індивідуальне опитування; робота у групах; ділова гра, розв'язання ситуаційних завдань, кейсів, практичних завдань, екзамен(залік)
--	---

Додаток Б

**ОЦІНЮВАННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ТА ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ
ОСВІТИ ЗА НАВЧАЛЬНУ ДИСЦИПЛІНУ У МІЖНАРОДНОМУ
ГУМАНІТАРНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

*(поточний контроль, підсумковий контроль, загальний результат
оцінювання)*

ЕКЗАМЕН

<i>Поточний контроль</i>			
Види роботи	Планові терміни виконання	Форми контролю та звітності	Максимальний відсоток оцінювання
Систематичність і активність роботи на практичних (лабораторних) заняттях			
1.1. Підготовка до практичних (лабораторних) занять	Відповідно до робочої програми та розкладу занять	Перевірка обсягу та якості засвоєного матеріалу під час практичних (лабораторних) занять	30
Виконання завдань для самостійного опрацювання			
1.2. Індивідуальне тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою	Відповідно до робочої програми тарозкладу занять	Розгляд відповідного матеріалу під час аудиторних занять або ІКР ¹ , перевірка конспектів навчальних текстів тощо	10
Виконання індивідуальних завдань, дослідна робота здобувача			
1.3. Інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовка наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо.	Відповідно до робочої програми тарозкладу занять	Обговорення результатів проведеної роботи під час аудиторних занять, наукових конференцій та круглих столів.	10
Разом балів за поточний контроль			50
Підсумковий контроль екзамен			50
<i>Загальний результат оцінювання</i>			100

¹ Індивідуально-консультативна робота викладача зі здобувачами

Поточний контроль знань здобувачів освіти при формі контролю **екзамен** (максимум 50 балів) оцінюється за шкалою («2», «3», «4», «5»), з обов'язковим переведенням балів за кожний вид роботи таким чином:

- за підготовку до аудиторних занять (максимум 30 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості практичних (лабораторних) занять, для переведу балів за підготовку до аудиторних занять середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 6;
- за виконання завдань для самостійного опрацювання (тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою) (максимум 10 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості програмного матеріалу, що виноситься на самостійне вивчення, для переведу зазначених балів середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 2;
- за інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовку наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо (максимум 10- балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості інших видів індивідуальних завдань, для переведу балів за підготовку середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 2.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗА ПОТОЧНИЙ КОНТРОЛЬ

- «2» - виставляється за неправильну відповідь (письмову роботу), яка не відповідає змісту теми та свідчить про нерозуміння її основних положень;
- «3» - виставляється за відповідь (письмову роботу), яка відповідає змісту теми, але є неповною і неточною у визначенні понять, свідчить про неповне розуміння основних положень навчального матеріалу, свідчить про те, що знання студента мають фрагментарний, поверховий характер;
- «4» - оцінюється правильна і обґрунтована відповідь (письмова робота), з якої видно, що студент знає й розуміє теоретичний матеріал в обсязі навчальної теми, володіє необхідними навичками, не допускає суттєвих помилок.
- «5» - оцінюється повна, правильна, ґрунтовна відповідь (письмова робота) на запитання теми, що передбачає логічність і послідовність викладу матеріалу, володіння термінологією, показує вміння повно й глибоко використовувати теоретичні знання в практичній площині.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ ЗДОБУВАЧІВ ЗА ЕКЗАМЕН (максимум 50 балів)

Рівень знань оцінюється:

- від 40 до 50 балів - студент виявляє особливі творчі здібності, вміє самостійно знаходити та опрацьовувати необхідну інформацію, демонструє знання матеріалу, проводить узагальнення і висновки;
- від 30 до 40 балів - студент володіє знаннями матеріалу, але допускає незначні помилки у формуванні термінів, категорій, проте за допомогою викладача швидко орієнтується і знаходить правильні відповіді;

- 20 - 30 балів - студент відтворює значну частину теоретичного матеріалу, виявляє знання і розуміння основних положень, з допомогою викладача може аналізувати навчальний матеріал, але дає недостатньо обґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки.
- 10 - 20 балів - володіє навчальним матеріалом на середньому рівні, допускає помилки, серед яких є значна кількість суттєвих;
- 0 - 10 балів - володіє навчальним матеріалом на рівні, вищому за початковий, значну частину його відтворює на репродуктивному рівні, на всі запитання дає необґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки.

ЗАЛІК

Поточний контроль			
Види роботи	Планові терміни виконання	Форми контролю та звітності	Максимальний відсоток оцінювання
Систематичність і активність роботи на практичних (лабораторних) заняттях			
1.1. Підготовка до практичних (лабораторних) занять	Відповідно до робочої програми та розкладу занять	Перевірка обсягу та якості засвоєного матеріалу під час практичних (лабораторних) занять	60
Виконання завдань для самостійного опрацювання			
1.2. Індивідуальне тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою	Відповідно до робочої програми тарозкладу занять	Розгляд відповідного матеріалу під час аудиторних занять або ІКР ² , перевірка конспектів навчальних текстів тощо	20
Виконання індивідуальних завдань, дослідна робота здобувача			
1.3. Інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовка наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо.	Відповідно до робочої програми тарозкладу занять	Обговорення результатів проведеної роботи під час аудиторних занять, наукових конференцій та круглих столів.	20
Разом балів за поточний контроль			100

² Індивідуально-консультативна робота викладача зі здобувачами

Загальний результат оцінювання	100
---------------------------------------	------------

Поточний контроль знань здобувачів освіти при формі контролю **залік** (максимум 100 балів) оцінюється за шкалою («2», «3», «4», «5»), з обов'язковим переведенням балів за кожний вид роботи таким чином:

- за підготовку до аудиторних занять (максимум 60 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості практичних (лабораторних) занять, для переведу балів за підготовку до аудиторних занять середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 12;
- за виконання завдань для самостійного опрацювання (тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою) (максимум 20 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості програмного матеріалу, що виноситься на самостійне вивчення, для переведу зазначених балів середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 4;
- за інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовку наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо (максимум 20- балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості інших видів індивідуальних завдань, для переведу балів за підготовку середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 4.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗА ПОТОЧНИЙ КОНТРОЛЬ

- «2» - виставляється за неправильну відповідь (письмову роботу), яка не відповідає змісту теми та свідчить про нерозуміння її основних положень;
- «3» - виставляється за відповідь (письмову роботу), яка відповідає змісту теми, але є неповною і неточною у визначенні понять, свідчить про неповне розуміння основних положень навчального матеріалу, свідчить про те, що знання студента мають фрагментарний, поверховий характер;
- «4» - оцінюється правильна і обґрунтована відповідь (письмова робота), з якої видно, що студент знає й розуміє теоретичний матеріал в обсязі навчальної теми, володіє необхідними навичками, не допускає суттєвих помилок.
- «5» - оцінюється повна, правильна, ґрунтовна відповідь (письмова робота) на запитання теми, що передбачає логічність і послідовність викладу матеріалу, володіння термінологією, показує вміння повно й глибоко використовувати теоретичні знання в практичній площині.

Додаток В**КРИТЕРІЇ ЗАГАЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ
ЗДОБУВАЧІВ****(для іспиту / заліку)**

Рівень знань оцінюється:

- «відмінно» / «зараховано» А - від 90 до 100 балів. Студент виявляє особливі творчі здібності, вміє самостійно знаходити та опрацьовувати необхідну інформацію, демонструє знання матеріалу, проводить узагальнення і висновки. Був присутній на лекціях та семінарських заняттях, під час яких давав вичерпні, обґрунтовані, теоретично і практично правильні відповіді, має конспект з виконаними завданнями до самостійної роботи, презентував реферат (есе) за заданою тематикою, проявляє активність і творчість у науково-дослідній роботі;
- «добре» / «зараховано» В - від 82 до 89 балів. Студент володіє знаннями матеріалу, але допускає незначні помилки у формуванні термінів, категорій, проте за допомогою викладача швидко орієнтується і знаходить правильні відповіді. Був присутній на лекціях та семінарських заняттях, має конспект з виконаними завданнями до самостійної роботи, презентував реферат (есе) за заданою тематикою, проявляє активність і творчість у науково-дослідній роботі;
- «добре» / «зараховано» С - від 74 до 81 балів. Студент відтворює значну частину теоретичного матеріалу, виявляє знання і розуміння основних положень, з допомогою викладача може аналізувати навчальний матеріал, але дає недостатньо обґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки. При цьому враховується наявність конспекту з виконаними завданнями до самостійної роботи, реферату та активність у науково-дослідній роботі;
- «задовільно» / «зараховано» D - від 64 до 73 балів. Студент був присутній не на всіх лекціях та семінарських заняттях, володіє навчальним матеріалом на середньому рівні, допускає помилки, серед яких є значна кількість суттєвих. При цьому враховується наявність конспекту з виконаними завданнями до самостійної роботи, рефератів (есе);
- «задовільно» / «зараховано» E - від 60 до 63 балів. Студент був присутній не на всіх лекціях та семінарських заняттях, володіє навчальним матеріалом на рівні, вищому за початковий, значну частину його відтворює на репродуктивному рівні, на всі запитання дає необґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки, має неповний конспект з завданнями до самостійної роботи.
- «незадовільно з можливістю повторного складання» / «не зараховано» FX – від 35 до 59 балів. Студент володіє матеріалом на рівні окремих фрагментів, що становлять незначну частину навчального матеріалу.
- «незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни» / «не зараховано» F – від 0 до 34 балів. Студент не володіє навчальним матеріалом.

Таблиця відповідності результатів контролю знань за різними шкалами

100-бальною шкалою	Шкала за ECTS	За національною шкалою	
		екзамен	залік
90-100 (10-12)	A	Відмінно	зараховано
82-89 (8-9)	B	Добре	
74-81(6-7)	C	Задовільно	
64-73 (5)	D		
60-63 (4)	E	незадовільно	не зараховано
35-59 (3)	FX		

Методичне видання

Бедан Вікторія Борисівна

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія.

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ