

Міжнародний гуманітарний університет

**Бедан В.Б.
Меленчук Н.І.**

**ПРАКТИКУМ
З 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., Меленчук Н.І. Конспект лекцій з дисципліни «Практикум з психологічної реабілітації» (Галузь знань – 05; Соціальні та поведінкові науки; Спеціальність – 053 Психологія; Освітній ступінь – Бакалавр) / В.Б. Бедан; Міжнародний гуманітарний університет – О.: МГУ, 2024. – 75 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 «Практикум з 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 «Практикум з 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	5
Програма навчальної дисципліни «Практикум з психологічної реабілітації».	6
Структура навчальної дисципліни «Практикум з психологічної реабілітації»	9
 Зміст лекцій з дисципліни «Практикум з психологічної реабілітації».....	10
<i>Лекція 1.</i> Психологічна реабілітація як різновид комплексних заходів, спрямованих на відновлення психічних функцій	10
<i>Лекція 2.</i> Завдання психологічної реабілітації та фази реабілітаційного процесу.	14
<i>Лекція 3.</i> Особливості організації та впровадження системи раннього втручання	17
<i>Лекція 4.</i> Особливості психологічної реабілітації соматично хворих та осіб з обмеженими можливостями.....	23
<i>Лекція 5.</i> Психолого-педагогічна робота з членами сімей дітей з обмеженими можливостями.....	29
<i>Лекція 6.</i> Організація психологічної допомоги при стресових реакціях.....	35
<i>Лекція 7.</i> Психологічна реабілітація осіб з девіантною поведінкою	46
<i>Лекція 8.</i> Мотиваційний чинник в реабілітаційному процесі. Принципи та підходи роботи з мотивацією в психології.....	49
<i>Лекція 9.</i> Особливості створення програм психологічної реабілітації: підходи та методи	59
 Питання до екзамену з дисципліни «Практикум з психологічної реабілітації»	65
Рекомендована література.....	67

Додатки	69
Додаток А. Види та методи контролю	69
Додаток Б. Оцінювання здобувачів вищої та фахової передвищої освіти за навчальну дисципліну у Міжнародному гуманітарному університеті.....	70
Додаток В. Критерії загальних результатів оцінювання знань здобувачів.....	74

ВСТУП

Дисципліна «Практикум з 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.

Психологічна реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення та покращення психічного здоров'я та функціонування людини, яка пережила травму, стрес або інші психотравмуючі фактори.

Мета викладання навчальної дисципліни «Практикум з психологічної реабілітації» - розкрити значення даного курсу у структурі практичної діяльності психолога; ознайомити студентів з специфікою проведення реабілітаційних заходів; розширити теоретичні уявлення про психологічну реабілітацію та стадії реабілітаційного процесу; поглибити наукові уявлення про реабілітаційний потенціал особистості та особливості психологічного супроводу в реабілітаційних установах.

Основними **завданнями** вивчення дисципліни «Практикум з психологічної реабілітації» є: створити у студентів цілісне уявлення про процес психологічної реабілітації, його етапи, напрями та форми; забезпечити тісний взаємозв'язок теоретичного та практичного курсів навчання; сприяти формуванню у студентів навичок надання психологічної реабілітаційної допомоги; розвивати психологічну компетентність в області соціальної адаптації людини.

Вивчення курсу допомагає у особистісно-професійному становленні успішного фахівця та сприяє формуванню консультативних навичок та умінь.

Передумови для вивчення дисципліни. Дисципліна поєднує теоретичні та прикладні аспекти таких галузей знань як «Теоретичні основи психологічної реабілітації», «Загальна психологія», «Психофізіологія», «Психодіагностика», «Вікова та педагогічна психологія», «Соціальна психологія», «Основи психіатрії», «Клінічна психологія».

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Тема 1. Загальне поняття про реабілітацію. Різноманіття уявлень про реабілітацію.

Розвиток загальної концепції реабілітації. Види реабілітації. Основні принципи реабілітації: єдності біологічних та психосоціальних чинників, різноплановості, партнерства, системності, індивідуальності, перехідності тощо. Психологічні та соціальні чинники в структурі лікування та реабілітації. Об'єкти реабілітації. Реабілітаційний потенціал особистості. Правові засади реабілітаційного процесу. Основні складові реабілітації.

Тема 2. Завдання психологічної реабілітації та фази реабілітаційного процесу Предмет, мета і завдання сучасної реабілітаційної психології.

Структура, основні напрями і проблеми сучасної реабілітаційної психології. Проблеми розвитку реабілітаційної психології в умовах воєнного стану, посттравматичних розладів, емоційного вигорання. Етапи та завдання психологічної реабілітації. Фази психологічної реабілітації: діагностична, стабілізаційна, відновлювальна, інтеграційна. Завдання та зміст кожної фази. Індивідуалізація процесу реабілітації з урахуванням вікових, особистісних та соціальних характеристик клієнта. Методи психологічної реабілітації. Критерії ефективності психологічної реабілітації. Організація психологічної підтримки в реабілітаційних установах.

Тема 3. Особливості організації та впровадження системи раннього втручання. Організаційний аспект реабілітаційного процесу.

Структура, принципи та етапи впровадження системи раннього втручання. Зміст поняття «раннє втручання» та його значення для психічного, фізичного та соціального розвитку дитини. Моделі раннього втручання: медико-психологічна, освітня, сімейно-орієнтована. Порівняльна характеристика основних моделей. Функції фахівців медичної та психологічної галузей в системі раннього втручання. Мультидисциплінарна команда. Особливості психологічної підтримки сімей з дітьми, які мають ризики розвитку або особливі потреби. Формування довіри та партнерських відносин з родиною. Психопросвітницька та консультувальна робота з батьками. Етапи організації програм раннього втручання: скринінг і виявлення ризиків, оцінка потреб, розробка індивідуального плану втручання, моніторинг та оцінка результатів. Критерії ефективності програм раннього втручання. Перешкоди впровадженню системи раннього втручання: кадрові, економічні, інституційні, соціокультурні. Шляхи подолання бар'єрів і перспективи розвитку системи в Україні.

Тема 4. Особливості психологічної реабілітації соматично хворих та осіб з обмеженими можливостями.

Вимоги щодо організації допомоги хворим на соматичні захворювання. Основи психологічної реабілітації осіб, які мають особливі потреби та вади розвитку. Практичні аспекти реабілітації інвалідів. Визначення поняття «реабілітація інвалідів». Зміст та завдання реабілітації людей з інвалідністю. Моделі інвалідності. Правовий статус інвалідів. Соціальні обмеження та психологічний стан людини з особливими потребами. Роль емпатії в розумінні людини з фізичними обмеженнями рухова активність інвалідів. Проблеми гіподинамії і гіпокінезії. Реабілітація інвалідів із використанням засобів фізичної культури. Основні методи психологічної реабілітації інвалідів. Принцип партнерства (участь інваліда і членів його родини в лікувально-відновлювальному процесі). Особливості реабілітації осіб з уродженими вадами. Вимоги до фахівців психологічного профілю та моніторинг динаміки процесу реабілітації.

Тема 5. Психолого-педагогічна робота з членами сімей дітей з обмеженими можливостями.

Психологічні особливості батьків, які виховують дітей з ООП. Типи сімейного реагування на діагноз дитини: етапи прийняття та подолання. Форми та методи психолого-педагогічного консультування сімей. Міжособистісні стосунки в родині дитини з інвалідністю: виклики та підтримка. Партнерська взаємодія фахівців та батьків у процесі інклюзивної освіти. Профілактика емоційного вигорання у батьків дітей з особливими освітніми потребами. Особливості роботи з сім'ями, які мають декількох дітей, одна з яких – з ООП. Культура педагогічного супроводу родини у складних життєвих обставинах. Роль батьківських громадських організацій у підтримці сімей. Етичні засади взаємодії з родинami дітей з інвалідністю.

Тема 6. Організація психологічної допомоги при стресових реакціях.

Історія розвитку концепцій про стрес та його вплив на людину. Поняття про загальну адаптивну реакцію та її неспецифічність. Фази і компоненти стресу. Особливості переживання стресових і травмівних ситуацій. Індивідуально-типологічні, гендерні та інші характеристики сприйняття стресових чинників. Основні завдання та етапи психологічної реабілітації військових. Психологічна реабілітація мирного населення, що постраждало внаслідок військових дій. Перша психологічна допомога особам у стресових та кризових ситуаціях. Особливості надання першої психологічної допомоги ветеранам та військовослужбовцям у стані стресу.

Тема 7. Психологічна реабілітація осіб з девіантною поведінкою.

Особливості психолого-педагогічної та соціально-психологічної реабілітації осіб з девіантною поведінкою. Види девіантної поведінки. Психолого-педагогічна реабілітація дітей з неблагополучних сімей. Специфіка роботи психолога в центрах соціально-психологічної реабілітації дітей. Психологічний супровід дітей з педагогічною занедбаністю.

Тема 8. Мотиваційний чинник в реабілітаційному процесі. Принципи та підходи роботи з мотивацією в психології.

Робота з ресурсами в психологічній реабілітації. Основні підходи в активації та мобілізації реабілітаційного процесу. Важливість розуміння впливу стресових чинників на людину в реабілітології. Базові принципи саморегуляції. Ресурси стресостійкості. Психологічні механізми, що лежать в основі психологічних змін. Використання сучасних інтеграційних методів в роботі з мотивацією в реабілітаційній діяльності. Особливості функціонування груп підтримки та груп взаємодопомоги.

Тема 9. Особливості створення програм психологічної реабілітації: підходи та методи

Мета програми психологічної реабілітації. Основні підходи до психологічної реабілітації. Медико-психологічний підхід. Когнітивно-поведінковий підхід. Гуманістичний підхід. Психодинамічний підхід. Основні методи психологічної реабілітації. Психотерапевтичні методи. Когнітивно-поведінкова терапія; гештальт-терапія; психоаналіз; клієнт-центрована терапія. Методи тілесно-орієнтованої терапії. Групові та соціальні методи. Алгоритм створення програми психологічної реабілітації. Аналіз потреб клієнта – діагностика психологічного стану, визначення проблем. Формулювання цілей реабілітації – зняття стресу, відновлення соціальної активності, розвиток адаптаційних навичок. Вибір підходів та методів – індивідуалізація терапії. Реалізація програми – проведення терапевтичних сесій, моніторинг результатів. Оцінка ефективності – аналіз прогресу та корекція стратегії за необхідності.

СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

[illegible]

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙ З ДИСЦИПЛІНИ «ПРАКТИКУМ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

Тема 1.

Психологічна реабілітація як різновид комплексних заходів, спрямованих на відновлення психічних функцій

Термін «реабілітація» з'явився лише всередині ХХ сторіччя. В Англії та США після Другої світової війни було розроблено принципи реабілітації, які згодом стали основою концепцій реабілітації хворих та інвалідів у різних країнах світу. Реабілітація – це використання різних можливостей для зменшення впливу чинників, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації; забезпечення особам із обмеженням життєдіяльності можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції (WHO). Тоді ж виникла така галузь науки і практики, як фізична й реабілітаційна медицина – незалежна лікарська медична спеціальність, спрямована на забезпечення фізичного й когнітивного функціонування (поведінки також), участі в суспільному житті (передусім якості життя) і модифікації особистісних чинників і чинників навколишнього середовища. Медичний реабілітолог відповідає за профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію осіб із клінічними та супутніми станами, що призводять до обмежень життєдіяльності для всіх вікових груп.

Наприкінці ХХ сторіччя в державних документах різних країн (в Україні також) з'являються такі поняття, як:

нейрореабілітація – система заходів у медицині, що стосується використання всіх засобів реабілітації для зменшення впливу станів ураження нервової системи, які обмежують життєдіяльність або призводять до інвалідизації, та забезпечення відповідним особам можливості досягнути оптимальної соціальної інтеграції (WFNR);

психологічна реабілітація – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психічного й особистісного здоров'я, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження людини;

психолого-педагогічна реабілітація – система психологічних і педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями й навичками (які стосуються, зокрема, процесів: формування адекватної самооцінки своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки тощо) через системну навчально-виховну роботу;

соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності через соціально-довкільну орієнтацію та соціально-побутову

адаптацію, соціальне обслуговування, задоволення потреби в забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації;

професійна реабілітація – система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності в нових психо-соціально-фізичних умовах, що спонукають до відновлення чи здобуття професійної працездатності через адаптацію, реадаптацію, навчання, перенавчання чи перекваліфікацію з можливим подальшим працевлаштуванням і необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих здібностей та побажань особи.

Психологічна реабілітація – це сукупність заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених психічних функцій людини після травм або інших стресових ситуацій, таких як військові конфлікти, нещасні випадки, захворювання або серйозні життєві труднощі. Вона є частиною загальної реабілітаційної допомоги, що передбачає міждисциплінарну співпрацю з лікарями, соціальними працівниками та іншими фахівцями.

Основним завданням психологічної реабілітації є не лише стабілізація психічного стану, а й забезпечення інтеграції особистості в суспільство після пережитих травм. Для цього важливо враховувати індивідуальні потреби кожної людини та створити комфортне середовище для її відновлення.

Реабілітаційний процес може включати кілька етапів: початкову оцінку стану, стабілізацію емоційного фону, корекцію порушених функцій і підтримку адаптації до нормального соціального функціонування.

Реабілітаційний потенціал – це інтегративна характеристика особистості, яка відображає її здатність до відновлення психофізіологічного, емоційного, соціального і когнітивного функціонування після травматичного або патологічного впливу. Це поняття поєднує в собі як внутрішні ресурси (психологічні, особистісні, фізичні), так і зовнішні чинники (соціальна підтримка, умови середовища).

Основні складові реабілітаційного потенціалу: психофізіологічний стан; рівень адаптаційних здібностей; мотиваційна спрямованість на відновлення; особистісні якості; соціально-психологічна підтримка; когнітивні ресурси (усвідомлення, рефлексія, саморегуляція).

Реабілітаційний потенціал є багатовимірною системою, що охоплює такі основні компоненти:

Біологічний компонент. Охоплює загальний стан здоров'я, наявність/відсутність хронічних хвороб, фізичну витривалість, функціональний стан органів та систем.

Психологічний компонент. Містить індивідуальні психологічні характеристики: емоційну стабільність, стресостійкість, мотивацію до одужання, самооцінку, рівень тривожності, наявність копінг-стратегій, установки.

Соціальний компонент. Включає мережу соціальної підтримки, інтегрованість у соціум, наявність значущих стосунків, соціальну роль, соціальні навички, професійний статус.

Духовно-ціннісний компонент. Орієнтація на вищі смисли, релігійність, екзистенційна надія, здатність бачити сенс навіть у кризових ситуаціях.

Фактори, що впливають на рівень реабілітаційного потенціалу:

- Вік і стать (реабілітаційний потенціал зазвичай вищий у молодому віці).
- Характер перенесеного захворювання або травми (гострий чи хронічний процес).
- Попередній рівень соціального функціонування.
- Сімейна ситуація, наявність підтримки.
- Професійний статус і освітній рівень.
- Наявність адикцій або коморбідних розладів.
- Попередній досвід подолання криз.

Високий потенціал має такі ознаки: активна життєва позиція; оптимістичне ставлення до змін; високий рівень внутрішньої мотивації; сформовані навички саморегуляції; гнучкість поведінки; розвинені копінг-стратегії.

Низький потенціал має такі ознаки: песимізм, почуття безнадії; високий рівень тривожності або депресивності; пасивність, емоційне виснаження; схильність до уникнення; недовіра до спеціалістів, небажання отримувати допомогу.

Реабілітаційний потенціал не є сталою величиною – він піддається розвитку через цілеспрямовану психокорекційну роботу. Основні напрями розвитку:

- Психотерапевтична підтримка (індивідуальна, групова, сімейна).
- Психосвіта – формування розуміння власного стану та шляхів відновлення.
- Формування мотивації до змін.
- Навчання саморегуляції та самодопомоги.
- Залучення до соціальної активності.
- Відновлення ролей у родині та професії.

Високий реабілітаційний потенціал суттєво підвищує ефективність реабілітаційного процесу: скорочує тривалість адаптації; зменшує ризик вторинних психічних розладів; сприяє відновленню особистісного і соціального функціонування; формує основу для сталого відновлення якості життя.

Водночас, низький рівень цього потенціалу потребує інтенсивного професійного супроводу і цілеспрямованої роботи з внутрішніми бар'єрами особистості.

Вимоги до фахівців, які здійснюють реабілітаційні заходи

Психологічна реабілітація є невід'ємною частиною комплексної допомоги особам, що постраждали внаслідок травмуючих подій, бойових дій, катастроф або інших критичних життєвих ситуацій. Якість цієї допомоги безпосередньо залежить від професійного рівня фахівців, які її здійснюють.

Фахівці, що надають психологічну реабілітаційну допомогу, мають відповідати таким загальним критеріям:

- **Професійна освіта:** Наявність вищої психологічної або медичної освіти зі спеціалізацією у сфері клінічної психології, психотерапії, психіатрії або соціальної роботи.
- **Кваліфікаційний рівень:** Додаткове навчання за напрямками кризової інтервенції, роботи з ПТСР, психокорекційних методик.
- **Наявність ліцензії або сертифіката** (у разі законодавчих вимог).

Особистісні якості: емпатія та здатність до емоційної підтримки; стійкість до стресу, контроль власного емоційного стану; комунікативні навички: вміння слухати, налагоджувати контакт, створювати атмосферу довіри; готовність до саморефлексії та постійного професійного розвитку.

Спеціальні професійні навички: діагностика психоемоційного стану клієнтів; застосування психокорекційних методів (когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, методики релаксації тощо); робота з групами, ведення групової психотерапії та тренінгів; кризове консультування, включаючи техніки стабілізації та подолання шоку.

Етичні вимоги

- Конфіденційність: дотримання професійної таємниці.
- Недопущення дискримінації за будь-якими ознаками.
- Поважне ставлення до особистості клієнта.
- Суворе дотримання професійних стандартів та етичного кодексу психолога.

Фахівець має бути здатним працювати в команді з іншими спеціалістами: лікарями, соціальними працівниками, педагогами, волонтерами. Така взаємодія дозволяє створити комплексний підхід до реабілітації.

Компетентність фахівців у сфері психологічної реабілітації є критично важливою для ефективної допомоги постраждалим. Високі вимоги до освіти, професійних навичок та особистісних якостей є запорукою результативності реабілітаційних заходів.

Тема 2.

Завдання психологічної реабілітації та фази реабілітаційного процесу

Структура реабілітаційної психології

Реабілітаційна психологія – це галузь прикладної психології, що займається вивченням, діагностикою та корекцією психічних станів осіб, які зазнали фізичних або психоемоційних травм, з метою їхньої максимально можливої адаптації, відновлення і повернення до повноцінного життя

Реабілітаційна психологія має комплексну структуру, яка включає кілька ключових елементів:

- **Теоретичний компонент:** вивчення механізмів психічного відновлення, адаптації, компенсаторних процесів.
- **Діагностичний компонент:** психодіагностика травматичних наслідків, порушень адаптації, оцінка особистісного потенціалу клієнта.
- **Корекційно-психотерапевтичний компонент:** застосування методів психологічної допомоги.
- **Соціально-психологічний компонент:** робота з соціальним середовищем клієнта (родина, спільнота, робота тощо).
- **Методологічний компонент:** розробка програм і стратегій психологічної реабілітації.

Основні напрями реабілітаційної психології

1. Медико-психологічна реабілітація – допомога особам після тяжких хвороб, травм, інвалідності.
2. Соціально-психологічна реабілітація – сприяння інтеграції осіб у суспільство після психологічної травми.
3. Психологічна реабілітація учасників бойових дій – робота з ПТСР, адаптацією до мирного життя.
4. Реабілітація дітей з ООП (особливими освітніми потребами) – підтримка розвитку й адаптації.
5. Психологічна допомога особам після стихійних лих і катастроф.
6. Професійна реабілітація – сприяння поверненню до професійної діяльності після перерв.

Актуальні проблеми сучасної реабілітаційної психології

Недостатнє кадрове забезпечення кваліфікованими фахівцями.

Проблема дефіциту підготовлених фахівців стоїть особливо гостро, зважаючи на зростання запитів на психологічну допомогу. Багато спеціалістів не мають достатньої практики роботи з травмами, бойовим ПТСР чи дітьми з особливими потребами. Крім того, навчальні програми ВНЗ часто не відповідають актуальним викликам, а післядипломна освіта не завжди є доступною.

Брак фінансування та інфраструктури для якісної реабілітації. Реабілітаційні центри, особливо в регіонах, часто функціонують без належного матеріально-технічного забезпечення. Відсутність фінансування обмежує доступ до сучасного обладнання, психологічних тестів, програмного забезпечення та навіть фізичного простору для проведення занять.

Відсутність уніфікованих методик та програм. Наявність великої кількості різнорідних підходів ускладнює стандартизацію реабілітаційної допомоги. Відсутність єдиного реєстру методик або клінічних протоколів призводить до неузгодженості дій фахівців, труднощів у моніторингу ефективності втручань, а також у підготовці спеціалістів.

Проблеми стигматизації осіб з психічними розладами. Суспільна думка про психічне здоров'я залишається неоднозначною. Люди часто бояться звертатися по допомогу через страх осуду, що ускладнює раннє виявлення проблем і своєчасне втручання. Така стигматизація також негативно впливає на процес ресоціалізації та повернення до нормального життя.

Недостатня взаємодія між державними, медичними та соціальними структурами. Ефективна реабілітація вимагає міжвідомчої координації: медиків, психологів, соціальних служб, освітніх закладів та органів місцевого самоврядування. В реальності ця взаємодія часто є формальною або фрагментарною. Відсутність спільного підходу гальмує надання всебічної допомоги клієнтам.

Необхідність адаптації методик до сучасних умов (війна, пандемія, цифрова трансформація). Сучасні кризи вимагають перегляду традиційних підходів. Реабілітаційна психологія стикається з новими викликами: психологічні наслідки військових дій (втрата близьких, біженство, травматизація дітей); соціальна ізоляція і страхи, викликані пандемією; перехід на дистанційні форми реабілітації та необхідність цифрової грамотності серед фахівців і клієнтів.

Етапи та завдання психологічної реабілітації

Психологічна реабілітація – це процес поступового відновлення психологічного благополуччя людини після пережитих травм, захворювань або кризових ситуацій. Цей процес поділяється на кілька послідовних етапів, кожен з яких має свої специфічні завдання.

Діагностичний етап. Мета: виявлення психологічного стану особи, визначення рівня порушень та ресурсів. **Завдання:** проведення первинного психологічного обстеження (інтерв'ю, тести, спостереження); Визначення основних психологічних проблем; виявлення потенціалу особистості для відновлення; формування початкового плану реабілітації.

Етап психоемоційної стабілізації. Мета: зняття гострих емоційних реакцій, стабілізація психічного стану. **Завдання:** надання психологічної

підтримки; робота з тривогою, страхами, агресією, апатією; формування базового почуття безпеки; розвиток навичок саморегуляції (дихальні вправи, релаксація, арт-терапія).

Етап активного психокорекційного втручання. Мета: зміна деструктивних установок, подолання внутрішніх конфліктів, розвиток адаптивних стратегій поведінки. **Завдання:** робота з травматичними спогадами (когнітивно-поведінкова терапія, EMDR тощо); підвищення самооцінки, розвиток стресостійкості; відновлення або покращення міжособистісних стосунків; формування планів на майбутнє.

Етап соціальної адаптації. Мета: повернення людини до активного соціального життя, інтеграція у спільноту. **Завдання:** сприяння професійній або освітній діяльності; залучення до соціальних програм або груп підтримки; психопросвітницька робота з оточенням (родичами, колегами); закріплення навичок самодопомоги.

Етап постреабілітаційного супроводу. Мета: профілактика рецидивів, підтримка стабільного психологічного стану. **Завдання:** періодичні консультації; участь у групах підтримки; самоспостереження і контроль за психоемоційним станом; оцінка ефективності реабілітаційних заходів.

Завдання психологічної реабілітації:

1. Стабілізація психічного стану – основна мета на першому етапі. Це включає зниження рівня тривожності, нормалізацію сну та зменшення емоційного напруження.
2. Відновлення психічних функцій – відновлення когнітивних, емоційних, поведінкових і соціальних функцій, що були порушені в результаті травми.
3. Розвиток нових копінг-стратегій – навчання пацієнта конструктивним способам подолання стресу та труднощів.
4. Соціальна адаптація – допомога в адаптації до змінених умов життя та відновлення соціальних контактів.
5. Підтримка мотивації до реінтеграції в суспільство – стимулювання до активної життєвої позиції та участі в соціальних процесах.

Фази реабілітації:

1. Оцінка (діагностика) – визначення психічного стану особистості, виявлення проблем та травм.
2. Стабілізація – зниження емоційного стресу, нормалізація фізіологічних показників (сон, апетит).
3. Корекційна фаза – глибинна робота з відновленням психічних функцій.
4. Реінтеграція – повернення до повноцінного функціонування в суспільстві.
5. Підтримка – тривале супроводження та запобігання рецидиву проблем.

Тема 3.

Особливості організації та впровадження системи раннього втручання Організаційний аспект реабілітаційного процесу

Психологічні особливості особистості дитини-інваліда.

Психологічний портрет дитини з інвалідністю значною мірою формується під впливом не лише медичних обмежень, а й соціального контексту, ставлення оточення, досвіду взаємодії з дорослими та однолітками. Від самого початку свого життя така дитина часто стикається з бар'єрами – як фізичними, так і емоційними, що відбивається на її внутрішньому стані, уявленні про себе та способах адаптації до світу.

Одним із найпоширеніших психологічних явищ є емоційні розлади. Вони можуть проявлятися у вигляді нестабільного настрою, тривожності, слізливості або замкнутості. Це пояснюється як обмеженнями у фізичній активності чи спілкуванні, так і глибоким внутрішнім переживанням власної «інакшості».

Багато дітей з інвалідністю демонструють підвищену залежність від дорослих, зокрема від батьків. Вони рідко проявляють ініціативу, віддають перевагу нав'язаним рішенням, уникають відповідальності за власні дії. Такий патерн може бути як наслідком тривалого догляду з боку сім'ї, так і реакцією на обмежену самостійність.

Особливо чутливою сферою є ставлення до власного фізичного дефекту. Деякі діти хворобливо фіксуються на ньому, порівнюють себе з іншими, часто вважаючи себе «гіршими» або «неповноцінними». Це може переростати в глибоку психологічну травму та ставати основою для формування комплексу неповноцінності.

Самооцінка таких дітей зазвичай неадекватна. Вона може бути як заниженою – із відчуттям сором'язливості, нерішучості, очікуванням негативної реакції з боку оточення, – так і завищеною, що виявляється в демонстративності, агресивному самоствердженні або запереченні свого стану.

Знижена рухова активність є не лише медичним наслідком, а й психологічним чинником, що впливає на розвиток волі, енергії, впевненості у своїх можливостях. Така дитина часто уникає ігор з однолітками, фізичних навантажень, що обмежує її соціалізацію.

Окрему проблему становлять фобії, пов'язані з дефектом або середовищем, у якому дитина почувається вразливою. Це можуть бути страхи перед оцінкою, сміхом, ізоляцією, а також перед можливими болючими медичними процедурами, переміщенням у нове середовище тощо.

Загалом, психологічний стан дитини з інвалідністю вимагає особливої уваги з боку фахівців, які мають створити умови, в яких дитина зможе не лише адаптуватися, а й розвиватися, зберігаючи гідність, інтерес до життя та відчуття своєї цінності.

Планування програми психологічної реабілітації дітей-інвалідів та вимоги до неї

Планування програми психологічної реабілітації дитини з інвалідністю є складним і багатогранним процесом, який потребує глибокого індивідуального підходу та врахування широкого спектра чинників. Така програма має не просто пропонувати набір заходів, а бути гнучкою системою, що відповідає реальним потребам дитини, спрямована на її всебічний психоемоційний розвиток та інтеграцію в соціальне середовище.

Насамперед у програмі мають бути враховані психологічні особливості особистості дитини. Йдеться про її темперамент, рівень емоційного реагування, мотивацію, стиль мислення, ступінь розвитку уявлень про себе та світ. Важливо розуміти, як дитина переживає свою інвалідність, які в неї очікування, страхи, потреби, як формується її самооцінка та поведінкові реакції.

Не менш важливим є аналіз структури психологічного порушення, що супроводжує або витікає з медичного діагнозу. Це можуть бути тривожні або депресивні стани, фобії, емоційна нестабільність, агресивність чи замкненість. **Завдання фахівця** – виявити, як саме проявляється цей стан у щоденному житті дитини, у взаємодії з оточенням, навчанні, грі, родинних стосунках.

Окрему увагу потрібно приділяти розумінню механізмів компенсації, які дитина вже виробила або здатна виробити. **Компенсація** – це ті ресурси, стратегії й адаптивні реакції, що дозволяють дитині справлятися з обмеженнями. У когось це може бути посилення інтелектуальних здібностей, у когось – розвиток емоційної чутливості, у когось – прагнення до соціальної активності. Вміння психолога підтримати й розвинути ці механізми – один з ключових чинників успіху програми.

Таким чином, ефективна програма психологічної реабілітації дитини-інваліда має бути чітко структурованою, але гнучкою; науково обґрунтованою, але емоційно чутливою; побудованою на індивідуальності дитини, а не на уніфікованих шаблонах. Її головна мета – не лише пом'якшити труднощі, а й розкрити потенціал дитини, підтримати її розвиток і дати відчуття, що вона не просто об'єкт допомоги, а повноцінна особистість, гідна поваги, любові та активної участі в житті.

Провідні сучасні напрямки реабілітації у дитячому віці

Сучасна реабілітація дітей охоплює не лише відновлення фізичних функцій, а й розвиток емоційної, когнітивної, соціальної та поведінкової сфер, з метою досягнення повноцінної інтеграції дитини в суспільство. Вона є мультидисциплінарною і передбачає взаємодію фахівців різних галузей: медичних, педагогічних, психологічних, соціальних.

Один із провідних напрямків – **раннє втручання**. Його головна ідея полягає в тому, що чим раніше виявлені труднощі в розвитку дитини, тим

ефективнішими можуть бути корекційні заходи. Раннє втручання включає медичну діагностику, психолого-педагогічну підтримку, роботу з батьками і має на меті попередити або мінімізувати глибші відхилення.

Другим важливим напрямком є **комплексна реабілітація**, яка поєднує фізичну, психологічну, логопедичну, сенсорну і соціальну допомогу. Вона орієнтована на гармонійний розвиток дитини як цілісної особистості. Досягається це через спільну участь фахівців у складанні індивідуальної програми та її гнучке коригування залежно від результатів.

Суттєве значення має також **інклюзивний підхід**, за якого реабілітація здійснюється не в ізольованих умовах, а в звичних для дитини середовищах – дитячому садку, школі, сім'ї. Це дозволяє не лише працювати над розвитком навичок, а й формувати реальні механізми соціальної адаптації, прийняття себе і толерантність з боку однолітків.

Окремий напрям – **терапія, орієнтована на гру**. Через ігрову діяльність дитина розкриває свої емоції, формує моторику, розвиває мовлення, вчиться долати страхи. Використовуються методики арт-терапії, музикотерапії, сенсорної інтеграції, ігротерапії, що відповідають її віковим і психологічним особливостям.

Сучасна дитяча реабілітація також широко впроваджує технології, зокрема робототехніку, біологічний зворотний зв'язок (БЗЗ), комп'ютерні тренажери для мовлення, руху та уваги. Це підвищує мотивацію дитини, робить процес більш інтерактивним і доступним.

У центрі всіх цих напрямів стоїть дитина як унікальна особистість, а головна мета – не просто компенсувати обмеження, а допомогти їй розвиватися повноцінно у своїх умовах, зберігаючи гідність, інтерес до життя і віру в себе.

У роботі з дітьми, які мають особливі освітні потреби або порушення розвитку, зокрема з діагнозом ДЦП, застосовуються інноваційні методи, що поєднують психологічний супровід, тілесно-рухову активність та сенсорну стимуляцію. Нижче розглянемо провідні підходи, які довели свою ефективність у практиці сучасної дитячої реабілітації.

Нейропсихологія. Це напрям, який вивчає зв'язок між мозковою діяльністю та психічними процесами. У роботі з дітьми нейропсихологічні методики спрямовані на розвиток уваги, пам'яті, моторної координації, мовлення, а також на відновлення нейронних зв'язків у випадку органічних уражень. Через спеціальні вправи та ігрові завдання відбувається тренування лобових зон, сенсомоторної інтеграції, просторового мислення – критично важливих для адаптації дитини.

Монтесорі-педагогіка і Монтесорітерапія. Методика Марії Монтесорі базується на повазі до індивідуального темпу розвитку дитини та її природного прагнення до самостійності. У Монтесорітерапії особлива увага приділяється

сенсорному досвіду, дрібній моториці, концентрації уваги. Діти працюють з адаптованими матеріалами, що формують уявлення про навколишній світ, числа, мову та побутові навички. Такий підхід розвиває впевненість, самоконтроль і внутрішню мотивацію дитини.

Метод Фельденкрайза. Цей метод передбачає м'які рухові вправи, спрямовані на розвиток усвідомлення тіла, зменшення напруги, покращення координації. У психологічному супроводі дітей із ДЦП застосовується для формування нових рухових шаблонів без болю, у природному темпі. Вправи виконуються лежачи, сидячи або стоячи з урахуванням можливостей дитини. Метод також допомагає покращити емоційний стан, знизити страх руху, підвищити впевненість у своїх тілесних реакціях.

Войт-терапія. Це фізіотерапевтичний метод, заснований на стимуляції рефлекторної активності за допомогою тиску на певні ділянки тіла. Метою є активація природних рухових програм, які є вродженими, але не були реалізовані через неврологічні порушення. Войт-терапія допомагає покращити поставу, дихання, контроль голови та кінцівок, а також сприяє розвитку цілісного тілесного відчуття.

Холдінг-тайм (Holding Time). Цей метод використовується в роботі з дітьми, які мають порушення прив'язаності, емоційної регуляції, підвищену тривожність або поведінкові розлади. Він полягає у спеціально організованому тілесному контакті батьків і дитини, під час якого проявляються глибокі емоції, страхи, напруження. Це дозволяє налагодити контакт, посилити емоційний зв'язок у сім'ї, зменшити опір і відновити довіру.

Сенсорна інтеграція. Цей підхід спрямований на налагодження взаємодії між різними сенсорними системами організму: зоровою, слуховою, тактильною, вестибулярною, пропріоцептивною. Діти з ДЦП або аутистичного спектра часто мають сенсорну дезінтеграцію, що проявляється в гіперчутливості або, навпаки, байдужості до стимулів. Заняття сенсорної інтеграції включають гойдання, балансування, вправи на дотик, тиск, роботу з текстурами – усе це допомагає впорядкувати сприйняття та реакції, що позитивно впливає і на поведінку, і на емоційний стан.

Тьюторство: сутність і значення в освітньо-реабілітаційному процесі

Тьюторство – це сучасна форма педагогічного супроводу, яка полягає у персоналізованій допомозі дитині в її освітньому, особистісному та соціальному розвитку. Тьютор виконує функцію наставника, посередника між учнем, його родиною, педагогами та іншими учасниками освітнього процесу. Він допомагає дитині усвідомити свої потреби, сформулювати цілі та знайти власний шлях їх досягнення.

Особливо важливою є роль тьютора в інклюзивному середовищі, де навчаються діти з особливими освітніми потребами (ООП). У цьому випадку

тьютор не просто допомагає «наздоганяти» програму, а створює умови, за яких дитина з ООП може реалізовувати свій потенціал у зручному темпі, з урахуванням її особливостей, емоційного стану та комунікативних можливостей.

Супровід тьютора включає організацію середовища, адаптацію навчального матеріалу, підтримку дитини під час уроків, формування навичок самостійності, а також розвиток соціальної взаємодії з однолітками. Він також виконує важливу функцію зворотного зв'язку для педагогів і батьків, допомагаючи узгодити індивідуальну траєкторію розвитку дитини.

Основними принципами тьюторства є індивідуалізація, партнерство, довіра та розвиток автономності. Тьютор не нав'язує рішення, а стимулює дитину до самопізнання, формування власної позиції та вибору, що особливо важливо в контексті реабілітації та навчання дітей з інвалідністю.

Таким чином, тьюторство – це не лише професія, а спеціальна педагогічна культура, яка робить акцент на повазі до особистості, розвитку потенціалу і створенні умов для повноцінної участі дитини в освітньому й соціальному житті.

Діти, які пережили травми або труднощі в житті, потребують особливого підходу в реабілітації. Їхня психологія значно відрізняється від дорослих, і тому методи роботи з ними повинні бути адаптованими.

Ключові аспекти роботи з дітьми у процесі психологічної реабілітації:

1. Використання ігрових методик – через гру діти можуть виразити свої переживання, а також розвивати соціальні та комунікативні навички.

2. Терапія за допомогою мистецтва – арт-терапія допомагає дітям вивільнити емоції та подолати стрес, використовуючи малювання, ліплення та інші творчі форми вираження.

3. Залучення батьків – батьки повинні брати активну участь у реабілітаційному процесі, надаючи підтримку і допомагаючи дітям адаптуватися.

4. Формування позитивної самооцінки – важливо працювати з дитячою самооцінкою, допомагаючи їм зрозуміти, що вони цінні й важливі для оточуючих.

Робота над самооцінкою і прийняттям себе. Людина з позитивною, стабільною самооцінкою краще долає виклики та менше схильна до деструктивних реакцій. Важливо навчитися: визнавати свої сильні сторони; приймати помилки як досвід; уникати самокритики; піклуватися про себе – фізично, емоційно, психологічно. Прийняття себе з усіма недоліками й чеснотами – одна з основ психологічної витривалості.

Розвиток навичок комунікації та просування власних меж. Ефективне спілкування допомагає уникати конфліктів, будувати підтримувальні стосунки,

відстоювати свої інтереси без агресії. Важливо навчитися: говорити про свої потреби прямо; вміти сказати "ні", коли це потрібно; формулювати прохання, а не звинувачення; слухати з емпатією. Такі навички знижують соціальний стрес і покращують якість взаємин.

Профілактика вигорання через баланс «робота – відпочинок». Однією з головних причин хронічного стресу є відсутність балансу між навантаженням і відновленням. Людині важливо: планувати відпочинок так само серйозно, як і роботу; уникати надмірної багатозадачності; не нехтувати сном, хобі, спілкуванням; виділяти час для себе – без гаджетів, справ і турбот. Підтримка енергетичного балансу – фундамент довготривалої стресостійкості.

Тема 4.

Особливості психологічної реабілітації соматично хворих та осіб з обмеженими можливостями

Реабілітація інвалідів – це система медичних, психологічних, соціальних, педагогічних, професійних і правових заходів, спрямованих на відновлення або компенсацію порушених функцій, розвиток здібностей і створення умов для максимальної незалежності, активності та інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство. Це багатокomпонентний, міждисциплінарний процес, що охоплює всі аспекти життя людини та має на меті не лише фізичне відновлення, а й повернення соціального статусу, гідності та впевненості в собі.

Процес реабілітації має глибоку гуманістичну суть: він покликаний повернути людині не лише функціональність, а й гідність, сенс життя, відчуття цінності й включеності в суспільство. Ось ключові цілі, на які орієнтується система реабілітаційної допомоги:

1. Відновлення фізичних, психічних та соціальних функцій.

Реабілітація спрямована на те, щоб допомогти особі відновити або компенсувати втрачені можливості внаслідок хвороби, травми чи вродженого порушення. Це охоплює: фізичне відновлення (рух, мова, координація); психоемоційна стабілізація (подолання тривожності, депресії); розвиток соціальних навичок, уміння спілкуватися, жити в колективі.

2. Забезпечення максимальної незалежності. Одна з ключових цілей – допомогти людині жити самостійно, не залежачи повністю від сторонньої допомоги. Це може означати: самостійне пересування, догляд за собою; прийняття власних рішень; ведення побуту без постійного нагляду; самостійне користування соціальними послугами.

3. Розвиток адаптаційних можливостей. Реабілітація має навчити людину пристосовуватись до нових обставин, діяти ефективно попри наявні обмеження. Це включає: освоєння нових навичок; користування допоміжними технологіями; формування гнучкості мислення; навчання новим професіям або ролям у житті.

4. Забезпечення активної участі в суспільному житті. Це означає, що людина з інвалідністю має право і можливість брати участь у громадському житті: працювати, вчитися, бути частиною колективу, висловлювати свою думку, мати хобі, реалізовувати себе у творчості чи волонтерстві.

5. Зменшення або усунення соціальної ізоляції. Інвалідність часто призводить до самотності, ізоляції, втрати зв'язків із суспільством. Мета реабілітації – повернути людину в коло спілкування: через роботу в групах;

налагодження родинних зв'язків; участь у соціальних ініціативах, культурних заходах; створення підтримуючого оточення.

6. Підвищення якості життя. У підсумку реабілітація має призводити до того, що людина живе повноцінним, емоційно насиченим, активним життям, яке наповнене сенсом, зв'язками та перспективами. Це досягається через: розвиток впевненості у власних силах; позитивну самооцінку; емоційну стабільність; почуття контролю над власним життям.

Соціальні обмеження: визначення та прояви

Соціальні обмеження – це всі ті зовнішні бар'єри, які заважають людині з особливими потребами брати активну участь у суспільному житті. Вони не пов'язані безпосередньо з діагнозом чи порушенням, а з умовами навколо: архітектурними, культурними, економічними чи психологічними. Згідно з сучасним гуманістичним підходом, інвалідність не є лише медичною проблемою, а результатом недосконалого соціального устрою, який не забезпечує рівні можливості для всіх. Це означає, що головна мета реабілітації, підтримки та супроводу – не «лікувати людину», а змінювати середовище, долати бар'єри, посилювати ресурси й інтегрувати індивіда в суспільство.

Основні види соціальних обмежень:

- Фізична недоступність середовища (відсутність пандусів, ліфтів, адаптованих транспортних засобів).
- Інформаційна бар'єрність (відсутність альтернативних форматів інформації – шрифт Брайля, субтитри, переклад жестовою мовою).
- Обмежений доступ до освіти, праці, дозвілля (відсутність адаптованих програм, неприйняття в колективах).
- Стигматизація та дискримінація (упереджене ставлення, знецінення, навішування ярликів – «неповноцінний», «непридатний»).
- Ізоляція та маргіналізація (виключення з суспільних процесів, невидимість у медіа, мистецтві, політиці).

Психологічний стан людини з особливими потребами. Життя в умовах постійних соціальних обмежень впливає не лише на побутову функціональність, а й на внутрішній стан особистості. Виникає хронічне відчуття недооцінки, безсилля, напруги. Можливі психологічні наслідки:

- Знижена самооцінка та самообмеження. Людина починає сама обмежувати себе, відмовлятися від можливостей, не довіряючи у власні сили.
- Соціальна тривожність і страх відторгнення. Побойовання стигматизації або осміяння стримують бажання спілкуватися, брати участь у подіях.
- Депресивні стани, апатія. Втрата сенсу, емоційне виснаження через постійну боротьбу з бар'єрами.

- Агресія або внутрішній протест. Як реакція на несправедливість, відсутність підтримки або співчуття.
- Відчуження, ізоляція, самотність. Відсутність включення в соціум може призвести до зменшення потреби в контакті взагалі.

Реабілітація інвалідів із використанням засобів фізичної культури.

Фізична культура в системі реабілітації інвалідів – це спеціально організована рухова активність, спрямована на відновлення втрачених функцій, покращення фізичного та психоемоційного стану, розвиток витривалості, координації та впевненості в собі.

Цей напрям базується не лише на лікувальній фізкультурі (ЛФК), але й на адаптованому спорті, рухливих іграх, гімнастиці та навіть танцювальній терапії.

Завдання фізкультурної реабілітації осіб з інвалідністю

1. Відновлення рухових функцій (гнучкість, сила, баланс). Після травм, операцій або в умовах вроджених порушень у людини можуть бути частково або повністю втрачені рухові можливості. Фізичні вправи сприяють: поступовому відновленню м'язової сили та еластичності; покращенню координації, рівноваги; стимуляції моторики, включаючи дрібну. Це особливо важливо для формування незалежності у повсякденному житті (самообслуговування, пересування тощо).

2. Підвищення загального фізичного тону. Фізичні заняття дозволяють підвищити енергійність, витривалість, стійкість до навантажень. Поступове нарощування активності покращує: роботу серцево-судинної системи; дихальну функцію; здатність організму до адаптації та регенерації. Регулярна фізична активність – це природний спосіб «оживити» організм і вивести його з гіподинамії.

3. Профілактика ускладнень (гіподинамії, контрактур, ожиріння). Обмеження у русі можуть призвести до серйозних вторинних ускладнень, таких як: м'язова атрофія; формування контрактур (обмеження амплітуди рухів); набір ваги, що додатково ускладнює функціонування організму; застійні процеси в органах. Фізкультурна активність – це профілактика не тільки фізичних, а й психосоматичних порушень.

4. Зміцнення нервової системи, покращення сну, зменшення тривожності. Рухова активність має вплив на центральну нервову систему: вона сприяє виробленню ендорфінів, серотоніну, знижує рівень кортизолу. Завдяки цьому: нормалізується сон і загальний біоритм; зменшуються симптоми тривожності та депресії; покращується здатність до концентрації, пам'ять, настрій. Це особливо важливо для людей, які мають психологічні труднощі внаслідок інвалідності.

5. Формування позитивного «Я-образу». Через регулярні досягнення в заняттях фізичною культурою людина починає: вірити у свої сили; відчувати

власну значущість; бачити себе не «хворою», а сильною, живою, здатною на дії. Це сприяє подоланню сором'язливості, замкнутості, невпевненості, а також зміні ставлення до свого тіла.

6. Підтримка соціальної активності через групові заняття, змагання, тренування. Фізкультурні заходи – це ще й потужний інструмент соціалізації. Люди мають змогу: спілкуватися в команді; переживати позитивні емоції разом; брати участь у подіях, конкурсах, спортивних святах; створювати спільноту підтримки. Це допомагає вийти з ізоляції, зміцнити почуття приналежності до суспільства.

Основні форми та засоби:

а) Лікувальна фізкультура (ЛФК): індивідуальні чи групові заняття з реабілітологом; вправи для окремих груп м'язів, робота з поставою, диханням; пасивні/активні рухи, ізометричні вправи.

б) Адаптивна фізична культура (АФК): вправи, адаптовані до можливостей конкретної людини (сидячи, з опорою, у воді тощо); елементи йоги, пілатесу, тай-чі; вправи зі спеціальним обладнанням.

в) Спортивно-реабілітаційна діяльність: параспортивні ігри (бочка, баскетбол на візках, плавання, теніс); участь у фестивалях, змаганнях, клубах.

г) Рухливі ігри, танцювальна терапія, інклюзивна хореографія: підтримка позитивного настрою; покращення соціалізації; зменшення тривоги, напруги, страху.

Психологічна реабілітація осіб з особливими потребами (фізичними чи психічними) включає підтримку і розвиток їхніх здібностей до адаптації в суспільстві та зниження соціальної ізоляції.

Основні аспекти реабілітації:

1. Індивідуальний підхід – створення персоналізованої програми, яка враховує специфіку проблеми кожної людини.

2. Психосоціальна підтримка – надання емоційної підтримки, навчання соціальних навичок, розвиток самооцінки.

3. Робота з родиною – залучення близьких до процесу реабілітації, навчання їх підтримувати людину в складних ситуаціях.

4. Адаптація до нових умов – навчання особистості адаптуватися до змін у її фізичному чи психічному стані.

5. Групова терапія та підтримка однолітків – важливою складовою є спілкування з іншими людьми, які мають схожі проблеми, що сприяє соціалізації.

Принцип партнерства (участь інваліда і членів його родини в лікувально-відновлювальному процесі).

Принцип партнерства – це підхід, за яким особа з інвалідністю та її родина не є пасивними об'єктами впливу, а стають активними учасниками процесу

реабілітації. Це означає, що усі рішення ухвалюються разом, з урахуванням потреб, очікувань, досвіду та цінностей людини і її близького оточення.

Залучення людини з інвалідністю та її родини до процесу реабілітації відіграє вирішальну роль у підвищенні ефективності всього лікувально-відновлювального курсу. Активна участь допомагає підвищити мотивацію людини до змін, адже вона починає бачити себе не пасивним об'єктом допомоги, а повноправним учасником, який має право впливати на процес.

Родина при цьому виступає не тимчасовою підтримкою в рамках реабілітаційного закладу, а постійним джерелом допомоги у повсякденному житті, що істотно зміцнює результати роботи фахівців. Важливо, що повага до думки та вибору самої особи сприяє формуванню її почуття гідності, посилює автономність і відповідальність за власний шлях відновлення.

Крім того, партнерський підхід допомагає знизити ризик виникнення конфліктів і непорозумінь між спеціалістами й пацієнтами. Встановлюється довіра, формується атмосфера співпраці та взаємної підтримки, що значно підвищує шанси на успішну реабілітацію.

Реалізація принципу партнерства в реабілітаційному процесі передбачає активне залучення як самої особи з інвалідністю, так і її родини до всіх ключових етапів – від планування до оцінювання результатів. Однією з форм такої участі є спільне формулювання цілей реабілітації, де враховуються не лише медичні показники, а й життєві обставини, побутові потреби, соціальні та емоційні аспекти. Родина при цьому не просто присутня, а висловлює свої очікування, ділиться досвідом взаємодії з близькою людиною, допомагає вибудовувати індивідуальний план з реальними орієнтирами.

Дуже важливою складовою є навчання родини. Її члени отримують базові знання про особливості догляду, психологічну підтримку та етапи відновлення. Їх навчають, як правильно реагувати на труднощі, як підтримати людину морально, не чинячи тиску, а допомагаючи зберігати гідність та самостійність.

Формою партнерської взаємодії є також спільна участь у реабілітаційних заходах. Це можуть бути фізичні вправи, арт-терапевтичні сесії, тренінги, під час яких родина не лише підтримує, а й взаємодіє з близькою людиною, створюючи емоційне підкріплення. Участь у мотиваційних зустрічах і групах підтримки дозволяє родичам краще зрозуміти внутрішній стан особи, а також навчитися адекватно реагувати на кризові моменти, підтримувати в складні періоди, допомагаючи формувати реалістичні очікування.

Постійний зворотний зв'язок є важливою частиною партнерства. У процесі реабілітації регулярно обговорюється динаміка змін, потреби людини, можливі коригування плану дій. Така взаємодія створює діалог між фахівцем, родиною та самою особою, де кожна зі сторін бере активну участь у процесі, доповнюючи

одна одну. Це не просто робота з пацієнтом – це спільне партнерство, яке ґрунтується на довірі, підтримці й повазі.

Особливості реабілітації осіб з уродженими вадами.

Реабілітація осіб з уродженими вадами має низку важливих особливостей, що відрізняють її від реабілітації після травм або захворювань, набутих упродовж життя. Передусім це пов'язано з тим, що людина з уродженою вадю з самого початку формує свою особистість у контексті обмеження, тому сприймає себе, світ і свої можливості інакше, ніж особа, яка зазнала змін пізніше.

Реабілітаційний процес у цьому випадку часто починається з раннього дитинства та має тривалий, поетапний характер. Він охоплює не лише медичні чи фізичні аспекти, а й глибоку психологічну та соціальну адаптацію. Уроджена вада нерідко впливає на розвиток когнітивних, мовленнєвих або моторних функцій, тому робота має бути індивідуалізованою, комплексною та системною.

Важливо не лише відновлювати або розвивати функції, а й створювати умови для повноцінної участі особи в житті суспільства – у школі, колективі, родині. Однією з найважливіших цілей реабілітації в цьому випадку є підтримка особистісного зростання, формування позитивної самооцінки та власного «Я», яке не обмежується лише уявленням про ваду.

Велику роль у цьому процесі відіграє родина. Від того, наскільки батьки приймають дитину такою, якою вона є, чи створюють атмосферу довіри та підтримки, залежить ефективність реабілітаційних заходів. Також важливо навчити родину бути не лише опікунами, а партнерами у розвитку дитини, яка, незважаючи на особливості, має потенціал до самореалізації.

Крім того, реабілітація осіб з уродженими вадами вимагає адаптованого середовища: архітектурного, освітнього, інформаційного. Інтеграція в суспільство можлива лише тоді, коли оточення є доступним і прийнятним для людини з обмеженнями, а не коли сама людина постійно змушена пристосовуватись до середовища.

Таким чином, реабілітація у цьому випадку – це не лише відновлення функцій, а тривалий процес розвитку, включення, супроводу та формування зрілої, впевненої в собі особистості, яка має право на повноцінне життя.

Тема 5.

Психолого-педагогічна робота з членами сімей дітей з обмеженими можливостями

Психологічна реабілітація – це цілеспрямований процес, який допомагає людині відновити психологічну рівновагу, життєві функції та здатність до соціальної адаптації після пережитої травми, хвороби чи кризи. Ефективність цього процесу значною мірою залежить від якісно розробленої програми реабілітації, яка враховує індивідуальні потреби клієнта, особливості його стану та ресурси.

Програма психологічної реабілітації – це системно організований план допомоги людині, яка пережила психотравмуючі події, втрати, хвороби чи інші кризи. Її головна мета – відновлення психологічного функціонування, адаптація до нових умов життя, повернення до активної участі в суспільстві. Успішна програма враховує індивідуальні особливості людини, її потреби, ресурси та емоційний стан.

Процес розробки програми психологічної реабілітації передбачає чітке визначення цілей, вибір методів та адаптацію до індивідуальних потреб пацієнта.

Загальні принципи створення програми реабілітації

1. **Індивідуалізація** – кожна програма створюється з урахуванням особистого досвіду, психічного стану, мотивації клієнта.
2. **Поетапність** – структура програми включає кілька логічних етапів: від діагностики до завершального супроводу.
3. **Комплексність** – поєднання методів, спрямованих на емоційний, когнітивний, поведінковий та соціальний рівні.
4. **Гнучкість** – можливість адаптації до змін у стані клієнта, відкритість до корекцій програми.
5. **Наукова обґрунтованість** – використання сучасних, ефективних, перевірених технік і підходів.

Підходи до створення програми

1. **Когнітивно-поведінковий підхід.** Спрямований на зміну деструктивних мисленнєвих патернів та навчання нової поведінки. Використовуються техніки аналізу автоматичних думок, формування корисних звичок, поступового подолання тривожних ситуацій.

2. **Гуманістичний підхід.** Базується на створенні безпечної, емпатійної атмосфери, де клієнт сам знаходить ресурс для змін. Психолог виступає як партнер, який підтримує зростання особистості.

3. **Тілесно-орієнтований підхід.** Зосереджується на роботі з тілом: м'язова напруга, дихання, постава, жести. Допомагає знизити тривожність, налагодити зв'язок із власним тілом і емоціями.

4. **Психоедукаційний підхід.** Надає клієнту інформацію про природу стресу, емоцій, механізмів реагування. Включає навчання саморегуляції, навичкам подолання труднощів, просвітницьку роботу з родиною.

5. **Інтегративний підхід.** Поєднує елементи різних шкіл, залежно від потреб і можливостей клієнта. Найбільш гнучкий і адаптивний до реальних умов роботи.

Основні етапи програми психологічної реабілітації

Створення ефективної програми психологічної реабілітації передбачає поетапний підхід. Кожен етап виконує окрему функцію в процесі відновлення і має свою методологію. **Головна мета** – забезпечити плавний і стійкий рух людини від стану травматизації до психологічної рівноваги та соціальної адаптації.

1. Діагностичний етап. На цьому етапі відбувається збір первинної інформації про клієнта з метою виявлення його поточного психологічного стану, потреб, рівня мотивації та доступних ресурсів.

Основні завдання:

- проведення бесіди та спостереження;
- використання психодіагностичних методик (тестування, опитувальники);
- виявлення факторів ризику (стреси, ізоляція, небажання змін);
- оцінка захисних механізмів, мотиваційної сфери, соціального середовища.

Результатом цього етапу є формулювання індивідуальної мети реабілітації та загального плану втручання.

2. Мотиваційний етап. Метою цього етапу є посилення готовності клієнта до активної участі у власному відновленні.

Ключові акценти:

- формування усвідомлення важливості змін;
- підкреслення ресурсів, сильних сторін клієнта;
- побудова довірливого зв'язку між спеціалістом і клієнтом;
- визначення особистісно значущих цілей.

Використовуються техніки мотиваційного інтерв'ю, робота з бар'єрами та страхами, позитивне підкріплення.

3. Активний етап (реабілітаційна робота). Центральна частина програми, під час якої проводиться цілеспрямована психологічна робота з емоційними, поведінковими та когнітивними проявами. Завдання – допомогти клієнту сформувати нові стратегії реагування, зменшити симптоми, підвищити якість життя.

Можливі форми: індивідуальна та групова психотерапія; тренінги емоційної регуляції, самооцінки, подолання тривоги; арт-терапія, тілесно-орієнтовані техніки, гештальт-інтервенції; розвиток навичок самодопомоги, адаптивного мислення.

4. Соціальна адаптація. Цей етап зосереджений на поверненні людини до активного соціального життя, відновленні її ролей у родині, роботі, громаді. Кінцева мета – підготувати клієнта до самостійного функціонування в соціумі.

Зміст: розвиток навичок спілкування, конфліктології, самопрезентації; інтеграція у соціальні мережі підтримки; навчання самозахисту, асертивності, планування; відновлення або переосмислення професійної діяльності.

5. Постреабілітаційний супровід. Після завершення основної програми важливо забезпечити тривалу підтримку клієнта, щоб запобігти рецидиву та закріпити позитивні зміни. Цей етап формує відчуття стабільності та безпеки, дозволяє уникати повторного занурення в кризу.

Форми: періодичні зустрічі з психологом; участь у групах підтримки; онлайн-супровід або телефонна гаряча лінія; консультації для родичів; нагадування про досягнення та мотиваційні ресурси.

Оцінка ефективності – аналіз прогресу та корекція стратегії за необхідності.

У психологічній реабілітації важливо не тільки розпочати допомогу, а й систематично оцінювати її результативність. Оцінка ефективності – це не одноразова дія, а безперервний процес протягом усього курсу реабілітації. Регулярний аналіз прогресу дозволяє: контролювати динаміку стану клієнта, своєчасно виявляти труднощі, гнучко змінювати або доповнювати програму, посилювати мотивацію клієнта через відображення досягнень.

Цілі оцінки ефективності в психологічній реабілітації. Оцінка ефективності є важливою складовою будь-якого процесу психологічної допомоги. Вона дає змогу не лише контролювати динаміку реабілітації, а й приймати обґрунтовані рішення щодо подальших дій. Нижче розкрито ключові цілі цього етапу.

1. Виявлення змін у психологічному стані клієнта. Це перша і найочевидніша мета – відстежити, що саме змінилося з моменту початку втручання. Фіксація змін дозволяє підтвердити ефективність застосованих методик або виявити їх недостатність. Зміни можуть стосуватись:

- емоційної сфери (зменшення тривоги, депресії, агресії),
- поведінки (покращення комунікації, активності, самостійності),
- мислення (поява більш конструктивного або реалістичного бачення себе і ситуації),
- фізичних проявів психосоматичних станів.

2. Порівняння очікуваних і фактичних результатів. На початку програми зазвичай формуються певні цілі та очікування, які обговорюються з клієнтом. Це допомагає уникнути ілюзій або розчарування, а також коригувати цілі з урахуванням реальної динаміки. У процесі оцінки фахівець порівнює:

- чи наблизилась людина до бажаного результату;
- наскільки результати відповідають її запитам;
- чи змінились цілі в процесі роботи.

3. Визначення, чи відповідає методика потребам клієнта. Оцінка дає змогу зрозуміти, наскільки обрана стратегія відповідає типу проблеми, стилю мислення, особистісним особливостям і життєвому контексту клієнта. Це може свідчити про те, що методика потребує адаптації або заміни. Якщо спостерігається:

- відсутність прогресу;
- зниження залученості клієнта;
- негативні емоції щодо сесій.

4. Прийняття рішення про продовження, корекцію або завершення роботи. Це дозволяє забезпечити ефективне використання часу, ресурсів і зусиль клієнта. Після аналізу результатів фахівець спільно з клієнтом визначає, що робити далі:

- продовжити реабілітацію за наявної динаміки;
- внести зміни до формату, частоти або методик втручання;
- завершити активну фазу та перейти до підтримувального супроводу;
- у разі потреби – направити клієнта до суміжних спеціалістів (психіатр, соціальний працівник тощо).

Методи оцінки ефективності

а) Кількісні методи

- 1. Психологічне тестування.** Повторне використання стандартизованих методик (шкали тривожності, депресії, самооцінки тощо) до і після втручання дає змогу об'єктивно фіксувати зміни.
- 2. Анкетування і самооцінка клієнта.** Клієнт відповідає на запитання про своє самопочуття, настрій, функціональні можливості. Це допомагає відслідковувати суб'єктивний досвід змін.
- 3. Оцінка цілей за шкалою прогресу (Goal Attainment Scaling).** Рівень досягнення поставлених цілей фіксується в балах – від «не досягнуто» до «перевиконано».

б) Якісні методи

1. **Спостереження.** Оцінка поведінки клієнта, емоційних реакцій, стилю спілкування – особливо в груповій роботі.
2. **Напівструктуроване інтерв'ю.** Вільна бесіда дозволяє виявити глибинні зміни у сприйнятті, мотивації, відношенні до життя.
3. **Аналіз щоденників, рефлексій клієнта.** Тексти клієнта (есе, записи, арт-матеріали) демонструють зміни у мисленні, емоціях, самоусвідомленні.

Оцінка ефективності психологічної реабілітації передбачає використання **чітких і обґрунтованих критеріїв**, які дозволяють виявити зміни у стані клієнта не лише кількісно, але й якісно. Нижче подано основні показники, що слугують орієнтирами для психолога.

1. Зменшення інтенсивності симптомів. Один із базових критеріїв – це динаміка у вираженості психологічних симптомів, які турбували клієнта на початку: тривожність стала менш нав'язливою; дратівливість знизилася або зникла; апатія замінилася інтересом до життя; покращився сон, апетит, загальний психофізіологічний стан. Навіть помірне зменшення симптоматики — ознака того, що терапія працює.

2. Зміцнення навичок саморегуляції, подолання стресу. Клієнт поступово набуває здатності самостійно справлятися з емоціями, внутрішньою напругою, кризовими ситуаціями: використовує техніки дихання, релаксації, майндфулнесу; має сформовані стратегії подолання стресу (копінг-стратегії); вміє розпізнавати власний стан і вчасно реагувати на нього. Це свідчить про підвищення психологічної грамотності та внутрішньої сили.

3. Покращення самооцінки, впевненості, емоційного стану. Зміни в уявленні про себе – важливий критерій. Клієнт починає: бачити свої сильні сторони; висловлювати бажання та почуття відкрито; відчувати віру в себе і в можливість змін; проявляти ініціативу, брати відповідальність. Позитивна динаміка в цій сфері зазвичай передують більш глибоким життєвим змінам.

4. Відновлення міжособистісних зв'язків, соціальної активності. Психологічне відновлення передбачає і покращення у сфері спілкування та соціальних контактів. Клієнт починає: повертатися до спілкування з родиною, друзями; брати участь у громадських подіях, колективах; формувати нові стосунки або покращувати наявні. Це є ознакою виходу з ізоляції та повернення до соціального життя.

5. Зростання відповідальності за власний стан, участь у плануванні життя. Остаточним критерієм успішної реабілітації є вміння клієнта не просто справлятися з труднощами, а й самостійно керувати своїм життям: клієнт бере активну участь у плануванні подальших дій; бере на себе відповідальність за своє психічне здоров'я; проявляє ініціативу в розвитку, самоосвіті, нових

починаннях. Це свідчить про повернення автономності, самостійності, життєвої активності.

У процесі психологічної реабілітації надзвичайно важливо не лише дотримуватись плану дій, але й бути готовим до його перегляду та адаптації. Жодна стратегія не є абсолютно універсальною: людина змінюється, обставини змінюються – а отже, і підхід має бути гнучким.

Оцінка ефективності дозволяє виявити наступне:

1. Деякі методики не працюють або викликають супротив. Іноді клієнт не приймає певні форми роботи (наприклад, когнітивну реструктуризацію, арт-терапію або групову взаємодію). Це може бути пов'язано з його типом темпераменту, попереднім досвідом або поточним емоційним станом.
2. Клієнт втрачає мотивацію. Зниження зацікавленості, апатія до занять, пасивність можуть свідчити, що програма стала монотонною або втратила особисту значущість для людини.
3. З'явилися нові обставини. Раптове загострення хвороби, життєва криза, переїзд, втрата близького чи інші зовнішні зміни можуть радикально вплинути на темп і форму реабілітації.

У таких випадках психолог:

1. Переглядає цілі разом із клієнтом. Потрібно оновити або конкретизувати реабілітаційні цілі, зробити їх більш реалістичними та досяжними в нових умовах. Такий діалог відновлює залучення клієнта у процес та підвищує мотивацію.
2. Змінює підходи. Якщо когнітивні техніки не дають результату, варто перейти до більш тілесно-орієнтованих методів (дихання, тілесна робота, майндфулнес). Або навпаки – від тілесного до когнітивного, якщо клієнт потребує аналітичного опрацювання подій.
3. Посилює підтримку або надає більше автономії. Іноді клієнту потрібна більша емоційна підтримка, контакт і стабільність. В інших випадках – навпаки, більше відповідальності, самостійних рішень, відчуття контролю. Спеціаліст має відчувати, що саме зараз потрібне.
4. Змінює інтенсивність занять. Залежно від динаміки процесу, можна зменшити кількість зустрічей, щоб не перевантажувати, або збільшити – для підтримки в кризовий момент. Важливо уникати шаблонного підходу.

Тема 6.

Організація психологічної допомоги при стресових реакціях

Різноманітні фактори впливають на процес психологічної реабілітації, але можна виділити кілька основних:

1. Суб'єктивне переживання травми – важливою є не тільки об'єктивна подія, а й те, як її сприйняла людина. Це може залежати від її попереднього досвіду, особистісних рис, системи цінностей і способу реагування на стрес.

2. Рівень внутрішніх ресурсів – індивідуальна здатність до подолання труднощів, самооцінка та стійкість. Особистість з високим рівнем внутрішніх ресурсів може краще адаптуватися до ситуації.

3. Соціальне оточення – підтримка або, навпаки, відсутність підтримки з боку родини, друзів, колег або суспільства може значно вплинути на хід реабілітації.

4. Доступність професійної допомоги – своєчасне втручання фахівців, наявність психологічної підтримки та терапії є критичними для успішного відновлення.

5. Вікові та культурні особливості – специфіка реабілітації для людей різного віку, соціальних груп і культурних контекстів.

Поняття про стрес, сучасні моделі стресу

Стрес є однією з найважливіших проблем сучасної психології та медицини. У швидкоплинному світі, де людина щоденно стикається з великою кількістю викликів, розуміння природи стресу має вирішальне значення для підтримки психічного та фізичного здоров'я.

Стрес – це психофізіологічний стан напруженості, що виникає у відповідь на вплив зовнішніх чи внутрішніх чинників, які порушують рівновагу організму (гомеостаз).

Вперше науково описав стрес канадський фізіолог **Ганс Сельє** у 1936 році. Він визначив стрес як "неспецифічну реакцію організму на будь-яке пред'явлене йому зусилля". Також Сельє розробив класичну модель стресу, яку назвав **Генеральним адаптаційним синдромом (ГАС)**. Вона описує типовий шлях реакції організму на тривалий вплив стресорів і включає **три основні фази**:

1. Стадія тривоги (alarm stage). Це початкова реакція організму на стресор – несподівану загрозу чи зміну. На цьому етапі організм готується до "боротьби або втечі". Якщо загроза минає, стан нормалізується. Якщо стрес триває – настає наступна фаза.

Фізіологічні прояви: активація симпатичної нервової системи; викид гормонів стресу (адреналін, кортизол); почастішання серцебиття, дихання, підвищення тиску; напруга м'язів, загострення зору та слуху.

Психологічні прояви: тривога, неспокій, емоційне напруження; мобілізація уваги на джерелі загрози.

2. Стадія опору (resistance stage). Організм адаптується до постійного впливу стресора та вступає в боротьбу з ним. Якщо стрес не знімається, організм тривалий час перебуває у напруженні. Це виснажує ресурси і веде до наступної фази.

Фізіологічні процеси: підтримка високого рівня гормонів; відновлення енергетичного балансу; активізація адаптивних систем (імунна, серцево-судинна, психічна).

Психологічні процеси: часткове звикання до стресової ситуації; використання копінг-стратегій; можлива підвищена продуктивність (тимчасово).

3. Стадія виснаження (exhaustion stage). Ця фаза є небезпечною, оскільки може призвести до серйозних психічних або фізичних розладів. Необхідне втручання спеціалістів і відновлення балансу. Коли ресурси організму вичерпано, він більше не здатен підтримувати опір стресору; фізіологічні наслідки: ослаблення імунної системи; хронічна втома, порушення сну, головний біль; ризик розвитку соматичних захворювань (гіпертонія, виразка, серцево-судинні проблеми).

Психологічні наслідки: апатія, депресія, емоційне вигорання; розлади адаптації, тривожні стани.

Модель Сельє дає змогу зрозуміти, як поступово розвивається стрес та чому важливо вчасно реагувати на його прояви. Вона актуальна для роботи психологів, педагогів, лікарів та керівників.

Стрес може проявлятися по-різному та мати як позитивні, так і негативні наслідки. Психологи виділяють кілька основних видів стресу, які відрізняються за впливом на людину, тривалістю і характером реакції.

Еустрес – це позитивний стрес, який викликає підвищену активність, мотивацію та енергію для досягнення цілей. Він виникає у ситуаціях, коли перед людиною стоять складні, але посильні завдання: складання іспиту, виступ перед аудиторією, участь у змаганні. Еустрес мобілізує сили, підвищує концентрацію уваги, сприяє зростанню. Такий стрес корисний і природний — без нього людина не могла б розвиватися.

Дистрес – це негативний, руйнівний тип стресу, який перевищує адаптаційні можливості людини. Він виникає внаслідок надмірного або тривалого психологічного навантаження, що викликає втрату контролю над ситуацією. Дистрес може призводити до тривоги, депресії, психосоматичних

захворювань, емоційного виснаження. Він не стимулює розвиток, а навпаки — блокує ресурсність і шкодить здоров'ю.

Гострий стрес – це короткочасна реакція організму на раптову небезпеку або значну подію. Наприклад, аварія, конфлікт, неочікувана новина. У цей момент організм мобілізується: зростає пульс, активізується увага, м'язи напружуються. Якщо подія минає швидко, і організм має можливість відновитися, гострий стрес не є небезпечним. Але у випадку повторення він може перейти у хронічний стан.

Хронічний стрес – це тривалий стан психічної напруги, який часто виникає в умовах постійного тиску, невизначеності, емоційного або фізичного перевантаження. Його причинами можуть бути важка робота, фінансові проблеми, хвороба близької людини, війна або постійні конфлікти. Хронічний стрес виснажує нервову систему, призводить до порушення сну, зниження імунітету, депресивних станів. Він є одним із найнебезпечніших факторів ризику для психічного та фізичного здоров'я.

Патологічна та салютогенна парадигми в кризовій психології.

Кризова психологія займається підтримкою людей у ситуаціях гострого психоемоційного стресу: втрати, насильства, катастроф, війни тощо. Залежно від підходу до розуміння природи кризових станів, у цій галузі сформувалися дві провідні парадигми: **патологічна** та **салютогенна**. Вони відображають різні погляди на те, як реагувати на кризу і яким чином надавати допомогу.

Патологічна парадигма (традиційна, медична модель) розглядає кризу як деструктивний, хворобливий процес, що вимагає корекції або лікування.

Основні положення:

- Криза – це психічний розлад або девіація.
- Особа в кризі – допомоги, який потребує втручання фахівця.
- Основна мета – усунути симптоми (тривожність, депресію, дезадаптацію).
- Застосовуються клінічні інструменти: діагностика, медикаментозна підтримка, психотерапія.

Критика:

Патологічна парадигма, хоч і має певні наукові та практичні здобутки, часто піддається обґрунтованій критиці. Її основні недоліки пов'язані з обмеженим поглядом на природу людини та кризового досвіду. Нижче подано розгорнуте пояснення трьох ключових аспектів критики цієї моделі.

1. Орієнтація лише на негатив. Патологічний підхід здебільшого зосереджується на симптомах, порушеннях і дефіцитах, які виникають під час кризових ситуацій. Такий фокус призводить до того, що увага фахівця зосереджується переважно на "що не так", замість "що можна зміцнити".

Кризовий стан розглядається виключно як руйнівний процес, без врахування його потенціалу для змін, особистісного розвитку чи трансформації. Це обмежує розуміння повного спектру реакцій людини на труднощі.

2. Ігнорування ресурсів особистості. У межах патологічної парадигми майже не враховуються внутрішні ресурси клієнта, такі як воля, мотивація, система цінностей, духовні орієнтири чи досвід подолання труднощів у минулому. Людина вважається пасивним об'єктом втручання, а не активним учасником процесу одужання. У результаті замість підтримки автономії клієнта формується залежність від фахівця або системи. Це знижує ефективність допомоги у довгостроковій перспективі.

3. Схильність до стигматизації. Ще один важливий недолік – сприйняття особи в кризі як "пацієнта", який потребує лікування. Такий підхід сприяє формуванню ярликів і соціального відчуження. Людина починає ідентифікувати себе з діагнозом або "психологічною проблемою", що може погіршити її самооцінку, соціальні зв'язки та мотивацію до саморозвитку. У суспільстві це також підтримує негативне ставлення до звернення по психологічну допомогу, посилюючи стигму навколо психічного здоров'я.

Салютогенна парадигма – це позитивний, ресурсний підхід, який був сформульований Аароном Антоновським у контексті загального здоров'я, але активно використовується й у кризовій психології.

Основні положення:

- Криза – не лише загроза, а й можливість для зростання, розвитку, переосмислення.
- Особа в кризі – активний учасник процесу, здатний знайти внутрішні ресурси для подолання.
- Головна мета – активізувати адаптаційні механізми, відновити сенс життя, підтримати почуття контролю.
- Важливе місце посідає поняття "відчуття узгодженості" (sense of coherence) – здатність людини бачити світ зрозумілим, керованим і значущим.

Переваги:

Салютогенна парадигма в кризовій психології пропонує інноваційний, гуманістичний підхід до роботи з людьми, які пережили психотравмуючі події. Вона орієнтована не на патологію, а на здоров'я, ресурси та потенціал особистості. Її переваги відображають глибокий повагу до людської гідності та віру у внутрішню силу кожної людини. Ось детальне розкриття основних переваг цієї моделі.

1. Зниження стигматизації. Однією з найважливіших переваг салютогенного підходу є відмова від ярликів і діагнозів як головного засобу опису людини. Особа, яка переживає кризу, не сприймається як "пацієнт" чи "проблемна", а як людина, що тимчасово опинилася у складній життєвій ситуації. Це дозволяє зменшити соціальний осуд, знижує страх звертатися за допомогою і сприяє формуванню довіри між клієнтом і фахівцем. Таким чином, психологічна допомога стає більш доступною і прийнятною.

2. Підвищення самодостатності клієнта. Салютогенна парадигма заохочує клієнта до активної участі у процесі подолання кризи, що сприяє розвитку відповідальності за власний стан і життя. Людина не лише отримує підтримку, а й навчається знаходити рішення, формує навички самопомоги та саморегуляції. У результаті зростає її впевненість у власних силах, автономність та здатність діяти ефективно навіть у складних обставинах. Це не просто тимчасове вирішення проблеми, а тривалий особистісний розвиток.

3. Стимулювання особистісного зростання. На відміну від підходів, які зосереджуються на зменшенні симптомів, салютогенна модель розглядає кризу як можливість для переосмислення життя, оновлення цінностей, духовного росту. У цьому підході людина не тільки "відновлюється", а й стає сильнішою, глибшою, ціліснішою. Криза може виступати точкою опори для позитивних змін – наприклад, перегляду пріоритетів, зміни життєвих стратегій, покращення якості стосунків.

Порівняльна характеристика

Критерій	Патологічна парадигма	Салютогенна парадигма
Сприйняття кризи	Як хворобу, збій	Як виклик, шанс для розвитку
Роль особи	Пасивна, "пацієнт"	Активна, "суб'єкт допомоги"
Мета втручання	Усунення симптомів	Пошук сенсу, мобілізація ресурсів
Підхід	Медичний, психіатричний	Психоедукаційний, гуманістичний
Результат	Стабілізація	Розвиток, адаптація

Обидві парадигми мають право на існування й можуть бути ефективними залежно від контексту. Важливо, щоб фахівці з кризової психології вміли гнучко поєднувати обидва підходи, надаючи не лише клінічну допомогу, а й створюючи умови для внутрішнього зростання клієнта. Сучасна практика дедалі частіше орієнтується саме на салютогенний підхід, який підкреслює цінність людини як джерела сили навіть у найтяжчих обставинах.

Медична, психологічна, соціально-професійна реабілітація військових, що зазнали психологічних порушень внаслідок поранень та захворювань.

Реабілітація військовослужбовців, які зазнали фізичних і психологічних травм унаслідок бойових дій, – це складний міждисциплінарний процес, який охоплює медичну, психологічну та соціально-професійну складові. Її мета полягає не лише у відновленні фізичних функцій, а в поверненні ветерана до повноцінного життя, з урахуванням нових обставин, потреб і внутрішніх змін.

Медична реабілітація військових є базовим етапом у процесі комплексного відновлення після участі в бойових діях. Вона передбачає цілеспрямовану допомогу у лікуванні фізичних наслідків поранень, таких як опіки, ампутації, черепно-мозкові травми, наслідки вибухових хвиль, а також вторинних ускладнень, включно з інфекціями та ураженнями внутрішніх органів.

Особлива увага приділяється станам, що супроводжують бойову травму – зокрема неврологічним порушенням, розладам сну, хронічному болю, який має як фізіологічну, так і психосоматичну природу. Враховується також тісний зв'язок між тілесними й психічними проявами посттравматичного стресового розладу.

У рамках медичної допомоги застосовується фізіотерапія та лікувальна гімнастика, що спрямовані на поступове відновлення функцій опорно-рухового апарату, загального тону організму та зменшення м'язових спазмів. Проводиться ортопедичне та протезне забезпечення, яке супроводжується спеціальним навчанням користування допоміжними засобами. Важливою складовою також є відновлення координації рухів, моторики, функцій внутрішніх органів після тривалого лежачого стану чи оперативних втручань.

Психофармакологічна підтримка в медичній реабілітації охоплює лікування тривожних, депресивних і посттравматичних розладів, які часто ускладнюють загальний стан військовослужбовця, впливають на адаптацію та знижують мотивацію до участі в реабілітаційних заходах. Саме тому медикаментозна терапія є важливим компонентом системного підходу.

Медична реабілітація закладає фундамент для подальших етапів – психологічного та соціального відновлення, допомагає людині повернути віру у можливість змін, контроль над тілом і, зрештою, над життям.

Психологічна реабілітація військових має ключове значення в процесі повернення людини до повноцінного життя після пережитих бойових дій, травм і втрат. Її головною метою є подолання посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зниження тривожності, стабілізація депресивних станів, робота з почуттям провини, агресії, внутрішнього спустошення та втрати сенсу життя.

Багато військових після повернення зі зони бойових дій стикаються з емоційною відчуженістю, ізоляцією, нерозумінням з боку близьких, труднощами в комунікації, складнощами в адаптації до мирного середовища.

Реабілітація передбачає системну психотерапевтичну підтримку, яка може відбуватись як у форматі індивідуальної, так і групової роботи. Застосовуються різні підходи – когнітивно-поведінкова терапія, метод десенсибілізації і репроцесування за допомогою руху очей (EMDR), а також тілесно-орієнтовані методики, що допомагають пропрацювати травму через роботу з тілом. Велике значення має також навчання емоційній саморегуляції, розвиток навичок усвідомлення власного стану, вміння керувати емоційними реакціями.

Окремим напрямом роботи є програми за принципом «ветеран – ветерану», в яких досвідчені учасники бойових дій надають психологічну підтримку тим, хто ще перебуває в процесі адаптації. Така форма є ефективною, оскільки забезпечує довіру, емпатію та взаєморозуміння без потреби в додаткових поясненнях.

Особливу увагу приділяють роботі з родиною. Повернення військового додому супроводжується не лише психологічними змінами у ньому самому, а й трансформаціями в родинній системі. Тому дуже важливо відновити довіру, навчити членів родини правильно реагувати на поведінкові зміни, знизити ризик конфліктів, ізоляції, повторної травматизації.

Психологічна реабілітація також включає заходи соціальної інтеграції, які допомагають ветерану наново знайти себе в мирному суспільстві. Це можуть бути участь у ретритах, психологічних таборах, ветеранських ініціативах, де військові відчувають підтримку, обмінюються досвідом, формують нові життєві орієнтири.

Таким чином, психологічна допомога – це не лише про «вилікувати симптоми», а про те, щоб повернути людині цілісність, гідність і віру в себе після глибокого життєвого випробування.

Соціально-професійна реабілітація військових, які повертаються з війни, є важливою складовою їхнього повноцінного повернення до мирного життя. Вона спрямована на відновлення або формування нових професійних навичок, адаптацію до зміненого цивільного середовища, побудову стійких соціальних контактів, а також на забезпечення правової, матеріальної й психологічної стабільності. Цей напрям допомоги дозволяє людині не лише вижити після пережитої травми, а й знайти нове місце у суспільстві, відчути себе корисною, затребуваною, спроможною до змін.

Реабілітаційні заходи охоплюють цілу низку ініціатив. Серед них – професійна орієнтація, що дає змогу обрати новий фах, виходячи з реальних можливостей та інтересів. Програми перекваліфікації допомагають опанувати нову професію або адаптувати вже набуті навички до сучасного ринку праці.

Дуже важливо, щоб ветеран отримував супровід під час цього процесу – кар’єрне консультування, підготовка до співбесід, допомога з працевлаштуванням та доступ до пільг.

Не менш важливою є юридична та адміністративна підтримка – правильне оформлення документів, отримання соціальних гарантій, житлових чи медичних пільг. Без цього етапу людина часто відчуває безсилля перед системою, що лише посилює відчуття втрати контролю над життям.

Реабілітація також включає освітні ініціативи, які передбачають доступ до інклюзивної освіти, підтримку в процесі навчання, менторство з боку інших фахівців чи ветеранів. Важливо, щоб процес соціального відновлення включав участь у реальних життєвих подіях – проєктах, волонтерських рухах, громадських ініціативах. Це не лише зміцнює зв’язок з іншими, а й дає можливість ветерану відчувати себе частиною спільноти, важливою і дієвою ланкою суспільства.

Також велике значення має залучення до творчої діяльності, спортивних програм, які дозволяють знизити стрес, відновити емоційне здоров’я, сформувані нові особистісні орієнтири.

Таким чином, соціально-професійна реабілітація – це не просто повернення до праці чи побуту, а створення нового життєвого простору, де людина після війни може відчувати себе живою, потрібною і гідною.

Основні завдання та етапи психологічної реабілітації військових.

Психологічна реабілітація військових є надзвичайно важливою складовою процесу повернення людини до мирного життя після участі в бойових діях. Її основне завдання полягає в тому, щоб допомогти людині відновити внутрішню рівновагу, подолати наслідки психологічної травми, адаптуватися до нових життєвих умов і знайти нові життєві орієнтири. Реабілітація має також на меті зміцнення особистих ресурсів, формування навичок саморегуляції, відновлення здатності до довіри, спілкування та побудови стосунків.

Процес реабілітації розгортається у кілька послідовних етапів. Перший з них – **діагностичний**. На цьому етапі фахівці аналізують психоемоційний стан військового, виявляють наявність посттравматичного стресового розладу, тривожних чи депресивних симптомів, визначають потреби та можливі ризики. Оцінюється загальний психологічний профіль, рівень стресостійкості, особисті ресурси.

Далі йде **стабілізаційний етап**, під час якого основна увага зосереджується на зниженні рівня емоційної напруги, нормалізації сну, поведінки, зменшенні проявів тривоги, агресії або апатії. Тут застосовуються методи кризової інтервенції, тілесно-орієнтована терапія, арт-терапевтичні практики, які дають змогу м’яко вивести людину з гострого стану.

Третім етапом є активна **психокорекційна робота**. На цьому рівні фахівці допомагають пропрацювати глибинні травматичні переживання, змінити деструктивні переконання, які сформувалися під впливом бойового досвіду. Психотерапія спрямована на повернення людини до себе, відновлення її внутрішньої цілісності, формування нової ідентичності – вже не лише «військової», але й цивільної, людської.

На завершальному етапі, який називають **реінтеграційним**, здійснюється поступове повернення людини до звичного життя. Особлива увага приділяється формуванню стійких соціальних зв'язків, відновленню стосунків у родині, на роботі, у громаді. Психологічна підтримка на цьому рівні допомагає адаптуватися до нової ролі, взяти на себе відповідальність за подальше життя та будувати нові життєві плани.

Таким чином, психологічна реабілітація військових – це не короткочасна допомога, а глибокий процес відновлення внутрішнього світу людини, яка пройшла крізь випробування війни. Її успіх залежить не лише від фаховості спеціалістів, а й від поваги до гідності та досвіду кожного ветерана.

Психологічна реабілітація мирного населення, що постраждало внаслідок військових дій

Психологічна реабілітація цивільного населення, яке постраждало від війни, є одним із найскладніших викликів сучасної психосоціальної допомоги. У контексті збройного конфлікту мільйони мирних жителів переживають глибоку психологічну травму – втрату близьких, руйнування дому, поранення, окупацію, вимушене переселення, зґвалтування, перебування під обстрілами або в полоні. Ці події залишають тривалі наслідки для психіки, викликають відчуття страху, втрати опори, віри в безпеку та справедливість.

Основне завдання психологічної реабілітації – відновити внутрішню рівновагу, повернути людині відчуття контролю над життям, допомогти адаптуватися до нових умов, знизити рівень тривожності, депресії, ПТСР. У роботі з постраждалими важливо враховувати їхній індивідуальний досвід, травматичний слід, соціальний контекст і вікові особливості.

Реабілітація часто починається зі створення **безпечного середовища** – фізичного й емоційного, де людина може говорити про свої переживання без загрози осуду або вторинної травматизації. На перших етапах важливо надати психологічну першу допомогу: емоційне "заземлення", нормалізацію реакцій, стабілізацію. Також важливо забезпечити **психоедукацію**, пояснюючи, що симптоми – природна відповідь на екстремальні події, і з цим можна впоратися.

Після стабілізації розпочинається більш глибока психологічна робота. Вона може включати індивідуальну або групову психотерапію, арт-терапевтичні техніки, тілесно-орієнтовані практики, елементи КПТ, а також роботу з

ресурсами та позитивною ідентичністю. У дітей і підлітків використовуються ігрові, казкотерапевтичні, сенсорні методи, які дозволяють м'яко опрацювати травматичний досвід.

Особливу увагу приділяють родинам, які втратили членів, а також жінкам і дітям, що пережили насильство або були свідками жорстокості. Для них створюються спеціалізовані програми підтримки – кризові центри, мобільні бригади, психосоціальні табори. Також важливим є відновлення соціальних зв'язків і згуртованості громади, що сприяє створенню відчуття єдності, підтримки та надії.

Таким чином, психологічна реабілітація мирного населення – це процес довготривалий і багаторівневий. Його мета полягає не лише в подоланні наслідків травми, а й у відновленні людської гідності, сили духу та спроможності жити далі – попри війну, втрати і біль.

Перша психологічна допомога особам у стресових та кризових ситуаціях.

Перша психологічна допомога (ППД) – це комплекс простих, але ефективних дій, які надаються людям у стані сильного стресу або гострої психологічної кризи. Такі ситуації можуть бути спричинені війною, катастрофами, насильством, втратою близьких, травмою або іншими екстремальними подіями. Метою першої допомоги є не глибоке лікування, а стабілізація психоемоційного стану, підтримка відчуття безпеки, зменшення паніки та створення простору для подальшої адаптації.

ППД може надаватися не лише професійними психологами, а й волонтерами, соціальними працівниками, педагогами, рятувальниками – за умови попереднього навчання базовим навичкам емпатії, спостереження й комунікації. Найважливіше завдання – бути поруч, спокійно й уважно слухати, допомагати людині зорієнтуватися у своєму стані та в оточенні.

Перша допомога передбачає кілька ключових компонентів. По-перше, це створення фізично і психологічно безпечного простору, де людина може заспокоїтись, сісти, відчути опору. По-друге – вербальна підтримка: доброзичливе звернення, вияв емпатії, уникнення нав'язування рішень або оцінок. Важливо також допомогти людині сфокусуватися на "тут і зараз", наприклад, за допомогою дихальних вправ, спостереження за оточенням, простих питань, які повертають до реальності.

У деяких випадках ППД включає надання інформації про те, що відбувається, що може допомогти людині знизити тривожність і повернути почуття контролю. Якщо потрібно – допомогти встановити контакт із рідними, надати контакти фахівців або соціальних служб.

Перша психологічна допомога не має на меті змушувати людину "говорити про це" або ділитися болючим досвідом. Навпаки, вона створює умови, у яких людина сама вирішує, коли і як їй зручно комунікувати. Повага до особистого простору, ритму та мовчання – це теж частина допомоги.

Особливо важливо пам'ятати, що ефективна перша допомога ґрунтується не на знанні "правильних фраз", а на присутності, увазі, турботі. Людина в кризі перш за все шукає того, хто буде поруч – не як експерт, а як людина, здатна витримати її біль і не відвернутися.

Формування стресостійкості

Стресостійкість – це не вроджена риса, а динамічна здатність, яка формується впродовж усього життя. Вона залежить від виховання, досвіду, типу темпераменту, умов середовища, а також від усвідомлених зусиль людини з підтримання свого психологічного здоров'я. Кожна людина може розвивати стресостійкість, вдаючись до певних психологічних практик і стратегій.

Саморегуляція – це здатність людини керувати своїм емоційним станом, поведінкою і фізіологічними реакціями. Розвивати цю здатність можна через:

- **медитацію** — сповільнення розумової активності, концентрація на теперішньому моменті;
- **дихальні техніки** – нормалізація ритму дихання, що автоматично знижує рівень тривоги;
- **арт-терапію** – вираження почуттів через творчість допомагає знизити напругу, опрацювати переживання.

Ці інструменти сприяють стабілізації нервової системи і зміцненню внутрішнього контролю.

Копінг-стратегії – це способи подолання стресу. Вони бувають конструктивними й деструктивними. Мета розвитку стресостійкості – засвоїти ефективні способи реагування:

- конструктивне вирішення проблеми – активні дії для зміни ситуації;
- пошук соціальної підтримки – звернення за допомогою, діалог, взаємна підтримка;
- переосмислення ситуації – зміна ставлення до проблеми замість паніки або уникнення.

Такі навички дають змогу зменшити вплив стресу та не допускати його накопичення.

Тема 7.

Практичні аспекти психологічної реабілітації осіб з девіантною поведінкою

Девіантна поведінка – це відхилення від соціальних норм і стандартів поведінки, які прийняті в суспільстві. Це може включати агресію, правопорушення, вживання наркотиків, порушення соціальних ролей тощо.

Види девіантної поведінки

1. Соціально-пасивна девіантна поведінка. Цей тип девіацій проявляється в ухиленні від активної участі в житті суспільства, уникненні обов'язків або соціальних очікувань.

Приклади: прогули навчання, відмова від праці; життя «на утриманні», паразитарний стиль; залежна поведінка (від батьків, партнера, держави); відчуженість, соціальна ізоляція, самовідсторонення.

2. Асоціальна (антисоціальна) поведінка. Це поведінка, що порушує етичні, моральні або культурні норми, але не завжди карається законом.

Приклади: грубість, агресія, хамство; знущання над іншими (булінг); вандалізм, провокації; нехтування моральними цінностями (аморальність, цинізм).

3. Деліквентна поведінка. Це поведінка, що безпосередньо порушує норми права, проте часто не призводить до кримінальної відповідальності.

Приклади: дрібне хуліганство; крадіжки; бійки; порушення комендантської години, правил безпеки тощо.

4. Кримінальна (злочинна) поведінка. Найбільш серйозний вид девіацій, який пов'язаний із вчиненням злочинів, передбачає юридичне покарання.

Приклади: крадіжки, грабежі, розбої; насильницькі дії; шахрайство, корупція; умисні злочини проти життя, здоров'я, власності.

5. Адиктивна поведінка (залежності). Це девіантна поведінка, що пов'язана із вживанням речовин або нав'язливим залученням до певних дій, що шкодять фізичному або психічному здоров'ю.

Приклади: алкогольна та наркотична залежність; ігрова, комп'ютерна, інтернет-залежність; переїдання, анорексія, булімія; шопоголізм, трудовоголізм.

6. Саморуйнівна поведінка. Це тип поведінки, спрямований на заподіяння шкоди собі – фізичної, психологічної або соціальної.

Приклади: аутоагресія (порізи, побиття себе); суїцидальні думки або дії; свідоме нехтування здоров'ям; токсичні стосунки, самоізоляція.

Психолого-педагогічна реабілітація орієнтована на корекцію поведінки, розвиток особистості, формування життєвих навичок та морально-ціннісної орієнтації. Особливості:

- Індивідуальний підхід – урахування причин девіантної поведінки, рівня розвитку, мотивації, сімейного оточення.
- Освітній вплив – створення умов для повернення до навчання, підвищення освітнього рівня, стимулювання когнітивної активності.
- Розвиток саморефлексії – допомога у формуванні вмінь аналізувати власні вчинки, усвідомлювати наслідки.
- Моделювання ситуацій вибору – участь у тренінгах рішень, моральних дилем, соціальних рольових іграх.
- Відновлення позитивного “Я-образу” – через творчість, волонтерство, участь у гуртках, проєктах.

Соціально-психологічна реабілітація спрямована на відновлення соціальних зв’язків, розвиток емоційної компетентності, подолання відчуження й агресії. Особливості:

- Робота з сім’єю – залучення родичів до процесу підтримки, корекція сімейних ролей, терапія співзалежності.
- Соціальне навчання – формування вмінь конструктивної комунікації, емпатії, вирішення конфліктів.
- Позитивне групове середовище – створення здорового соціального оточення (групи підтримки, наставництво).
- Формування ціннісних орієнтацій – переосмислення життєвих цілей, розвиток відповідальності.

Психологічна реабілітація осіб з девіантною поведінкою включає такі етапи:

1. Діагностика та виявлення причин девіантної поведінки – розуміння кореня проблеми, таких як травма, психічні захворювання або соціальна ізоляція.

2. Мотивація до змін – важливо допомогти пацієнту зрозуміти, чому його поведінка є непродуктивною і як вона впливає на його життя.

3. Психотерапевтичне втручання – це може бути когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, або психоаналітичні методи, спрямовані на корекцію спотворених переконань і зміну поведінки.

4. Робота з соціальними зв'язками – зокрема, допомога в розвитку здорових соціальних відносин, заміна девіантних контактів на більш здорові й підтримуючі.

5. Реінтеграція в суспільство – важливо забезпечити людині можливість поступово адаптуватися до соціальних норм та відновити соціальну роль.

Психологічний супровід дітей з педагогічною занедбаністю

Педагогічна занедбаність – це стан, за якого дитина має значні прогалини в розвитку особистості, знаннях, нормах поведінки, емоційно-вольовій сфері через недостатність виховного впливу з боку сім'ї, школи чи соціуму. Такі діти часто демонструють соціальну неадаптованість, порушення дисципліни, низьку самооцінку, схильність до девіацій. Тому психологічний супровід має бути системним, делікатним і спрямованим на компенсацію дефіцитів.

Особливості взаємодії з педагогічно занедбаними дітьми. Потрібна висока толерантність до фрустрації з боку фахівця. Важливо не карати, а навчати альтернативної поведінки. Необхідно відновлювати довіру до дорослого через послідовність і прийняття. Кожне досягнення варто підкріплювати позитивним зворотним зв'язком.

Ключові напрями роботи психолога

1. Діагностична робота. Визначення рівня занедбаності (когнітивний, емоційний, моральний, соціальний розвиток). Виявлення супутніх проблем: психотравм, занедбаності, насильства, занепаду уваги.

2. Розвиток емоційної сфери. Формування базової емоційної грамотності: навчання розпізнавати, називати, регулювати емоції. Робота з гнівом, соромом, провинною – через малюнок, гру, моделювання ситуацій.

3. Корекція мислення та поведінки. Виявлення когнітивних спотворень («я нікому не потрібен», «я поганий»). Формування нових установок через позитивний досвід, рефлексію.

4. Соціалізація та комунікативні навички. Тренінги командної роботи, вправи на довіру. Групи підтримки: «друзі замість агресії», «я можу бути корисним».

5. Формування мотивації до навчання та розвитку. Мотиваційні заняття з елементами гри та самореалізації. Поступове включення дитини в навчальний процес із адаптованими завданнями.

6. Сімейне консультування. Аналіз стилю виховання, цінностей, комунікації в родині. Розробка індивідуального плану родинної підтримки, рекомендації для батьків.

Важливі принципи роботи психолога:

- **Безоцінне прийняття** – дитина, навіть із негативною поведінкою, має відчувати себе потрібною.
- **Поступовість** – не можна вимагати різких змін, робота має бути поетапною.
- **Ресурсність** – фокус на сильних сторонах дитини, навіть якщо їх небагато.
- **Співпраця** – об'єднання зусиль школи, родини, соціальних служб.

Тема 8.

Мотиваційний чинник в реабілітаційному процесі. Принципи та підходи роботи з мотивацією в психології

Мотивація до реабілітації. Психологічна робота з мотивацією людини, яка потребує реабілітації

Мотивація до реабілітації є ключовим фактором, що визначає успішність процесу відновлення фізичного, психічного та соціального функціонування людини після травми, хвороби або психоемоційного потрясіння. Без внутрішнього бажання людини співпрацювати з фахівцями, долати труднощі й прагнути до покращення – жодні методики не дадуть повного ефекту.

Мотивація до реабілітації – це внутрішнє або зовнішнє спонукання до дій, спрямованих на відновлення здоров'я, функціональності та якості життя. Вона включає: прагнення подолати обмеження; віру у можливість змін; відчуття мети та сенсу у відновленні.

Мотивація до реабілітації не виникає сама по собі, вона формується під впливом різних внутрішніх і зовнішніх факторів. Розуміння цих джерел є надзвичайно важливим для фахівців, які працюють із людьми, що потребують відновлення після травм, захворювань чи психологічних потрясінь.

Внутрішня мотивація виходить із самої людини, її цінностей, переконань, емоційних потреб і прагнень. Ці мотиви, як правило, є найстійкішими та найбільш ефективними у процесі реабілітації.

1. **Самозбереження.** Інстинктивне прагнення до життя, безпеки, здоров'я. Людина хоче вижити, зберегти функціональність, уникнути погіршення стану.
2. **Бажання повернутися до активного життя.** Спроба відновити попередній рівень діяльності, роботи, спілкування, хобі. Це дає людині відчуття нормальності та контролю над власним життям.
3. **Потреба в самореалізації.** Стремління до розвитку, досягнення цілей, виконання особистої місії. Навіть після втрати або травми людина може прагнути реалізувати себе в нових умовах.
4. **Відповідальність перед близькими.** Усвідомлення важливості власного стану для сім'ї, дітей, партнерів. Це мотивує не здаватися, прагнути покращення заради інших.

Зовнішня мотивація пов'язана з факторами оточення: підтримкою, очікуваннями, вимогами або впливом інших людей. Вона може бути менш стабільною, але відіграє велику роль на початкових етапах реабілітації.

1. **Підтримка родини.** Емоційне та практичне підкріплення з боку близьких: турбота, віра, заохочення. Людина відчуває, що вона не одна, її люблять і чекають.

2. **Суспільні очікування.** Норми, стандарти поведінки, соціальна роль можуть слугувати поштовхом до дії. Наприклад, бажання "не бути тягарем", виконувати функції, відповідати образу "сильної особистості".
3. **Зобов'язання перед роботою.** Відповідальність перед колективом, прагнення повернутися до професійної діяльності, уникнути втрати статусу або доходу.
4. **Стимулювання з боку спеціалістів.** Мотиваційна підтримка з боку лікарів, психологів, реабілітологів. Їхня впевненість у пацієнті, позитивні прогнози та правильне комунікування можуть значно посилити бажання працювати над собою.

Серед причини зниження мотивації до реабілітації виділяють: втрата віри у власні сили або ефективність методів; депресія, апатія, емоційне вигорання; невизначеність термінів і результатів лікування; відсутність соціальної підтримки; негативний досвід попередніх спроб реабілітації.

Завдання психолога в роботі з мотивацією до реабілітації.

Реабілітація – це не лише фізичний або медичний процес, а також глибокий психологічний шлях, у якому важливу роль відіграє мотивація людини до змін і відновлення. Завдання психолога полягає не просто в тому, щоб підтримувати клієнта, а й цілеспрямовано працювати над зміцненням мотиваційної сфери. Нижче розкрито основні напрями цієї роботи.

1. Виявити рівень мотивації клієнта. На початковому етапі психолог повинен оцінити, **наскільки клієнт зацікавлений у процесі реабілітації**, чи вірить він у позитивний результат, які очікування має від лікування. Це можна зробити за допомогою: діалогу (мотивуюче інтерв'ю), спеціальних психодіагностичних методик, спостереження за емоційною реакцією на обговорення реабілітаційних цілей.

2. Допомогти людині усвідомити цінність і сенс реабілітації. Клієнт не завжди розуміє, **чому важливо проходити реабілітацію**. Часто мотивація буває зовнішньою або вимушеною. Завдання психолога – знайти в особистому досвіді людини глибші сенси, пов'язані з її життям, цілями, стосунками, цінностями. Це допомагає: підвищити внутрішню мотивацію, сформувати особистісну зацікавленість у відновленні.

3. Підтримати віру в можливість змін і розвиток. Одне з найважчих завдань – подолати почуття безнадійності або страху перед невдачею. Людина може не вірити в себе через минулі невдалі спроби або важкий діагноз. Психолог працює над: формуванням оптимістичного, але реалістичного бачення майбутнього, посиленням почуття контролю над ситуацією, опорою на вже наявні успіхи чи ресурси.

4. Сприяти встановленню реалістичних цілей. Мотивація часто зникає, коли очікування клієнта не відповідають можливостям або результатам. Психолог допомагає: формулювати досяжні коротко- та довгострокові цілі, розбивати великий процес на етапи з проміжними досягненнями, навчити бачити навіть незначні покращення як важливий прогрес.

5. Надати емоційну підтримку та визнання досягнень. Психолог повинен бути **опорою для клієнта** на шляху відновлення. Важливо: визнавати зусилля, навіть якщо результат ще далекий від ідеалу, створювати атмосферу довіри, прийняття й розуміння, допомагати знижувати самокритику, страх оцінювання, сором.

Особливості мотивування різних груп клієнтів до реабілітації

Мотивація до реабілітації є індивідуальною для кожної людини, однак соціально-демографічні та психологічні особливості клієнта значною мірою впливають на вибір стратегії мотиваційної підтримки. Психолог або інший спеціаліст має враховувати вік, стать, життєвий досвід, характер захворювання або травми, соціальну ситуацію тощо.

Діти та підлітки: особливості мотивування до реабілітації

Мотивація до реабілітації у дітей та підлітків має свої специфічні риси, обумовлені віковими особливостями розвитку. Ця категорія клієнтів зазвичай не є повністю автономною у прийнятті рішень, а рівень усвідомлення складності ситуації й майбутніх наслідків може бути обмеженим.

1. **Залежність від дорослих у прийнятті рішень.** Діти покладаються на батьків, лікарів, учителів у важливих життєвих питаннях, тому підтримка з боку дорослих відіграє ключову роль у формуванні мотивації.
2. **Обмежене усвідомлення довготривалих наслідків.** Дитина або підліток не завжди здатні передбачити, до чого призведе відмова від лікування чи реабілітації, що ускладнює мобілізацію внутрішніх ресурсів.
3. **Низька критичність до власного стану.** Особливо в молодшому віці – дитина не усвідомлює серйозність свого стану, не завжди вірно оцінює межі можливостей та потреби у втручанні.

Стратегії мотивування

1. Залучення і підтримка батьків або опікунів як активних учасників процесу. Батьки мають не лише контролювати виконання реабілітаційної програми, а й бути емоційною опорою, демонструвати позитивне ставлення до лікування та власну віру в успіх.

2. Використання гри, творчості, змагання. Гра – природна діяльність дитини, тому ігрові форми занять, сюжетно-рольові методи, творчі завдання допомагають зробити процес привабливим, зменшити страх і напругу.
3. Формування позитивного емоційного фону під час процедур. Психологічний комфорт дитини – основа мотивації. Важливо створити дружню, безпечну атмосферу, в якій дитина відчуває себе прийнятою та почутою.
4. Заохочення, нагородження за зусилля та маленькі досягнення. Система мотиваційного підкріплення (похвала, дипломи, наклейки, символічні подарунки) стимулює активність, викликає бажання повторити позитивний досвід і рухатися вперед.

Молодь та люди працездатного віку: особливості мотивування до реабілітації

Молодь і дорослі в активному працездатному віці мають свої специфічні мотиваційні установки, які часто пов'язані з кар'єрою, особистими досягненнями, стосунками та суспільним статусом. Психологічна підтримка таких клієнтів має враховувати їх високу потребу в самореалізації, автономії та соціальному визнанні.

1. Висока потреба в автономії, реалізації, соціальному визнанні. Люди цього віку прагнуть бути незалежними, активними, самостійними у прийнятті рішень. Реабілітація, особливо якщо вона тривала або обмежує рух, сприймається як загроза автономії.
2. Страх втрати професії, статусу, стосунків. Одна з найсильніших мотиваційних перешкод – переживання щодо соціального життя: чи збережеться робота, чи зміниться ставлення колег, чи витримають стосунки. Це може викликати сором, тривогу, замкнутість.
3. Часто супутня тривожність, занижена самооцінка. Через зміну звичного способу життя, зниження фізичних можливостей або зовнішніх обмежень з'являються емоційні труднощі, які знижують здатність вірити в себе та майбутнє.

Стратегії мотивування

1. Визначення життєво важливих цілей та прив'язка реабілітації до них. Завдання психолога – допомогти клієнту побачити, як процес реабілітації наближає його до особисто значущих результатів: відновлення професійної активності, повернення до хобі, турбота про дітей, мандрівки тощо.
2. Демонстрація прикладів успішного повернення до активного життя. Натхнення прикладами людей, які пройшли подібний шлях, стимулює

внутрішню віру: «Якщо вони змогли – зможу й я». Це можуть бути історії із реального життя, відео, запрошені гості, відгуки клієнтів.

3. Розробка чітких планів відновлення з поетапними цілями. Планування дає людині відчуття контролю та структури. Важливо розбити процес реабілітації на кроки, які реально виконати, щоб уникнути перевантаження й розчарування.
4. Підтримка віри в особисті ресурси й перспективу. Психолог повинен підкреслювати сильні сторони клієнта, нагадувати про вже подолані труднощі, допомагати будувати позитивний образ майбутнього. Це створює основу для внутрішньої мотивації та витривалості.

Люди похилого віку: особливості мотивування до реабілітації

Робота з людьми похилого віку в реабілітації вимагає особливої чутливості, терпіння та поваги. Ця категорія клієнтів має свої фізіологічні, емоційні та соціальні особливості, які безпосередньо впливають на рівень мотивації та готовність до участі в реабілітаційному процесі.

1. Часто супутні хронічні захворювання, знижена енергія. З віком збільшується втомлюваність, знижується фізична витривалість, що ускладнює регулярні заняття. Супутні хвороби обмежують можливості та впливають на емоційний стан.
2. Боязнь змін, інертність мислення. Багато людей похилого віку важко адаптуються до нових умов, часто мають сталий світогляд, який важко змінити. Будь-яка зміна звичного ритму життя викликає тривогу або супротив.
3. Відчуття втрати сенсу життя, ізоляція. Після виходу на пенсію, втрати близьких або зниження соціальної активності виникає почуття самотності, непотрібності, знецінення власного досвіду. Це може зменшити бажання працювати над собою.

Стратегії мотивування

1. Створення емоційної безпеки, підвищення довіри до спеціаліста. Клієнтам похилого віку важливо відчувати повагу, спокій і підтримку. Психологічний контакт будується повільно, тому фахівець має бути чуйним, уважним, доступно пояснювати мету і зміст реабілітації.
2. Підкреслення важливості участі в житті родини, турботи про онуків. Реабілітація може бути представлена як засіб зберегти роль у родині, можливість допомагати дітям, бути прикладом для онуків. Це відновлює відчуття значущості.
3. Робота з почуттям гідності, підтримка самоповаги. Потрібно уникати інфантилізації та знецінення досвіду клієнта. Навпаки — визнання

життєвої мудрості, досягнень та вкладу в суспільство сприяє мотивації до турботи про себе.

4. Визначення посильних і реальних цілей. Важливо ставити такі завдання, які не викликають перевантаження: покращення ходьби, самостійність у побуті, підвищення настрою. Досягнення навіть невеликих цілей підвищує впевненість і бажання діяти далі.

Особи з інвалідністю: особливості мотивування до реабілітації

Мотивація осіб з інвалідністю до реабілітації залежить не лише від фізичного або психічного стану, а й від соціального контексту, ставлення оточення, власного сприйняття обмежень та досвіду дискримінації. Важливо враховувати специфіку таких психологічних бар'єрів:

1. Ризик втрати мотивації через соціальні бар'єри. Нерідко люди з інвалідністю зіштовхуються з недоступністю простору, послуг, освіти, працевлаштування, що може спричинити зневіру в можливість жити повноцінно й активно. Це знижує мотивацію до участі в реабілітаційному процесі.
2. Вразливість до стигматизації. Ставлення суспільства, а іноді й близьких, як до «неповноцінної» особи або «об'єкта турботи», підриває почуття гідності та самосприйняття. У результаті зникає бажання змінювати ситуацію, виникає почуття ізоляції.
3. Можливе відчуття безпорадності або залежності. Особливо у випадках набутої інвалідності – людина переживає втрату функціональності, стає залежною від допомоги інших, що може викликати апатію, депресію або протестну поведінку.

Стратегії мотивування

1. Акцент на здатності адаптуватися й жити якісно, попри обмеження. Важливо допомогти людині зрозуміти, що інвалідність – це не вирок, а новий формат життя, в якому можна розвиватися, досягати і бути активним членом суспільства. Мета – не «нормалізація», а адаптація і нова якість життя.
2. Створення умов для самовираження, включення в соціум. Соціальна взаємодія, творчість, участь у спільних проектах, навчанні, волонтерстві – усе це повертає людині відчуття важливості, включеності й впливу. Психолог має створити безпечне середовище, де клієнт зможе проявити себе.
3. Використання ресурсних історій, прикладів рівних. Потужним мотиваційним фактором є спілкування з тими, хто вже адаптувався до

життя з інвалідністю, навчився реалізовувати себе. Це руйнує стереотипи, дає надію і формує образ досяжного майбутнього.

4. Розвиток навичок самостійності й самовизначення. Психолог має підтримати людину в тому, щоб вона взяла відповідальність за себе, прийняла свої можливості й обмеження, навчилася планувати свій день, ухвалювати рішення. Це основа для відновлення контролю над життям.

Люди після травм, втрат або бойових дій: особливості мотивування до реабілітації

Особи, які пережили глибоку психологічну або фізичну травму, втратили близьких чи пройшли через бойові дії, мають надзвичайно складний емоційний фон. Їхня мотивація до реабілітації часто нестабільна, пригнічена або спотворена через психотравмуючий досвід.

1. Посттравматичний стрес, депресія, тривожні розлади. Такі стани є типовими для ветеранів, жертв насильства, учасників бойових дій або людей, які втратили близьких. Вони проявляються у вигляді нічних кошмарів, спалахів агресії, ізоляції, постійної тривоги, що знижує здатність до активної участі в реабілітації.
2. Втрата сенсу, перспективи, віри в майбутнє. Після серйозної травми чи втрати людина може втратити внутрішню мотивацію, не бачити мети або причини для зусиль. Цей стан пов'язаний з втратою ролі, ідентичності або уявлення про себе в майбутньому.
3. Іноді – агресія, замкнутість, протест. Захисні реакції можуть проявлятися як відмова від допомоги, емоційна холодність, ворожість до оточення. Часто це зовнішнє вираження внутрішнього болю та безсилля.

Стратегії мотивування

1. Мотиваційне інтерв'ю, робота з емоційною травмою. Психолог має застосовувати емоційно чутливі методи діалогу, де фокус – на прийнятті стану клієнта, підтримці його права на біль, поступовому відкритті потреб і бажань. Робота з травмою може включати елементи ПТСР-терапії, арт-терапії, тілесно-орієнтованих підходів.
2. Залучення ветеранів, волонтерів, які пройшли реабілітацію. Живі приклади тих, хто пройшов подібний шлях, мають величезну силу – вони викликають довіру, знижують почуття самотності, демонструють, що відновлення можливе.
3. Робота зі зміною життєвої ролі – від «жертви» до «відновлювача». Ключова стратегія – допомогти клієнту побачити себе не через призму втрати, а як людину, здатну діяти, підтримувати інших, реалізовуватись у новій якості. Це важливо для формування внутрішнього сенсу реабілітації.

4. Підтримка довготривалого контакту та стабільності. Таким клієнтам необхідне постійне, надійне емоційне та соціальне середовище, яке дає відчуття безпеки. Навіть якщо прогрес повільний, важливо зберігати зв'язок і підтримку.

Ресурси стресостійкості – це сукупність фізичних, психічних, соціальних і духовних чинників, які допомагають людині зберігати стабільність, швидко відновлюватися після навантажень та ефективно долати труднощі. Ці ресурси поділяють на **внутрішні** (індивідуальні) та **зовнішні** (соціальні, матеріальні)

Внутрішні ресурси – це ті особисті якості та характеристики, які допомагають людині залишатися стабільною, зберігати самоконтроль і продуктивність навіть у складних життєвих обставинах. Вони формуються впродовж життя і можуть розвиватися через досвід, освіту, саморефлексію та практику.

Особистісні якості

1. **Оптимізм** - це здатність бачити позитивні сторони навіть у важких ситуаціях. Людина-оптиміст сприймає труднощі як тимчасові явища, що можуть бути подолані. Такий погляд дає надію, знижує рівень тривожності та сприяє мобілізації внутрішніх сил.

2. **Самоефективність** – це віра у власну здатність впоратися з викликами. Людина з високим рівнем самоефективності не пасує перед труднощами, а активно шукає шляхи вирішення проблем. Це посилює впевненість і знижує залежність від зовнішніх обставин.

3. **Гнучкість мислення**. Ця якість дозволяє людині швидко адаптуватися до змін, змінювати свої погляди та стратегії поведінки у відповідь на нові умови. Гнучкість мислення – ключовий чинник у прийнятті нестандартних рішень у кризових ситуаціях.

4. **Емоційна саморегуляція**. Здатність керувати своїми емоціями, уникати імпульсивних реакцій і знижувати внутрішню напругу є основою психологічної стійкості. Людина, яка володіє цією навичкою, легше зберігає спокій і діє розважливо.

5. **Відповідальність**. Усвідомлення особистої ролі у власному житті, подіях і рішеннях формує відповідальне ставлення до дій. Відповідальна людина не перекладає вину на інших, а шукає конструктивні рішення.

Когнітивні ресурси

1. **Навички вирішення проблем**. Аналіз ситуації, вміння планувати дії, розставляти пріоритети та оцінювати ризики дозволяють ефективно долати труднощі. Це також знижує відчуття безпорадності й сприяє структурованому мисленню.

2. **Критичне мислення.** Це здатність ставити під сумнів інформацію, перевіряти факти, уникати автоматичних, ірраціональних думок. Людина з критичним мисленням краще захищена від деструктивного впливу чуток, маніпуляцій і паніки.

Біологічні чинники. До біологічних ресурсів належать фізіологічні умови, що забезпечують стійкість нервової системи:

- Здоровий сон – відновлює енергетичні ресурси та знижує емоційну реактивність.
- Фізична активність – сприяє виведенню гормонів стресу й покращує настрій.
- Збалансоване харчування – підтримує обмін речовин, роботу мозку та загальну витривалість.

Духовні ресурси

1. **Сенс життя.** Уміння знаходити зміст навіть у складних обставинах – потужне джерело внутрішньої стійкості. Це те, що підтримує мотивацію та силу духу в кризові моменти.

2. **Цінності, віра, світогляд.** Сформована система цінностей, переконань або релігійна віра створює внутрішню опору, яка дозволяє людині залишатися психологічно цілісною у важких ситуаціях. Вона надає напрям дій і зміцнює відчуття контролю.

Зовнішні ресурси – це ті соціальні, матеріальні й організаційні чинники, що підтримують людину під час стресу ззовні. Вони не менш важливі, ніж внутрішні, адже створюють зовнішнє середовище безпеки, підтримки та стабільності, що сприяє швидшому відновленню психологічного балансу.

Соціальні ресурси

1. **Підтримка родини та друзів.** Соціальна підтримка – це один із найпотужніших захисних факторів у період стресу. Близькі люди можуть надати **емоційне підкріплення**, послухати, висловити розуміння або просто бути поруч. Відчуття, що тебе не залишили наодинці з труднощами, значно знижує рівень тривожності та зміцнює впевненість у собі.

2. **Професійна спільнота, наставники, колеги.** Для людини, яка працює або навчається, важливо мати позитивне соціальне оточення поза родиною. Підтримка з боку професійного кола, обмін досвідом, розуміння з боку керівництва або колег можуть створити атмосферу психологічної безпеки. Відчуття приналежності до спільноти також допомагає знижувати стрес.

3. **Групи підтримки, психотерапія.** Іноді людина потребує спеціалізованої допомоги, яку можуть надати психологи, психотерапевти або учасники груп самодопомоги. Такі форми підтримки дозволяють:

- поділитися переживаннями без осуду,
- знайти схожі історії та почуття,
- отримати професійні рекомендації,
- побачити нові підходи до вирішення проблем.

Матеріальні та організаційні ресурси

1. Безпечне житло, стабільна робота, доступ до медичних послуг.

Наявність базових умов для життя – фундамент психологічної стабільності. Людина, яка має дах над головою, стабільний дохід і можливість звернутися до лікаря, відчувається значно впевненіше у майбутньому. Це зменшує тривожність і дозволяє зосередитися на подоланні конкретних викликів.

2. Режим дня, чіткі правила, ритуали. Структурованість у повсякденному житті допомагає зберігати відчуття контролю і передбачуваності, особливо у стресових ситуаціях. Режим сну, прийому їжі, робочого часу, а також прості щоденні ритуали (наприклад, ранкова кава, щоденна прогулянка) створюють стабільну рамку, яка заспокоює нервову систему і підтримує внутрішній порядок.

Тема 9.

Особливості створення програм психологічної реабілітації: підходи та методи

Психологічна реабілітація – це цілеспрямований процес, який допомагає людині відновити психологічну рівновагу, життєві функції та здатність до соціальної адаптації після пережитої травми, хвороби чи кризи. Ефективність цього процесу значною мірою залежить від якісно розробленої програми реабілітації, яка враховує індивідуальні потреби клієнта, особливості його стану та ресурси.

Програма психологічної реабілітації – це системно організований план допомоги людині, яка пережила психотравмуючі події, втрати, хвороби чи інші кризи. Її головна мета – відновлення психологічного функціонування, адаптація до нових умов життя, повернення до активної участі в суспільстві. Успішна програма враховує індивідуальні особливості людини, її потреби, ресурси та емоційний стан.

Процес розробки програми психологічної реабілітації передбачає чітке визначення цілей, вибір методів та адаптацію до індивідуальних потреб пацієнта.

Загальні принципи створення програми реабілітації

6. **Індивідуалізація** – кожна програма створюється з урахуванням особистого досвіду, психічного стану, мотивації клієнта.
7. **Поетапність** – структура програми включає кілька логічних етапів: від діагностики до завершального супроводу.
8. **Комплексність** – поєднання методів, спрямованих на емоційний, когнітивний, поведінковий та соціальний рівні.
9. **Гнучкість** – можливість адаптації до змін у стані клієнта, відкритість до корекцій програми.
10. **Наукова обґрунтованість** – використання сучасних, ефективних, перевірених технік і підходів.

Підходи до створення програми

6. **Когнітивно-поведінковий підхід.** Спрямований на зміну деструктивних мисленнєвих патернів та навчання нової поведінки. Використовуються техніки аналізу автоматичних думок, формування корисних звичок, поступового подолання тривожних ситуацій.

7. **Гуманістичний підхід.** Базується на створенні безпечної, емпатійної атмосфери, де клієнт сам знаходить ресурс для змін. Психолог виступає як партнер, який підтримує зростання особистості.

8. **Тілесно-орієнтований підхід.** Зосереджується на роботі з тілом: м'язова напруга, дихання, постава, жести. Допомагає знизити тривожність, налагодити зв'язок із власним тілом і емоціями.

9. **Психоедукаційний підхід.** Надає клієнту інформацію про природу стресу, емоцій, механізмів реагування. Включає навчання саморегуляції, навичкам подолання труднощів, просвітницьку роботу з родиною.

10. **Інтегративний підхід.** Поєднує елементи різних шкіл, залежно від потреб і можливостей клієнта. Найбільш гнучкий і адаптивний до реальних умов роботи.

Основні етапи програми психологічної реабілітації

Створення ефективної програми психологічної реабілітації передбачає поетапний підхід. Кожен етап виконує окрему функцію в процесі відновлення і має свою методологію. **Головна мета** – забезпечити плавний і стійкий рух людини від стану травматизації до психологічної рівноваги та соціальної адаптації.

1. Діагностичний етап. На цьому етапі відбувається збір первинної інформації про клієнта з метою виявлення його поточного психологічного стану, потреб, рівня мотивації та доступних ресурсів.

Основні завдання:

- проведення бесіди та спостереження;
- використання психодіагностичних методик (тестування, опитувальники);
- виявлення факторів ризику (стреси, ізоляція, небажання змін);
- оцінка захисних механізмів, мотиваційної сфери, соціального середовища.

Результатом цього етапу є формулювання індивідуальної мети реабілітації та загального плану втручання.

2. Мотиваційний етап. Метою цього етапу є посилення готовності клієнта до активної участі у власному відновленні.

Ключові акценти:

- формування усвідомлення важливості змін;
- підкреслення ресурсів, сильних сторін клієнта;
- побудова довірливого зв'язку між спеціалістом і клієнтом;
- визначення особистісно значущих цілей.

Використовуються техніки мотиваційного інтерв'ю, робота з бар'єрами та страхами, позитивне підкріплення.

3. Активний етап (реабілітаційна робота). Центральна частина програми, під час якої проводиться цілеспрямована психологічна робота з емоційними, поведінковими та когнітивними проявами. Завдання – допомогти клієнту сформувати нові стратегії реагування, зменшити симптоми, підвищити якість життя.

Можливі форми: індивідуальна та групова психотерапія; тренінги емоційної регуляції, самооцінки, подолання тривоги; арт-терапія, тілесно-орієнтовані техніки, гештальт-інтервенції; розвиток навичок самодопомоги, адаптивного мислення.

4. Соціальна адаптація. Цей етап зосереджений на поверненні людини до активного соціального життя, відновленні її ролей у родині, роботі, громаді. Кінцева мета – підготувати клієнта до самостійного функціонування в соціумі.

Зміст: розвиток навичок спілкування, конфліктології, самопрезентації; інтеграція у соціальні мережі підтримки; навчання самозахисту, асертивності, планування; відновлення або переосмислення професійної діяльності.

5. Постреабілітаційний супровід. Після завершення основної програми важливо забезпечити тривалу підтримку клієнта, щоб запобігти рецидиву та закріпити позитивні зміни. Цей етап формує відчуття стабільності та безпеки, дозволяє уникати повторного занурення в кризу.

Форми: періодичні зустрічі з психологом; участь у групах підтримки; онлайн-супровід або телефонна гаряча лінія; консультації для родичів; нагадування про досягнення та мотиваційні ресурси.

Оцінка ефективності – аналіз прогресу та корекція стратегії за необхідності.

У психологічній реабілітації важливо не тільки розпочати допомогу, а й систематично оцінювати її результативність. Оцінка ефективності – це не одноразова дія, а безперервний процес протягом усього курсу реабілітації. Регулярний аналіз прогресу дозволяє: контролювати динаміку стану клієнта, своєчасно виявляти труднощі, гнучко змінювати або доповнювати програму, посилювати мотивацію клієнта через відображення досягнень.

Цілі оцінки ефективності в психологічній реабілітації. Оцінка ефективності є важливою складовою будь-якого процесу психологічної допомоги. Вона дає змогу не лише контролювати динаміку реабілітації, а й приймати обґрунтовані рішення щодо подальших дій. Нижче розкрито ключові цілі цього етапу.

1. Виявлення змін у психологічному стані клієнта. Це перша і найочевидніша мета – відстежити, що саме змінилося з моменту початку втручання. Фіксація змін дозволяє підтвердити ефективність застосованих методик або виявити їх недостатність. Зміни можуть стосуватись:

- емоційної сфери (зменшення тривоги, депресії, агресії),
- поведінки (покращення комунікації, активності, самостійності),
- мислення (поява більш конструктивного або реалістичного бачення себе і ситуації),
- фізичних проявів психосоматичних станів.

2. Порівняння очікуваних і фактичних результатів. На початку програми зазвичай формуються певні цілі та очікування, які обговорюються з клієнтом. Це допомагає уникнути ілюзій або розчарування, а також коригувати цілі з урахуванням реальної динаміки. У процесі оцінки фахівець порівнює:

- чи наблизилась людина до бажаного результату;
- наскільки результати відповідають її запитам;
- чи змінились цілі в процесі роботи.

3. Визначення, чи відповідає методика потребам клієнта. Оцінка дає змогу зрозуміти, наскільки обрана стратегія відповідає типу проблеми, стилю мислення, особистісним особливостям і життєвому контексту клієнта. Це може свідчити про те, що методика потребує адаптації або заміни. Якщо спостерігається:

- відсутність прогресу;
- зниження залученості клієнта;
- негативні емоції щодо сесій.

4. Прийняття рішення про продовження, корекцію або завершення роботи. Це дозволяє забезпечити ефективне використання часу, ресурсів і зусиль клієнта. Після аналізу результатів фахівець спільно з клієнтом визначає, що робити далі:

- продовжити реабілітацію за наявної динаміки;
- внести зміни до формату, частоти або методик втручання;
- завершити активну фазу та перейти до підтримувального супроводу;
- у разі потреби – направити клієнта до суміжних спеціалістів (психіатр, соціальний працівник тощо).

Методи оцінки ефективності

а) Кількісні методи

4. **Психологічне тестування.** Повторне використання стандартизованих методик (шкали тривожності, депресії, самооцінки тощо) до і після втручання дає змогу об'єктивно фіксувати зміни.
5. **Анкетування і самооцінка клієнта.** Клієнт відповідає на запитання про своє самопочуття, настрій, функціональні можливості. Це допомагає відслідковувати суб'єктивний досвід змін.
6. **Оцінка цілей за шкалою прогресу (Goal Attainment Scaling).** Рівень досягнення поставлених цілей фіксується в балах – від «не досягнуто» до «перевиконано».

б) Якісні методи

4. **Спостереження.** Оцінка поведінки клієнта, емоційних реакцій, стилю спілкування – особливо в груповій роботі.
5. **Напівструктуроване інтерв'ю.** Вільна бесіда дозволяє виявити глибинні зміни у сприйнятті, мотивації, відношенні до життя.
6. **Аналіз щоденників, рефлексій клієнта.** Тексти клієнта (есе, записи, арт-матеріали) демонструють зміни у мисленні, емоціях, самоусвідомленні.

Оцінка ефективності психологічної реабілітації передбачає використання **чітких і обґрунтованих критеріїв**, які дозволяють виявити зміни у стані клієнта не лише кількісно, але й якісно. Нижче подано основні показники, що слугують орієнтирами для психолога.

1. Зменшення інтенсивності симптомів. Один із базових критеріїв – це динаміка у вираженості психологічних симптомів, які турбували клієнта на початку: тривожність стала менш нав'язливою; дратівливість знизилася або зникла; апатія замінилася інтересом до життя; покращився сон, апетит, загальний психофізіологічний стан. Навіть помірне зменшення симптоматики — ознака того, що терапія працює.

2. Зміцнення навичок саморегуляції, подолання стресу. Клієнт поступово набуває здатності самостійно справлятися з емоціями, внутрішньою напругою, кризовими ситуаціями: використовує техніки дихання, релаксації, майндфулнесу; має сформовані стратегії подолання стресу (копінг-стратегії); вміє розпізнавати власний стан і вчасно реагувати на нього. Це свідчить про підвищення психологічної грамотності та внутрішньої сили.

3. Покращення самооцінки, впевненості, емоційного стану. Зміни в уявленні про себе – важливий критерій. Клієнт починає: бачити свої сильні сторони; висловлювати бажання та почуття відкрито; відчувати віру в себе і в можливість змін; проявляти ініціативу, брати відповідальність. Позитивна динаміка в цій сфері зазвичай передують більш глибоким життєвим змінам.

4. Відновлення міжособистісних зв'язків, соціальної активності. Психологічне відновлення передбачає і покращення у сфері спілкування та соціальних контактів. Клієнт починає: повертатися до спілкування з родиною, друзями; брати участь у громадських подіях, колективах; формувати нові стосунки або покращувати наявні. Це є ознакою виходу з ізоляції та повернення до соціального життя.

5. Зростання відповідальності за власний стан, участь у плануванні життя. Остаточним критерієм успішної реабілітації є вміння клієнта не просто справлятися з труднощами, а й самостійно керувати своїм життям: клієнт бере активну участь у плануванні подальших дій; бере на себе відповідальність за своє психічне здоров'я; проявляє ініціативу в розвитку, самоосвіті, нових

починаннях. Це свідчить про повернення автономності, самостійності, життєвої активності.

У процесі психологічної реабілітації надзвичайно важливо не лише дотримуватись плану дій, але й бути готовим до його перегляду та адаптації. Жодна стратегія не є абсолютно універсальною: людина змінюється, обставини змінюються – а отже, і підхід має бути гнучким.

Оцінка ефективності дозволяє виявити наступне:

4. Деякі методики не працюють або викликають супротив. Іноді клієнт не приймає певні форми роботи (наприклад, когнітивну реструктуризацію, арт-терапію або групову взаємодію). Це може бути пов'язано з його типом темпераменту, попереднім досвідом або поточним емоційним станом.
5. Клієнт втрачає мотивацію. Зниження зацікавленості, апатія до занять, пасивність можуть свідчити, що програма стала монотонною або втратила особисту значущість для людини.
6. З'явилися нові обставини. Раптове загострення хвороби, життєва криза, переїзд, втрата близького чи інші зовнішні зміни можуть радикально вплинути на темп і форму реабілітації.

У таких випадках психолог:

5. Переглядає цілі разом із клієнтом. Потрібно оновити або конкретизувати реабілітаційні цілі, зробити їх більш реалістичними та досяжними в нових умовах. Такий діалог відновлює залучення клієнта у процес та підвищує мотивацію.
6. Змінює підходи. Якщо когнітивні техніки не дають результату, варто перейти до більш тілесно-орієнтованих методів (дихання, тілесна робота, майндфулнес). Або навпаки – від тілесного до когнітивного, якщо клієнт потребує аналітичного опрацювання подій.
7. Посилює підтримку або надає більше автономії. Іноді клієнту потрібна більша емоційна підтримка, контакт і стабільність. В інших випадках – навпаки, більше відповідальності, самостійних рішень, відчуття контролю. Спеціаліст має відчувати, що саме зараз потрібне.
8. Змінює інтенсивність занять. Залежно від динаміки процесу, можна зменшити кількість зустрічей, щоб не перевантажувати, або збільшити – для підтримки в кризовий момент. Важливо уникати шаблонного підходу.

ПИТАННЯ ДО ЕКЗАМЕНУ З ДИСЦИПЛІНИ «ПРАКТИКУМ З ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

1. 1.Основні поняття та історичний розвиток психологічної реабілітології.
2. 2.Предмет психологічної реабілітології
3. Основні поняття психологічної реабілітології.
4. Історичний розвиток та сучасні тенденції в психологічній реабілітології.
5. Принципи реабілітаційного процесу.
6. Базові чинники в психологічній реабілітації.
7. Особливості формування Я-концепції людини у кризі здоров'я та людини з особливими потребами. Соціальна стигматизація.
8. Реабілітаційний потенціал.
9. Ставлення до хвороби і здоров'я як чинник успішної реабілітації.
- 10.Оптимізація внутрішньої картини здоров'я як чинник успішної реабілітації.
- 11.Когнітивно-поведінкова терапія у реабілітації.
- 12.КПТ у профілактиці, психологічному супроводі та реабілітації соматичних та психосоматичних захворювань.
- 13.Мотивація в реабілітології
- 14.Індивідуальний підхід та нестандартні інтервенції
- 15.Психологія та реабілітологія кризових станів, психологічний супровід кризових станів.
- 16.Типологія кризових станів.
- 17.Ендогенні кризові стани та їх психологічний супровід
- 18.Кризові стани, викликані сильним стресом із загрозою здоров'ю, гідності та життю людини Психологія важкої втрати й горювання.
- 19.Психологічний супровід тих, хто помирає
- 20.Діагностичний інструментарій у реабілітаційному процесі.
- 21.Психодіагностика осіб, що пережили травмівну подію.
- 22.Базові принципи психодіагностики постраждалих осіб .
- 23.Психодіагностика осіб, що пережили травмівну подію
- 24.Особливості посткризової психологічної діагностики дітей. Короткі характеристики психодіагностичних методик. Другий семестр
- 25.Вікові аспекти реабілітації.
- 26.Реабілітація дітей та підлітків. Гіперопіка родителів як загроза реабілітації.
- 27.Реабілітація дорослих.
- 28.Реабілітація у геронтології.
- 29.Кардіореабілітація Нейрореабілітація. Профілактика, супровід лікування та психологічна реабілітація кардіологічних хворих.
- 30.ВКЗ кардіологічних та неврологічних хворих.

- 31.Якість життя людини в хворобі. Діагностика та корекція.
- 32.Сугестія в кардіореабілітації.
- 33.Особливості діяльності в мультидисциплінарній команді.
- 34.Реабілітація перенатальних та неонатальних утрат.
- 35.Гендерний аспект реабілітації батьківських утрат.
- 36.Профілактика розлучень.
- 37.Робота горя.
- 38.Психологічна реабілітація людей з вадами опорно-рухового апарату.
- 39.Реабілітація підлітків з вадами ОРА (набутими і вродженими)
Психологічний супровід хронічних захворювань дітей і підлітків.
- 40.Психологічна реабілітація жертв насильства в сім'ї.
- 41.Реабілітація дітей та жінок – жертв насильства.
- 42.Програми психологічного супроводу. КПТ у корекції віктимної поведінки.
- 43.Світовий досвід психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок психотравматичних ситуацій, світовий досвід психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок психотравматичних ситуацій.
- 44.Профілактика стресових розладів у військового персоналу.
- 45.Особливості психореабілітації психічно хворих осіб.
- 46.Психореабілітація осіб з соматичними захворюваннями.
- 47.Психологічна адаптація вимушених мігрантів.
- 48.Основні напрямки психологічної допомоги постраждалим від екстремальних ситуацій.
- 49.Основи реабілітації жертв сексуального насильства.
- 50.Робота з ресурсами в психологічній реабілітації.
- 51.Поняття про полімодальну життєву кризу.
- 52.Поведінкові та когнітивні методи допомоги постраждалим в екстремальній ситуації.
- 53.Характеристика психологічних факторів виникнення психосоматичних захворювань та їх психологічні прояви.
- 54.Психотерапевтичне втручання або психотерапевтична інтервенція, їхня характеристика.
- 55.Реабілітація родин з дитиною, яка має особливі потреби.
- 56.Методики зняття мускульної напруги у постраждалих в екстремальній ситуації.
- 57.Поведінкові та когнітивні методи допомоги постраждалим в екстремальній ситуації.
- 58.Атр-терапевтичні методи психореабілітації.
- 59.Психологія та реабілітологія гострого горя.
- 60.Особливості функціонування груп підтримки та груп взаємодопомоги.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Бочелюк В.Й., Турубарова А.В. Психологія людини з обмеженими можливостями: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
2. Волошина П. В., Марути Н. О. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) / за ред.: Харків: Строков Д.В., 2016. 335 с.
3. 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.
4. Єгорова О. 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.
5. Кошова І. В. Основи психологічної реабілітації : практикум. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2017. 89 с.
6. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. / за заг.ред Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с. П
7. 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.
8. Седих К. В. Основи психотерапії: навч. Посібник. Київ: Академвидав, 2016. 191 с.
9. 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.
10. Черненко М.І., Аршава І.Ф. Медико-соціальна і психологічна реабілітація хворих та інвалідів. Дніпропетровськ, 2007. 606 с.

Допоміжна

1. 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.
2. 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.
3. Давидова О. В. Майндфулнес-технології регуляції стресостійкості в роботі практичного психолога з учнями юнацького віку. Кременчук, 2022. 56 с.
4. Дуткевич Т. В. Теорія і практика розвивально-корекційної роботи психолога : навч. посіб. для студ. ВНЗ. Київ, 2021. 265 с.
5. 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.
6. 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.
 7. Карачевський А. Б. Подолати алкогольну залежність. Львів : Свічадо, 2016. 124 с. (Серія «Сам собі психотерапевт»).
 8. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : ПУЛЬСАРИ, 2017. 216 с.
 9. Матейко Н.М., Пасічняк Н.І. Проблема адаптації дітей з розладами спектру аутизму до умов освітнього середовища. Український психолого-педагогічний збірник №4, 2018. С.97-100.
 10. Матейко Н.М. Проблеми психологічного супроводу дітей з розладами спектру аутизму в освітньому закладі. «Теорія і практика сучасної психології» вип.5. 2019. С.47-53.
 11. Нейропсихологічний підхід до проблеми діагностики вищих психічних функцій в дитячому віці//розділ колективної монографії «Упровадження інноваційної освітньої парадигми в гірських школах Українських Карпат» / За наук. ред. д. п. н. Оліяр М.П.; ДВНЗ «ПНУ ім. В. Стефаника». Івано-Франківськ: 2020.
 12. Скрипніков А. М. Психіатрія та наркологія : навч.-метод. посібник. Київ : Медицина, 2021. 224 с.
 13. Цільмак О.М. Провідні технології самодопомоги в процесі психологічної практики. Юридична психологія. 2022. Том 30 № 1. С. 37-47.
 14. Цільмак О.М. Технології психологічного консультування : підручник; підрозд. 2.4.2 у співавт. з А. Д. Онішкевич. Одеса : Астропринт, 2023. 212 с.
 15. Чумак О. О. Психодіагностика: навчально-методичний посібник. Полтава: Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2024. 121 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/>

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

<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	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
<i>Загальний результат оцінювання</i>			100

² Індивідуально-консультативна робота викладача зі здобувачами

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» Е - 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» FХ – 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		
64-73 (5)	D	Задовільно	
60-63 (4)	E		
35-59 (3)	FX	незадовільно	не зараховано

Методичне видання

Бедан Вікторія Борисівна
Меленчук Наталя Іванівна

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

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

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ