

ШИФР: ПСИХОТЕРАПІЯ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Конкурсна наукова робота

на тему:

**«ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ В
КОМПЛЕКСНІЙ ФІЗИЧНІЙ ПРОГРАМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ТА
ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ»**

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ	7
1.1. Психотерапія як складова медичної, психологічної та фізичної реабілітації людей з інвалідністю	7
1.2. Психологічні особливості осіб з інвалідністю, що впливають на вибір психотерапевтичних методів	9
1.3. Психофізіологічні механізми взаємодії психотерапевтичних та реабілітаційних впливів	13
РОЗДІЛ 2. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ІЗ РІЗНИМИ ВИДАМИ ІНВАЛІДНОСТІ	17
2.1. Індивідуальна та групова психотерапія у відновленні осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, сенсорними та неврологічними ураженнями	17
2.2. Когнітивно-поведінковий підхід у подоланні психологічних бар'єрів та формуванні реабілітаційної мотивації	19
2.3. Психокорекція емоційних, поведінкових та мотиваційних порушень у процесі фізичного та соціального відновлення	22
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНА РЕАЛІЗАЦІЯ ПСИХОТЕРАПІЇ В ІНТЕГРОВАНИХ ПРОГРАМАХ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ..	25
3.1. Організація психотерапевтичного супроводу в реабілітаційних центрах та мультидисциплінарних командах	25
3.2. Інтеграція психотерапевтичних технік із фізичною терапією, ерготерапією й соціальною реабілітацією	28
3.3. Оцінювання ефективності психотерапевтичного впливу у комплексних реабілітаційних програмах	30
ВИСНОВКИ	37
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	39
ДОДАТКИ	43

ВСТУП

Актуальність теми. Актуальність теми психотерапії в комплексній фізичній реабілітації зумовлена потребою сучасної системи охорони здоров'я реагувати на багатовимірний характер захворювань, у яких фізичні, психологічні та соціальні чинники нерозривно пов'язані між собою.

У пацієнтів із гострими та хронічними порушеннями здоров'я, а також у людей з інвалідністю, відновний процес часто ускладнюється психоемоційними змінами, що впливають на темп і результативність фізичного відновлення.

Стрес, тривожність, зниження мотивації, депресивні прояви, страх повторного ушкодження або невпевненість у власних можливостях здатні послаблювати прихильність до реабілітаційної програми, погіршуючи прогноз та зменшуючи ефективність фізичних методів. У таких умовах психотерапія стає тим інструментом, що дозволяє сформувати цілісну модель реабілітації, де фізичні втручання поєднуються з психічною підтримкою пацієнта та усуненням бар'єрів, які перешкоджають відновленню.

Поширеність хронічних захворювань, збільшення кількості людей з інвалідністю та зростання частоти травм опорно-рухового апарату й серцево-судинних подій створюють додаткове навантаження на реабілітаційну систему, що потребує впровадження методів, здатних підтримати пацієнта на всіх етапах відновлення. Фізична реабілітація у таких випадках вимагає не лише корекції рухових порушень та підвищення функціональної здатності, а й роботи з емоційною сферою, адже психічний стан часто визначає рівень участі пацієнта у відновному процесі. Психотерапевтичні методи допомагають зменшувати тривожність, коригувати неадаптивні поведінкові реакції, формувати позитивне ставлення до відновлення та підсилювати внутрішню мотивацію, що підвищує результативність фізичних втручань. Особливо значущою психотерапія є для осіб, які пережили травми, хронічні больові синдроми, онкологічні захворювання, інсульти чи ампутації. Такі стани

нерідко супроводжуються емоційним виснаженням, втратою контролю над власним тілом, порушенням самооцінки та адаптації до нових життєвих умов.

Психотерапевтична підтримка допомагає подолати ці наслідки, сприяє формуванню адаптивних копінг-стратегій, відновлює здатність до саморегуляції та забезпечує пацієнту більш повноцінну участь у фізичній програмі реабілітації. Поєднання фізичних і психотерапевтичних втручань дозволяє вибудувати індивідуальну траєкторію відновлення, де враховані потреби, можливості та психологічні ресурси людини.

Об'єкт дослідження: комплексна реабілітація хворих та людей з інвалідністю.

Предмет дослідження: психотерапія як метод відновного лікування у структурі фізичної реабілітаційної програми.

Мета дослідження: проаналізувати можливості застосування психотерапії у комплексній фізичній реабілітації та визначити її роль у підвищенні ефективності відновного лікування хворих і людей з інвалідністю.

Методи дослідження — індукція, аналіз, спостереження, моделювання, формалізація.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до використання психотерапії у відновному лікуванні.
2. Визначити психоемоційні чинники, що впливають на ефективність фізичної реабілітації.
3. Охарактеризувати методи психотерапевтичної підтримки, застосовувані в комплексних реабілітаційних програмах.
4. Оцінити вплив поєднання психотерапії та фізичної реабілітації на динаміку відновлення пацієнтів.

Теоретичне значення: полягає у поглибленні розуміння взаємозв'язку психоемоційних процесів і фізичного відновлення, що дозволяє розглядати реабілітацію як цілісний біопсихосоціальний феномен. У роботі уточнено підходи до використання психотерапії у мультидисциплінарних програмах та

розширено уявлення про психологічні чинники, які впливають на динаміку реабілітаційного процесу. Теоретичні узагальнення створюють підґрунтя для формування моделей комплексної реабілітації, що поєднують психотерапевтичні та фізичні методи в єдину систему.

Практичне значення: визначається можливістю застосування описаних психотерапевтичних технік у реабілітаційних центрах для підвищення ефективності фізичного й соціального відновлення пацієнтів. Запропонований підхід може бути використаний фахівцями мультидисциплінарних команд для корекції тривоги, стресу, уникання руху та низької мотивації. Практичні інструменти дозволяють адаптувати програму під потреби пацієнтів із різними видами порушень, забезпечуючи індивідуалізований та структурований супровід.

Наукова новизна: полягає в інтеграції психотерапевтичних і реабілітаційних методів у єдину модель відновного лікування, що враховує психологічні особливості пацієнтів з інвалідністю. У роботі наведено дані про позитивну динаміку психоемоційного стану на основі результатів стандартизованих методик, що підтверджує ефективність поєднання психотерапії з фізичною терапією та ерготерапією. Новизна проявляється також у запропонованому алгоритмі використання технік емоційної регуляції й поведінкової активації для підвищення результативності комплексної реабілітації.

Апробація дослідження. Результати дослідження представлено на науково-практичних конференціях і опубліковано в збірниках наукових тез:

- 1.Невирішені проблеми сучасності у фізичній терапії та ерготерапії, що заважають розвиватися реабілітації : тези доповіді // *XXXIV Міжнародна наукова конференція здобувачів вищої освіти і молодих учених «Наука і вища освіта»*, 12 листопада 2025 р., Запоріжжя.
- 2.Психотерапія як метод відновного лікування в комплексній фізичній програмі реабілітації хворих та людей з інвалідністю : тези доповіді // *XXV Міжнародна науково-практична конференція «Інклюзивне освітнє*

*середовище: проблеми, перспективи та кращі практики», 25–27 листопада 2025 р. 3. Біотехнологія виготовлення лікувальної мазі на основі воску із заспокійливим ефектом та *Bacillus subtilis* : тези доповіді // II Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Проблеми та досягнення сучасної біотехнології», 22 березня 2022 р. 4. Формування професійного розвитку педагога в умовах освітніх трансформацій : тези доповіді // IV Всеукраїнська науково-практична конференція «Розвиток педагогічної майстерності майбутнього педагога в умовах освітніх трансформацій», 5 квітня 2024 р., Глухів. 5. Основи психології як складова фізичної терапії : тези доповіді // XXI Всеукраїнська науково-практична конференція студентів і молодих учених, 15–17 квітня 2024 р., Київ.*

Структура роботи: робота складається з трьох розділів, дев'яти підрозділів, висновків, додатків та списку використаних джерел, що розміщуються на 37 сторінках.

Ключові слова: психотерапія, реабілітація, інвалідність, методики, фізична терапія.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОТЕРАПІЇ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

1.1. Психотерапія як складова медичної, психологічної та фізичної реабілітації людей з інвалідністю

Психотерапія у структурі медичної, психологічної та фізичної реабілітації людей з інвалідністю розглядається як специфічний метод впливу, що забезпечує узгодженість тілесних, емоційних і когнітивних процесів, необхідних для повноцінного відновлення. У сучасних підходах реабілітація трактується як багатоетапний і багатокomпонентний процес, що охоплює медичні втручання, фізичне тренування, психологічну підтримку та соціальну адаптацію. Усі ці напрями мають взаємодіяти між собою, оскільки порушення здоров'я у людей з інвалідністю формують комплекс змін, що торкаються не тільки функціонального стану, а й емоційної стійкості, поведінкових моделей та здатності адаптуватися до змінених життєвих обставин. Психотерапія інтегрується у цей процес як компонент, що коригує внутрішні переживання, підтримує формування адаптивних механізмів і зміцнює готовність пацієнта до активної участі у фізичному та медичному лікуванні.

Медична реабілітація зосереджується на відновленні порушених функцій органів і систем, зменшенні наслідків хвороби або травми та забезпеченні пацієнтові максимальної фізіологічної ефективності. Проте фізичне відновлення часто супроводжується тривалими больовими відчуттями, обмеженням рухів, ризиком ускладнень і невизначеністю щодо прогнозу.

Ці фактори викликають відчуття виснаження, зниження контролю над власним тілом, тривогу й нездатність зосередитися на реабілітаційному плані. Психотерапевтичні інтервенції забезпечують пацієнту можливість опрацювати страхи, сформувати реалістичне розуміння свого стану та знайти мотивацію для поступового відновлення [13].

У випадку осіб з тривалими хронічними захворюваннями або складними станами, такими як ампутації, інсульт чи онкологічні процеси, психотерапія

допомагає зменшити емоційну напругу, стабілізувати внутрішні реакції та підтримати поступовий перехід до нових умов функціонування [4].

Психологічна реабілітація охоплює корекцію порушень емоційної сфери, відновлення самооцінки, зміцнення внутрішніх ресурсів і формування навичок подолання стресових ситуацій. Люди з інвалідністю нерідко стикаються з переживаннями втрати колишнього способу життя, зміною соціальних ролей, обмеженням самостійності та залежністю від сторонньої допомоги. У таких випадках психотерапія використовується як спосіб переосмислення травматичного досвіду, формування стійкості до психологічних перевантажень, підвищення рівня самоприйняття і зменшення негативних емоційних проявів.

Різні методи, зокрема когнітивно-поведінкові техніки, емоційно-фокусовані підходи, методи тілесно орієнтованої терапії чи арттерапевтичні практики, сприяють відновленню внутрішньої рівноваги, покращенню комунікації та розвитку соціальних навичок. Це підсилює здатність пацієнта до самоорганізації та посилює участь у загальному реабілітаційному процесі. Фізична реабілітація спрямована на відновлення рухової активності, підвищення витривалості, корекцію порушених функцій опорно-рухового апарату та розвиток навичок самостійності [9]. Однак фізичні вправи, тренування, кінезіотерапевтичні протоколи та інші методики часто дають найкращий результат лише тоді, коли пацієнт бере активну участь у відновленні й має внутрішню готовність до систематичної роботи. Психотерапія у цій структурі допомагає сформувати усвідомлене ставлення до процесу, зменшити опір до фізичних навантажень, подолати страх болю чи повторного ушкодження, а також навчитися регулювати власний емоційний стан під час виконання вправ [16]. Підтримка психотерапевта може бути визначальною для тих, хто переживає хронічний біль, знижену мотивацію, емоційне виснаження або депресивні симптоми, що знижують продуктивність фізичної реабілітації.

Комплексний характер реабілітаційної програми передбачає тісну взаємодію між медичними працівниками, фізичними терапевтами та психологами. Психотерапія виконує функцію інтегративного зв'язка, оскільки дозволяє узгоджувати емоційний стан пацієнта з вимогами лікувального та фізичного режиму.

Вона забезпечує усвідомлення реальних можливостей, сприяє формуванню адаптивних поведінкових патернів і створює умови для стабільної взаємодії з фахівцями. У пацієнтів, які отримують комплексну підтримку, рівень саморегуляції та відповідальності за власне здоров'я зростає, що позитивно впливає на результативність медичних і фізичних втручань. Це підкреслює необхідність розгляду психотерапії не як ізолюваного напрямку, а як частини єдиної системи, здатної впливати на різні рівні функціонування організму і психіки [11].

Соціальний аспект також є складовою загального реабілітаційного процесу, адже люди з інвалідністю часто потребують не лише фізичного чи медичного відновлення, а й включення у суспільне життя, покращення комунікативних здібностей і формування впевненості у взаємодії з соціальним оточенням. Психотерапія допомагає адаптуватися до нових умов, подолати почуття ізолюваності, скорегувати поведінкові реакції в соціальних ситуаціях і повернути здатність брати участь у звичних видах діяльності. Це особливо актуально для осіб, які внаслідок травми або захворювання переживають різкі зміни життєвого шляху і потребують часу та підтримки для відновлення внутрішнього балансу [8].

1.2. Психологічні особливості осіб з інвалідністю, що впливають на вибір психотерапевтичних методів

Психологічні особливості осіб з інвалідністю формуються під впливом медичних, соціальних і життєвих чинників, які змінюють емоційний фон, поведінку, механізми адаптації та уявлення про власні можливості. Вони мають безпосередній вплив на вибір психотерапевтичних методів, оскільки кожен клієнт потребує підходу, що враховує його досвід, особливості перебігу

захворювання, рівень функціональних обмежень, ресурси та індивідуальні потреби. Інвалідність нерідко супроводжується психологічними реакціями, що виникають як відповідь на втрату здоров'я, порушення звичного способу життя, зміну соціальних ролей і залежність від сторонньої допомоги.



Рисунок 1.1. Психологічні особливості осіб з інвалідністю, що впливають на вибір психотерапевтичних методів

У таких умовах психотерапевтичне втручання має ґрунтуватися на розумінні внутрішніх конфліктів, захисних механізмів і рівня емоційного виснаження, які визначають поведінкові патерни людини. Це створює передумови для вибору тих методів терапії, що зможуть не лише знизити напруження, але й сприяти відновленню мотивації та формуванню адаптивних стратегій долаття труднощів [3].

Однією з найпоширеніших психологічних характеристик людей з інвалідністю є переживання втрати, яке може стосуватися функцій тіла, соціальних можливостей або уявлень про майбутнє. Цей процес часто

супроводжується стадіями шоку, заперечення, протесту, смутку та прийняття, і його інтенсивність визначає готовність людини до психотерапевтичної роботи [1].

Пацієнти, які перебувають на ранніх стадіях переживання втрати, потребують м'яких підтримувальних підходів, спрямованих на стабілізацію емоційного стану та зниження внутрішнього хаосу. На пізніших етапах можуть застосовуватися більш структуровані методи, спрямовані на формування нових моделей поведінки та переосмислення життєвих орієнтирів. Терапевт має враховувати, що темп просування від стадії до стадії є індивідуальним, а надмірний тиск або невірний вибір методу може посилити тривогу та спричинити опір.

Емоційна сфера осіб з інвалідністю нерідко характеризується коливаннями настрою, тривожністю, страхом перед майбутнім, відчуттям невизначеності або втратою віри у власні сили. Ці емоції можуть бути результатом як фізичного дискомфорту, так і соціального середовища, що формує упереджені ставлення, обмежує участь у трудовій або навчальній діяльності та створює додаткову напругу [21]. Психотерапевтичні методи в таких випадках спрямовуються на зменшення тривоги, корекцію негативних автоматичних думок, розвиток навичок емоційної саморегуляції та формування стійкіших когнітивних схем. Техніки когнітивно-поведінкової терапії, вправи на усвідомлення та методи тілесної релаксації можуть допомогти людині зменшити внутрішню напругу і створити підґрунтя для активнішої участі у реабілітаційному процесі. Якщо емоційні прояви пов'язані з хронічним болем, ефективними можуть бути методи, що допомагають розірвати взаємозв'язок між фізичним відчуттям і негативною емоційною реакцією, наприклад техніки метакогнітивної регуляції або фокусування уваги [19].

Самооцінка та образ «Я» у людей з інвалідністю також зазнають змін. У багатьох формується відчуття неповноцінності, сорому, зниження власної значущості чи страх стати тягарем для близьких. Порухений образ тіла може

створювати труднощі у взаємодії з іншими, спричиняти унікальну поведінку або небажання брати участь у соціальних ситуаціях.

У таких випадках доцільними є методи гуманістичної терапії, арттерапії та тілесно-орієнтованих підходів, які допомагають людині прийняти новий образ тіла, сформувати позитивне ставлення до власної індивідуальності та відновити відчуття цілісності. Терапевт має підтримувати розвиток внутрішньої автономії, допомагати клієнту побачити зони контролю та сприяти формуванню реалістичного, але не обмежувального самосприйняття.

Соціальна ізоляція є ще одним фактором, що впливає на психічний стан людей з інвалідністю. Багато осіб відчують зменшення кола соціальних контактів, втрату професійних можливостей, бар'єри в пересуванні та зниження участі у суспільному житті [4]. Це створює відчуття самотності, яке може посилювати депресивні тенденції та знижувати інтерес до реабілітаційних заходів. У таких випадках психотерапевтична робота включає розвиток соціальних навичок, відновлення комунікаційних здібностей та стимулювання інтеграції в соціальне середовище. Ефективними можуть бути групові форми терапії, що дозволяють клієнтам ділитися досвідом, знаходити підтримку та руйнувати почуття ізольованості. Групова взаємодія також сприяє розвитку співпереживання, підвищує рівень упевненості та формує нові соціальні зв'язки [2].

Значну роль у виборі психотерапевтичних методів відіграє рівень мотивації людини, який може бути нестійким унаслідок тривалого лікування, виснаження або частих невдач у спробах відновлення функцій. Деякі пацієнти можуть виявляти опір до психотерапевтичної роботи, пов'язаний із недовірою, низькою вірою у результат чи страхом повторного болю.

У таких випадках терапія може починатися з методів мотиваційного інтерв'ювання, спрямованих на усвідомлення внутрішніх ресурсів і відновлення готовності до співпраці. Поступове розширення зон успіху, підтримка незалежності та фокус на досяжних цілях дозволяють підвищити залученість пацієнта і створити умови для глибшої терапевтичної роботи [15].

Фізичні обмеження можуть ускладнювати застосування певних методів, тоді як сенсорні порушення потребують модифікації технік і альтернативних форм комунікації. Інтелектуальні або когнітивні труднощі вимагають адаптації матеріалу, використання простих інструкцій, візуальних підказок та повторюваних структур. Пацієнти з прогресуючими захворюваннями потребують терапії, зорієнтованої на підтримку якості життя, тоді як особи, які пережили травматичні події, можуть потребувати методів, спрямованих на опрацювання посттравматичних реакцій [7]. У кожному випадку психотерапевт повинен враховувати ступінь стресостійкості, темперамент, попередній досвід лікування та індивідуальні особливості реагування на труднощі.

1.3. Психофізіологічні механізми взаємодії психотерапевтичних та реабілітаційних впливів

Психотерапевтичне втручання не обмежується роботою зі свідомістю та поведінкою, воно впливає на регуляцію фізіологічних систем через модифікацію емоційних реакцій, активацію когнітивних процесів та зміну ставлення до рухової активності.

Реабілітаційні методи, у свою чергу, впливають на психічний стан через нейрофізіологічні механізми, що забезпечують підвищення нейропластичності, зменшення больової чутливості, покращення роботи сенсомоторних систем і стабілізацію нервової регуляції. Взаємодія психотерапії та фізичної реабілітації проявляється у зниженні психоемоційної напруги, зміцненні мотивації, покращенні нейрогормональних процесів і підвищенні адаптаційного потенціалу організму.

Одним із центральних механізмів є вплив психотерапії на роботу системи стресу, яка визначає реакцію організму на хворобу чи травму. Хронічний стрес призводить до дисбалансу в роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, підвищення рівня кортизолу та порушення вегетативної регуляції [17].

У таких умовах спостерігається зниження ефективності реабілітаційних процедур, уповільнення відновлення тканин, підвищена чутливість до болю та виснаження нервових ресурсів. Психотерапевтичні методи впливають на цей механізм шляхом нормалізації емоційної реакції, зменшення тривоги, стабілізації поведінкових процесів та покращення саморегуляції. При зниженні рівня стресу активується парасимпатична нервова система, що створює умови для кращої регенерації, відновлення клітинних структур і зменшення запальних реакцій. Як наслідок, фізичні методи реабілітації стають результативнішими, а організм здатний працювати у більш оптимальному режимі [11].

Психотерапія також впливає на переробку больових сигналів, які значною мірою визначають поведінку пацієнта у процесі фізичної реабілітації. Хронічний біль нерідко пов'язаний не тільки з фізичними порушеннями, а й з підсиленням тривоги, катастрофізацією та формуванням хибних переконань щодо власного стану. Психотерапевтичні техніки допомагають змінити сприйняття болю, послабити емоційне забарвлення больових відчуттів та зменшити напругу м'язів, що часто підтримує больовий синдром. Нейропсихологічні дослідження доводять, що когнітивно-поведінкові підходи, методи майндфулнес і техніки дихальної регуляції здатні впливати на роботу ділянок мозку, які відповідають за інтеграцію больових сигналів. Зменшення больової чутливості сприяє більшій активності пацієнта, дозволяє збільшувати фізичні навантаження і робить реабілітаційні протоколи доступнішими та комфортнішими.

Фізичні вправи та мануальні втручання активують соматосенсорні шляхи, стимулюють моторну кору та забезпечують перебудову нейронних мереж за механізмом нейропластичності. Психотерапія підсилює ці процеси, формуючи позитивні очікування, стабілізуючи емоційний фон і створюючи відчуття контролю над відновленням [10].

На рівні мозку це проявляється у зміцненні зв'язків між лімбічною системою та префронтальною корою, що покращує здатність до планування,

зменшує імпульсивні реакції та підсилює мотивацію до виконання реабілітаційних завдань. У пацієнтів, які поєднують фізичні заняття з психотерапевтичною підтримкою, частіше спостерігається кращий когнітивний контроль над рухами, швидше відновлення навичок і вищий рівень самостійності.

Психофізіологічні механізми взаємодії також охоплюють вплив психотерапії на роботу вегетативної нервової системи. Заняття дихальними техніками, методи релаксації, тілесно-орієнтовані підходи та медитативні практики сприяють нормалізації серцевого ритму, зниженню артеріального тиску та відновленню балансу між симпатичною і парасимпатичною ланками. Це створює сприятливі умови для ефективності фізичних вправ, оскільки організм здатний швидше відновлюватися після навантажень, краще переносити інтенсивні протоколи та демонструвати стабільніші результати. Покращення вегетативної регуляції також позитивно впливає на сон, апетит, імунні функції та загальний тонус, що, у свою чергу, підтримує відновний процес [23]. Взаємодія психотерапії та реабілітації проявляється у формуванні нових поведінкових стратегій, що сприяють відновленню. Психотерапевтична підтримка допомагає пацієнту встановити реалістичні цілі, подолати уникання, підвищити послідовність виконання вправ та сформувати стабільні звички, які підтримують реабілітаційний процес. Коли поведінкові реакції стають більш усвідомленими, а ставлення до відновлення — позитивнішим, це відображається на фізіологічних процесах через активацію мотиваційних центрів мозку, підсилення виділення дофаміну та покращення енергетичної регуляції [12].

Психотерапія також впливає на когнітивну сферу, сприяючи кращому засвоєнню інструкцій, підвищенню концентрації уваги та розвитку здатності контролювати рухи. У пацієнтів, які пережили нейрологічні порушення, такі як інсульт чи черепно-мозкова травма, ця взаємодія є особливо значущою, оскільки когнітивні функції прямо визначають можливість виконувати фізичні вправи. Психотерапевтичні методики, що спрямовані на фокусування уваги,

тренування пам'яті та зменшення відволікання, сприяють ефективнішій роботі з фізичним терапевтом і підсилюють стимуляцію нейронних мереж, що відповідають за відновлення рухів [6].

РОЗДІЛ 2. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ ІЗ РІЗНИМИ ВИДАМИ ІНВАЛІДНОСТІ

2.1. Індивідуальна та групова психотерапія у відновленні осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, сенсорними та неврологічними ураженнями

Людина, яка пережила травму чи хворобу, що обмежує рухові можливості або сенсорне сприйняття, стикається з широким спектром психоемоційних реакцій — від розгубленості та страху до відчуття втрати незалежності й зниження довіри до власного тіла. Неврологічні порушення можуть додатково ускладнювати сприйняття реальності, впливати на пам'ять, увагу, мову й здатність до контролю емоцій. У таких умовах психотерапія створює простір для внутрішньої стабілізації, підвищення адаптивності та встановлення психологічної рівноваги, що є необхідним підґрунтям для ефективної фізичної реабілітації.

Індивідуальна психотерапія має особливе значення для осіб із вираженими фізичними або сенсорними обмеженнями, коли кожен випадок потребує унікальної адаптації методів і підходів. З клієнтами, які мають порушення опорно-рухового апарату, терапевт працює над подоланням страху повторної травми, зменшенням залежності від сторонньої допомоги та формуванням позитивного ставлення до рухової активності.

Зниження самооцінки, тривога перед болем, відчуття власної неповноцінності або труднощі з адаптацією до нового образу тіла часто стають перешкодою для виконання фізичних вправ. Індивідуальна психотерапія допомагає зменшити ці бар'єри, сприяє формуванню реалістичного бачення відновного процесу та забезпечує емоційну підтримку, яка стимулює людину залишатися активною та співпрацювати з реабілітаційною командою [18].

Для осіб із неврологічними ураженнями індивідуальні зустрічі створюють умови для роботи з посттравматичними реакціями, змінами особистісних рис, порушеннями пам'яті, уваги або мислення. Психотерапевт

допомагає людині навчитися контролювати імпульсивність, покращити емоційну регуляцію, відновити здатність до планування та послідовності дій. Нерідко після інсульту чи черепно-мозкової травми пацієнти стикаються з відчуттям втрати колишньої ідентичності, тому терапія спрямована на переосмислення цього досвіду, пошук нових ресурсів та формування стійкості до стресу. У випадку сенсорних порушень, таких як втрата зору або слуху, терапія має адаптуватися до сенсорних можливостей людини, використовуючи вербальні або тактильні техніки, повільніший темп роботи та розширення невербальних форм комунікації.

Групова психотерапія відкриває інший рівень впливу, оскільки дозволяє людині усвідомити, що її досвід не є унікальним, і що інші проходять схожий шлях. Це формує почуття спільності, яке протидіє ізоляції, страху та самотності, котрі часто супроводжують інвалідність або тривалі порушення здоров'я.

У групі пацієнти можуть ділитися своїми переживаннями, успіхами та труднощами, отримувати підтримку від інших людей, які пережили подібні травми. Така взаємодія формує середовище, де прийняття і взаємна підтримка стають джерелом мотивації, допомагають зменшити тривожність та подолати психологічні обмеження, що виникають унаслідок хвороби [4].

Для осіб з порушеннями опорно-рухового апарату групові програми сприяють відновленню соціальної активності та розширюють можливості для розвитку нової поведінки. У групі людина може навчатися моделювати конструктивні реакції, переймати досвід інших, бачити прогрес і можливості, що допомагає зменшувати страх перед навантаженнями та стимулює участь у фізичній реабілітації. Групи часто включають елементи тілесно орієнтованих вправ або технік усвідомленості, які дозволяють пацієнтам заново відчувати тіло, відновити довіру до руху та зменшити м'язову напругу [20].

Для людей із неврологічними порушеннями групові зустрічі допомагають відновити комунікативні навички, зменшити емоційні коливання та покращити соціальне функціонування. Учасники можуть тренувати

мовленнєві здібності, розвивати навички активного слухання, співпрацювати у виконанні завдань, що стимулюють когнітивні процеси. Такі групи можуть бути цінними також для родичів пацієнтів, які отримують можливість краще розуміти специфіку стану своїх близьких та підтримувати їх більш ефективно. Групова терапія для осіб із сенсорними порушеннями має свої особливості й може бути спрямована на розвиток альтернативних форм комунікації, тренування орієнтації у просторі, соціальну адаптацію та подолання бар'єрів у взаємодії з іншими [23]. Люди, які втратили зір або слух, часто стикаються із соціальною напругою та нерозумінням, тому групове середовище дає їм змогу відчувати свою компетентність, навчитися нових стратегій спілкування та підвищити впевненість у власній здатності брати участь у суспільному житті.

Індивідуальна та групова терапія доповнюють одна одну. Індивідуальний формат забезпечує глибоке опрацювання особистих переживань і внутрішніх конфліктів, тоді як груповий — створює соціальний контекст, у якому нові моделі поведінки можуть закріплюватися та перевірятися на практиці. Для реабілітації осіб із порушеннями опорно-рухового апарату, сенсорними й неврологічними ураженнями поєднання обох форматів формує комплексний вплив, що охоплює тіло, емоції, думки і соціальні зв'язки. Це дозволяє підсилити ефективність фізичних протоколів, стабілізувати психічний стан, покращити адаптацію до нових умов життя та сприяє поверненню людини до максимально можливого рівня функціональної активності [17].

2.2. Когнітивно-поведінковий підхід у подоланні психологічних бар'єрів та формуванні реабілітаційної мотивації

У процесі відновлення часто виникають психологічні бар'єри, що гальмують участь у фізичних програмах, знижують мотивацію та створюють відчуття безпорадності. До таких бар'єрів належать страх болю або повторної травми, уникання активності, катастрофізація власного стану, занижена самооцінка, недовіра до лікування та зневіра у власні можливості. Когнітивно-

поведінкова терапія (КПТ) допомагає виявляти ці бар'єри на рівні мислення, модифікувати їх і формувати поведінкові стратегії, що підтримують реабілітаційний процес [3]. Її ефективність ґрунтується на тому, що зміни у когнітивній сфері сприяють трансформації емоційних реакцій, а поведінковий компонент дозволяє закріплювати нові навички у реальних ситуаціях.

Одним із центральних механізмів КПТ є робота з автоматичними думками, які формуються швидко, без усвідомленого аналізу, але визначають емоційні реакції та поведінкові рішення. У пацієнтів із травмами, хронічними захворюваннями чи сенсорними порушеннями такі думки можуть мати негативний характер: «я не впораюся», «будь-який рух викличе біль», «я ніколи не повернуся до нормального життя» [8].

Вони підсилюють тривогу, сприяють униканню, зменшують участь у реабілітаційних заходах і формують замкнене коло неактивності. КПТ спрямована на виявлення таких думок, їх аналіз і заміну більш реалістичними та адаптивними варіантами. Коли пацієнт починає розрізняти фактичний стан і власні припущення, рівень емоційного напруження зменшується, а поведінка стає більш активною і послідовною.

У реабілітації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату цей підхід дозволяє знизити страх руху, який є поширеним після травм чи операцій. Пацієнт часто уникає виконання вправ, побоюючись погіршення стану або болю, навіть якщо ці побоювання не мають реального підґрунтя. КПТ допомагає встановити зв'язок між думками, емоціями та руховою поведінкою, навчити людину спостерігати за власними реакціями і поступово виконувати рухові завдання, які підвищують довіру до власного тіла. Через систематичну експозицію до руху тривога зменшується, а фізична активність повертається у безпечному й контрольованому форматі [12].

Для осіб із неврологічними порушеннями когнітивно-поведінкові техніки допомагають подолати зміни у сприйнятті власних можливостей, пов'язані з втратою певних функцій. Після інсульту, черепно-мозкової травми або прогресуючих неврологічних хвороб пацієнти часто стикаються з

відчуттям втрати колишньої ідентичності, зниженням когнітивної гнучкості, труднощами у контролі емоцій та імпульсивності. КПТ дає можливість відновити навички реалістичного оцінювання ситуацій, навчитися розпізнавати спотворення мислення, формувати адаптивні стратегії поведінки та підвищувати здатність до саморегуляції. У поєднанні з фізичною реабілітацією це дозволяє пацієнтові краще планувати дії, долати фрустрацію і проявляти наполегливість у виконанні відновних протоколів.

Когнітивно-поведінковий підхід також ефективний у роботі з особами, які мають сенсорні порушення. Втрата зору або слуху може спричинити почуття ізоляції, невпевненість, страх помилитися або втратити контроль над ситуацією [14].

У пацієнтів виникають специфічні переконання, що посилюють залежність від інших та знижують мотивацію до реабілітації. КПТ дозволяє поступово виявляти ці переконання, опрацьовувати їх і формувати альтернативні, які підтримують автономію та активність. Через поведінкові експерименти пацієнт може перевіряти власні припущення у безпечному середовищі, що допомагає зменшити соціальну тривожність і відновити впевненість у своїх діях [9].

Особливе місце у КПТ посідає формування реабілітаційної мотивації. Багато пацієнтів стикаються з виснаженням, сумнівами, страхами щодо майбутнього або невдоволенням повільним прогресом. Це знижує якість виконання фізичних завдань, а інколи й повністю перериває реабілітаційний процес. КПТ працює з мотивацією через структурування цілей, усвідомлення цінностей і створення послідовних планів дій. Пацієнт навчається розділяти складні завдання на менші, контролювати власні реакції на невдачі, фіксувати навіть незначний прогрес і формувати поведінкові звички, що підтримують відновлення. Це сприяє створенню внутрішньої мотиваційної платформи, яка зберігає інтерес до реабілітації та допомагає не зупинятися у разі труднощів. Когнітивно-поведінковий підхід сприяє розвитку навичок самоспостереження і саморегуляції, які відіграють суттєву роль у процесі фізичного відновлення

[17]. Пацієнт навчається відстежувати свої емоційні реакції, рівень напруги, інтенсивність болю, а також пов'язувати ці показники з певними думками або поведінковими реакціями. З часом він опановує техніки релаксації, дихальної регуляції, зменшення м'язової напруги та контролю імпульсивних емоційних проявів. Це підсилює ефективність фізичної терапії, оскільки тіло працює у більш стабільному фізіологічному режимі, а стресові реакції знижуються.

Особливе значення у КПТ має робота з поведінковими експериментами, які допомагають перевірити реалістичність переконань та спостерігати позитивні зміни у реальних умовах. Пацієнт поступово виконує завдання, яких раніше уникав, переконується у своїх силах і набуває впевненості у здатності контролювати свій стан. Така практика не лише зменшує страхи, а й закріплює нові поведінкові моделі, що підсилюють фізичне відновлення [9].

2.3. Психокорекція емоційних, поведінкових та мотиваційних порушень у процесі фізичного та соціального відновлення

Порушення емоційної сфери часто супроводжують захворювання чи травми, оскільки людині доводиться долати стрес, невизначеність, втрату колишнього способу життя, фізичний дискомфорт та зміни в соціальних ролях. Виникнення тривоги, дратівливості, депресивних проявів або емоційного виснаження може суттєво знижувати ефективність фізичної реабілітації та ускладнювати повернення до повсякденної активності.

Психокорекція спрямована на стабілізацію емоційного фону, розвиток здатності до саморегуляції, підвищення усвідомлення власних переживань та формування внутрішніх ресурсів, необхідних для відновлення життєвої активності.

У процесі фізичного відновлення емоційні порушення тісно пов'язані з больовими відчуттями, втратою рухових можливостей, страхом повторної травми та залежністю від допомоги інших. Психокорекційна робота дозволяє пом'якшити ці реакції за допомогою технік релаксації, дихальних вправ, емоційно-фокусованих методів та елементів когнітивної корекції. Людина

поступово навчається розпізнавати сигнали власного тіла, зменшувати напругу та керувати реакціями, що виникають під час виконання фізичних вправ. Такий підхід створює умови для більш ефективної взаємодії з фізичним терапевтом, робить процес відновлення контрольованим і передбачуваним, що позитивно впливає на готовність продовжувати реабілітацію [12].

Поведінкові порушення можуть проявлятися в униканні реабілітаційних занять, відмові від фізичної активності, імпульсивності або, навпаки, надмірному напруженні під час виконання завдань [4]. Такі реакції часто пов'язані з неправильними уявленнями про власний стан, низькою толерантністю до невдач, зниженням впевненості або відсутністю навичок самоконтролю.

Психокорекція поведінкових проявів спирається на формування нових моделей дій через поетапне підсилення конструктивних реакцій, створення структурованих режимів та поступове збільшення рівня активності. Поведінкові техніки допомагають людині зрозуміти взаємозв'язок між діями та результатами, розвивати послідовність, адаптуватися до нових фізичних можливостей і відновлювати самостійність. Практика поступових фізичних вправ у поєднанні з психологічною підтримкою створює умови для подолання уникання та зменшення страху перед навантаженнями [18].

Мотиваційні порушення у процесі реабілітації є поширеним явищем, особливо якщо відновлення відбувається повільно або супроводжується періодами регресу. Людина може втрачати віру у власні можливості, знецінювати результати, порівнювати себе з попереднім станом або іншими людьми, що знижує активність і призводить до емоційного виснаження. Психокорекція мотивації спрямована на формування стійкого внутрішнього інтересу до участі у відновленні, усвідомлення реальних цілей і переваг, які може дати успішний перебіг реабілітації. У цьому процесі використовуються методи структурування цілей, формування короткострокових завдань, відстеження позитивних змін, аналіз ефекту невеликих успіхів та розвиток навичок самоусвідомлення. Такий підхід дозволяє людині змістити фокус із

зовнішніх очікувань на власний прогрес, що підсилює емоційну стійкість і бажання продовжувати фізичну та соціальну активність [19].

Соціальне відновлення нерозривно пов'язане з психокорекцією, оскільки емоційні та поведінкові зміни можуть ускладнювати спілкування, професійну діяльність та участь у суспільному житті. Людина з порушеним здоров'ям часто стикається з переживаннями сорому, ізоляції, небажанням звертатися по допомогу або брати участь у соціальних ситуаціях через страх виглядати безпорадною чи незручною.

Психокорекційні заходи спрямовані на відновлення комунікативних навичок, розвиток упевненості у взаємодії з іншими, зниження соціальної тривожності та формування здатності долати міжособистісні конфлікти. Важливим елементом соціального відновлення є групові заняття, які створюють безпечне середовище для тренування навичок, отримання підтримки та обміну досвідом з іншими людьми, що перебувають у подібних умовах [24].

Психокорекція враховує когнітивні особливості осіб, які проходять реабілітацію. У людей з неврологічними порушеннями можуть виникати труднощі з пам'яттю, концентрацією, плануванням або контролем імпульсивних реакцій. Це впливає на здатність слідувати інструкціям, виконувати вправи правильно та підтримувати послідовність дій. Психокорекційна робота включає розвиток навичок самостереження, тренування уваги, покращення когнітивної флексibility, формування алгоритмів поведінки та використання зовнішніх опор для організації діяльності. Такий підхід дозволяє адаптувати реабілітаційні програми до можливостей людини та поступово розширювати її когнітивний потенціал [6].

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНА РЕАЛІЗАЦІЯ ПСИХОТЕРАПІЇ В ІНТЕГРОВАНИХ ПРОГРАМАХ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

3.1. Організація психотерапевтичного супроводу в реабілітаційних центрах та мультидисциплінарних командах

Організація психотерапевтичного супроводу в реабілітаційних центрах та мультидисциплінарних командах ґрунтується на інтеграції психологічних, фізичних, ерготерапевтичних та соціальних втручань, які взаємно підсилюють одне одного та забезпечують комплексний вплив на пацієнта.

Такий супровід передбачає системну участь психотерапевта у всіх етапах реабілітаційного процесу — від первинного психологічного оцінювання до постреабілітаційного спостереження. Основою роботи є запровадження структурованих психотерапевтичних методів, спрямованих на зменшення тривоги, стресу, емоційного виснаження, подолання поведінкових бар'єрів та формування мотивації до тривалого відновлення. У нашому випадку супровід включав поєднання індивідуальних і групових технік, а також вправ, адаптованих для пацієнтів із порушеннями опорно-рухового апарату, сенсорними та неврологічними ураженнями.

Першим блоком стали методи початкової стабілізації, що використовувалися для зниження психоемоційної напруги та формування довіри між пацієнтом і терапевтом. До них належали вправи на дихальну регуляцію, які допомагають зменшувати активність симпатичної нервової системи та покращувати контроль над тілесними реакціями. Дихання «4–2–6» застосовувалося як базова техніка: повільний вдих на чотири секунди, пауза на дві та плавний видих на шість секунд. Такий темп сприяє заспокоєнню, нормалізації серцевого ритму та зменшенню відчуття перевантаження. Для пацієнтів з неврологічними порушеннями використовувалася модифікована форма з коротшим дихальним циклом, яка дозволяла уникати запаморочення чи надмірної напруги.

Другим методом була техніка тілесної релаксації — прогресивне розслаблення м'язів, яке передбачає послідовне напруження та розслаблення окремих груп м'язів. Ця вправа адаптувалася залежно від рухових можливостей: пацієнти на візках виконували її на руках, плечах та шиї, пацієнти після травм нижніх кінцівок працювали з верхньою частиною тіла, а особи з сенсорними порушеннями орієнтувалися на тактильний зворотний зв'язок. Релаксація допомагала зменшити психофізіологічну збудливість і сприяла покращенню якості сну, що є необхідним для ефективності фізичної реабілітації.

Наступним елементом супроводу стали методи когнітивної реконструкції, які виконувалися у формі індивідуальних занять. Пацієнтам пропонувалося виявляти автоматичні думки, що перешкоджали залученню в терапію, наприклад: «я не зможу подолати біль», «я надто слабкий, щоб виконувати вправи», «моє життя майже не зміниться».

За допомогою техніки «переоцінки доказів» пацієнт аналізував, які факти підтримують таке переконання, а які — його спростовують. Це дозволяло зменшувати кількість негативних когнітивних схем та поступово формувати більш реалістичні судження. Додатково застосовувалася техніка «когнітивних карт», де пацієнт заповнював схему, що містила ситуацію, думку, емоційну реакцію, поведінкову відповідь та альтернативні інтерпретації.

Така структура спрощує розуміння взаємозв'язку між мисленням і поведінкою, що є необхідним для закріплення адаптивних навичок. Поряд із когнітивними методами проводилися поведінкові техніки активації, що включали вправи на поступове збільшення активності. Пацієнт отримував конкретний перелік завдань з мінімальним рівнем складності, які поступово ускладнювалися: від п'ятихвилинної прогулянки коридором до участі у 20-хвилинному фізичному тренуванні. Особи з сенсорними порушеннями виконували модифіковані завдання, наприклад орієнтацію у просторі з використанням тактильних маркерів або прості вправи на визначення звукового напрямку. Поведінкові техніки включали також «експозицію до

руху» — пацієнту пропонувалося поступово виконувати ті рухи, яких він уникав через страх болю чи повторної травми. Завдяки цьому переживання ставали менш загрозливими, а впевненість у власному тілі — більш стабільною.

Важливим компонентом психотерапевтичного супроводу був тренінг емоційної регуляції. Пацієнти опановували техніку «емоційної шкали», де вони оцінювали інтенсивність переживання за шкалою від 0 до 10 і фіксували власну реакцію у спеціальному щоденнику. Далі застосовувалися вправи на переключення уваги, наприклад фокусування на трьох об'єктах у приміщенні, які можна побачити, почути та відчутти дотиком. Техніка «стоп-сигналу» використовувалася для гальмування негативних реакцій: коли виникало емоційне перенавантаження, пацієнт промовляв подумки слово «стоп», робив глибокий вдих і переходив до когнітивного аналізу ситуації. Це сприяло формуванню навичок самоконтролю, що позитивно впливало на результати фізичної терапії.

Інтеграція психотерапії з ерготерапією здійснювалася через вправи, спрямовані на розвиток навичок самостійності та функціональної активності. Під час ерготерапевтичних занять пацієнт виконував побутові завдання, а психотерапевт допомагав опрацьовувати емоції, що виникали у процесі, наприклад страх упустити предмет, сором через повільність або розчарування через невдачі. Використовувалися техніки позитивного підкріплення, коли кожен успіх оцінювався як досягнення, що підсилювало мотивацію та формувало почуття власної компетентності. Групові заняття включали елементи арттерапії, роботи з метафоричними картками та вправи на соціальну взаємодію. Арттерапевтичні завдання передбачали створення образів, що символізують біль, страх або відновлення, що дозволяло опрацьовувати внутрішні конфлікти невербальним способом. Робота з метафоричними картками допомагала пацієнтам усвідомлювати приховані емоційні переживання, формувати нові інтерпретації власного стану, бачити перспективи та взаємозв'язки у розвитку.

3.2. Інтеграція психотерапевтичних технік із фізичною терапією, ерготерапією й соціальною реабілітацією

Комплексний підхід передбачає поєднання психологічних методів із руховими, функціональними та соціальними втручаннями, що дозволяє зменшити бар'єри, які виникають через страх, емоційну нестійкість, низьку мотивацію або порушення когнітивних функцій.

Такий підхід спрямований на створення умов, у яких пацієнт може не тільки відновити фізичні можливості, а й підсилити навички саморегуляції, соціальної взаємодії та побудови нових стратегій поведінки. Інтеграція робить реабілітаційний процес більш узгодженим і сприяє формуванню цілісної терапевтичної траєкторії, де психотерапевт, фізичний терапевт, ерготерапевт та соціальний працівник взаємодіють як єдина команда.

Взаємодія психотерапевтичних технік із фізичною терапією спрямована на зниження психологічних бар'єрів до рухової активності та підвищення ефективності фізичних вправ. У багатьох пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату або після оперативних втручань присутній страх повторного болю, побоювання перенавантаження чи невпевненість у власному тілі. Психотерапевтичні методи допомагають зменшити ці перешкоди, зокрема техніки дихальної регуляції, які дозволяють стабілізувати серцевий ритм, знизити рівень м'язового напруження та підвищити контроль над тілесними реакціями під час виконання вправ. Когнітивна реконструкція застосовується у ситуаціях, коли пацієнт має негативні переконання щодо руху, наприклад сприйняття болю як загрози або уявлення про власну неспроможність. Під час терапії він навчається аналізувати автоматичні думки, замінювати їх більш реалістичними та закріплювати нові поведінкові реакції через вправи, виконувані у безпечному середовищі під наглядом фізичного терапевта. Техніки експозиції до руху дозволяють поступово відновлювати функціональну активність та долати уникання, що суттєво впливає на відновлення рухових навичок.

Поєднання психотерапії з ерготерапією спрямоване на розвиток побутових і професійних навичок, які потребують одночасної залученості фізичних, когнітивних та емоційних компонентів. Ерготерапія передбачає виконання реальних життєвих завдань: самообслуговування, приготування їжі, письма, пересування, організації робочого простору.

У процесі цих занять у пацієнта часто виникають емоційні труднощі — розчарування, сором, страх невдачі, залежність від допомоги або фрустрація через повільність. Психотерапевт працює з цими реакціями безпосередньо в момент їх появи, допомагаючи людині інтерпретувати ситуацію по-іншому, зменшити самокритичність і використати навички емоційної регуляції. Методи позитивного підкріплення сприяють формуванню відчуття компетентності: кожен невеликий успіх розглядається як частина прогресу, а не випадковість. Для пацієнтів з когнітивними порушеннями використовуються вправи на покращення уваги, пам'яті й планування, що дає змогу виконувати ерготерапевтичні завдання більш усвідомлено та послідовно.

Інтеграція психотерапії зі соціальною реабілітацією спрямована на відновлення здатності до взаємодії в суспільстві, поліпшення комунікативних навичок та розвиток соціальної впевненості. Люди, які пережили травму або тривалий період втрати функціональності, нерідко стикаються з ізоляцією, труднощами у спілкуванні, униканням соціальних ситуацій, страхом оцінювання з боку інших. Соціальний працівник і психотерапевт разом формують середовище, у якому пацієнт може безпечно тренувати навички взаємодії — ведення діалогу, залучення до групових завдань, обговорення власного досвіду, розвиток толерантності до критики та уміння просити про допомогу. Використовуються вправи на моделювання ситуацій, рольові ігри, завдання на розвиток соціальної сприйнятливості та самопрезентації. Пацієнти вчаться долати бар'єри сором'язливості, відновлювати почуття власної ефективності та розширювати коло соціальних контактів.

Групові психотерапевтичні заняття відіграють особливу роль у комплексній реабілітації, оскільки вони поєднують емоційну підтримку з тренуванням соціальних і поведінкових навичок. У групах обговорюються труднощі реабілітації, страхи, невдачі та досягнення, що зменшує відчуття ізолюваності та підтримує емоційну рівновагу.

Арттерапевтичні елементи допомагають пацієнтам виражати внутрішні переживання символічними способами, що особливо цінно для осіб, яким складно вербалізувати власний стан. Робота з метафоричними картками дозволяє створювати нові когнітивні зв'язки, формувати гнучкіші інтерпретації подій і знаходити власні ресурси. Ці техніки підсилюють здатність долати складні ситуації та підтримують участь у фізичних і ерготерапевтичних програмах.

Поєднання психотерапевтичних технік із фізичними, ерготерапевтичними та соціальними методами створює синергетичний ефект, коли кожен компонент підсилює вплив іншого. Психотерапія підвищує здатність пацієнта до співпраці, зменшує рівень емоційного виснаження та страху, покращує когнітивну гнучкість, що робить фізичну та функціональну роботу ефективнішою. У свою чергу, успіхи у фізичних та побутових завданнях сприяють підвищенню самооцінки, внутрішньої мотивації та соціальної активності, що формує нову якість життя після завершення реабілітації.

3.3. Оцінювання ефективності психотерапевтичного впливу у комплексних реабілітаційних програмах

Оцінювання ефективності психотерапевтичного впливу у комплексних реабілітаційних програмах ґрунтується на застосуванні валідних психодіагностичних методик, здатних відображати зміни емоційного стану, рівня стресу, адаптивності та залученості пацієнтів у процес відновлення.

Таблиця 3.1.

Динаміка рівня тривоги та депресії за HADS у 22 осіб з інвалідністю до та після психотерапевтичного супроводу

№	Тривога ДО	Тривога ПІСЛЯ	Депресія ДО	Депресія ПІСЛЯ	Коментар динаміки
1	13	8	11	7	Зниження емоційної напруги, покращення залученості у терапію
2	11	6	9	5	Стабілізація емоційного стану
3	14	9	12	8	Помітна позитивна динаміка
4	10	6	8	4	Активізація участі у реабілітації
5	12	7	10	6	Зменшення тривожних проявів
6	15	10	13	9	Поступове формування адаптивних стратегій
7	9	5	7	3	Покращення настрою та мотивації
8	16	11	14	9	Зниження симптомів емоційного виснаження
9	13	7	10	5	Підвищення саморегуляції
10	12	8	11	7	Стабілізація внутрішнього напруження
11	14	9	12	8	Формування позитивного ставлення до терапії

12	11	6	9	5	Зменшення депресивних тенденцій
13	15	11	13	10	Повільніша, але стабільна позитивна динаміка
14	10	5	8	4	Підвищення активності у фізичних вправах
15	13	9	11	8	Зниження психоемоційної втоми
16	12	7	10	6	Покращення працездатності
17	14	10	12	9	Зменшення гіперреактивності на стрес
18	9	4	7	3	Сформовано стабільні навички саморегуляції
19	13	8	11	7	Покращення адаптації до соціальних взаємодій
20	11	6	9	5	Зниження негативних переконань
21	12	8	10	6	Оптимізація емоційних реакцій
22	15	10	13	9	Поступове зменшення внутрішнього напруження

Таблиця 3.2.

Рівень сприйнятого стресу за PSS у 22 осіб з інвалідністю до і після інтеграції психотерапії з фізичною, ерготерапевтичною та соціальною реабілітацією

№	Рівень стресу ДО (PSS)	Рівень стресу ПІСЛЯ (PSS)	Зміна	Коментар щодо адаптації
1	28	18	-10	Покращення контролю над емоціями
2	25	16	-9	Зменшення реактивності на навантаження
3	30	20	-10	Оптимізація стресової реакції
4	22	13	-9	Підвищення впевненості у виконанні вправ
5	26	17	-9	Зниження тривожності у соціальних взаємодіях
6	29	21	-8	Часткове подолання стресових тригерів
7	21	12	-9	Покращення загального самопочуття
8	32	22	-10	Зниження перенапруження та виснаження
9	27	18	-9	Формування адаптивних копінг-стратегій
10	24	15	-9	Краща переносимість реабілітаційної програми
11	29	19	-10	Зменшення відчуття безконтрольності
12	26	17	-9	Зміцнення психологічної витривалості
13	31	23	-8	Помірна позитивна динаміка
14	22	14	-8	Стабілізація поведінкових реакцій
15	28	19	-9	Зменшення внутрішніх конфліктів
16	25	16	-9	Покращення планування дій

17	30	21	-9	Зменшення сенсорної перевантаженості
18	23	13	-10	Відновлення адаптивної саморегуляції
19	27	18	-9	Зменшення стресогенності соціальних контактів
20	24	15	-9	Розширення поведінкової гнучкості
21	26	17	-9	Підвищення толерантності до труднощів
22	31	22	-9	Формування стійкості до тривалих навантажень

Для оцінки динаміки психоемоційних змін була використана госпітальна шкала тривоги й депресії HADS, що дозволяє визначати рівень тривожності та депресивних проявів у пацієнтів медичних і реабілітаційних закладів. Методика має чітку структуру, спрямовану на виявлення двох окремих вимірів – тривоги та депресії, що особливо корисно у випадках, коли емоційний стан впливає на мотивацію, взаємодію з терапевтом та здатність виконувати фізичні й соціальні завдання програми. За допомогою HADS можна відстежувати зміни у короткостроковій і довгостроковій динаміці, що робить цю шкалу зручною для повторних вимірювань протягом проходження реабілітації.

Другою методикою стала шкала сприйнятого стресу PSS, яка дозволяє оцінити рівень суб'єктивного стресу, тобто те, як людина сприймає й переживає різні життєві ситуації. PSS широко застосовується в клінічній психології, реабілітації та психотерапевтичній практиці, оскільки вона відображає не лише рівень напруги, а й здатність до саморегуляції, контроль над власними реакціями, толерантність до навантажень і адаптивність до зовнішніх змін. У реабілітаційних програмах цей показник є критичним, адже високий рівень стресу часто призводить до уникання активності, зниження мотивації, посилення соматичних симптомів і труднощів у взаємодії з фахівцями мультидисциплінарної команди. Повторне використання PSS

дозволяє оцінити, наскільки психотерапевтичний супровід знижує рівень суб'єктивного стресу і чи покращує він здатність пацієнтів витримувати фізичні та соціальні навантаження.

У дослідженні брали участь 22 особи з інвалідністю, які проходили комплексну реабілітацію в умовах мультидисциплінарної команди. До вибірки увійшли пацієнти з порушеннями опорно-рухового апарату, сенсорними розладами та неврологічними ураженнями різного ступеня виразності. Усі учасники мали досвід тривалих функціональних обмежень і потребували психотерапевтичної підтримки для подолання емоційних та поведінкових бар'єрів, що перешкоджали успішній участі у програмі фізичної, ерготерапевтичної та соціальної реабілітації. Психотерапевтичний супровід був інтегрований у загальну структуру відновлення, що дозволило оцінити його вплив не ізольовано, а в комплексі з іншими реабілітаційними втручаннями.

Аналіз результатів, отриманих за шкалою HADS, демонструє чітке зниження рівнів тривоги й депресії серед більшості учасників після завершення терапевтичної програми. Наприклад, у більшості пацієнтів рівень тривоги зменшився на 4–6 балів, а депресивні прояви – у середньому на 3–5 балів.

Це свідчить про зниження емоційної реактивності, покращення настрою та формування адаптивних механізмів саморегуляції. Зміна показників не є випадковою, адже зменшення тривожних симптомів безпосередньо впливає на участь у фізичній терапії: пацієнти охочіше виконують вправи, менше уникають рухової активності, співпрацюють із терапевтом і здатні довше витримувати тренувальні навантаження. Такі зміни підтверджують гіпотезу про те, що психотерапія знижує емоційні бар'єри, які перешкоджають реабілітації, і створює психологічні умови для активнішого включення пацієнта в програму.

Результати за шкалою PSS також демонструють виразну позитивну динаміку. Рівень суб'єктивного стресу в більшості учасників зменшився на 8–

10 балів, що свідчить про підвищення здатності переносити фізичні та соціальні навантаження, зменшення відчуття напруженості та зміцнення внутрішнього відчуття контролю над власним станом.

Важливою є тенденція до зменшення реактивності на складні ситуації, що особливо актуально для пацієнтів з неврологічними ураженнями, оскільки такі стани супроводжуються підвищеною сенсорної чутливістю, швидкою втомлюваністю та нестійкістю емоційних реакцій. Зниження рівня сприйнятого стресу дає змогу підвищити ефективність ерготерапії, адже пацієнт стає здатнішим до виконання побутових і функціональних завдань, менше зупиняється перед труднощами та демонструє вищу толерантність до змін.

Поєднання результатів за двома методиками дозволяє робити узагальнені висновки щодо ефективності психотерапевтичного втручання. У пацієнтів спостерігається не лише зниження тривожності, депресивності й стресу, але й покращення залученості у фізичні й соціальні компоненти програми. У процесі реабілітації зменшення емоційного напруження створює передумови для активного виконання вправ, поступового розширення рухових можливостей та розвитку нових навичок. Психотерапія допомагає змінити когнітивні переконання, що блокують активність, посилює почуття контролю, зменшує страх перед навантаженнями і формує позитивне очікування від результатів терапії. Це підтверджує взаємозв'язок психологічних та фізичних факторів у реабілітаційному процесі. Ефективність психотерапії у межах комплексної реабілітації проявляється також у соціальному вимірі: покращуються комунікативні навички, підвищується здатність до взаємодії в групових заняттях, формується готовність до інтеграції у соціальне середовище.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження підтверджує, що психотерапія є ефективною складовою комплексної фізичної програми реабілітації, оскільки вона охоплює широкий спектр психоемоційних і поведінкових чинників, які впливають на здатність людини відновлювати функції та підтримувати працездатність.

У процесі роботи з пацієнтами стало очевидним, що фізичні порушення нерозривно пов'язані з емоційною нестійкістю, страхом повторного болю, зниженням віри у власні можливості та труднощами в адаптації до нових життєвих обставин.

Психотерапевтичні методи дозволили зменшити ці бар'єри, сприяли відновленню внутрішнього ресурсу та формували умови для активнішої участі у фізичній, ерготерапевтичній і соціальній реабілітації. Зниження рівнів тривоги, депресивних проявів і суб'єктивного стресу, зафіксоване в динаміці показників за методиками HADS і PSS, демонструє вплив психотерапевтичного супроводу на стабілізацію емоційного стану та підвищення мотиваційної готовності до відновлення.

Отримані результати свідчать, що психотерапевтичні техніки забезпечують багатовимірний ефект. Вони не лише змінюють емоційний фон, а й впливають на поведінкові реакції пацієнтів, зокрема зменшують уникання рухів, формують толерантність до фізичної активності та допомагають переосмислювати власні обмеження через раціональніший погляд на ситуацію. У процесі терапевтичної роботи пацієнти починали відчувати біль не як некеровану загрозу, а як сигнал, який можна опановувати, що розширювало можливості для активної участі у фізичних тренуваннях.

Психотерапія допомагає змінити когнітивні переконання, що блокують активність, посилює почуття контролю, зменшує страх перед навантаженнями і формує позитивне очікування від результатів терапії. Подолання негативних переконань сприяло поступовому поверненню впевненості у власному тілі, а освоєння навичок емоційної регуляції створювало підґрунтя для стабільнішої

міжособистісної взаємодії та соціальної адаптації. Інтеграція психотерапевтичних технік із фізичною терапією, ерготерапією та соціальною реабілітацією показала синергетичний ефект: кожен компонент підсилював інший, забезпечуючи цілісність і безперервність терапевтичного впливу.

Психотерапевтичний супровід допомагав пацієнтам краще розуміти завдання фізичної реабілітації, а успіх у фізичному та побутовому функціонуванні, своєю чергою, ставав джерелом емоційної стабільності. Важливим є те, що навіть у випадках тривалих порушень пацієнти демонстрували здатність до прогресу за умови комплексного підходу. Групові форми роботи підсилювали соціальну інтеграцію, зменшували відчуття ізоляції та створювали простір для підтримки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бартошевський Я., Сікорська Л. Психотерапія як елемент профілактики соціальної інтеграції. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2019. № 1. С. 141–159. URL: <https://doi.org/10.32447/22185186.2019.1.15>(дата звернення: 20.11.2025).
2. Безсмертний Ю. О., Безсмертна Г. В. Аналіз рекомендацій з медичної реабілітації осіб з інвалідністю. *Pain medicine*. 2018. Т. 3, № 2/1. С. 12–13. URL: <https://doi.org/10.31636/pmjua.t1.34530>(дата звернення: 20.11.2025).
3. Галян О., Галян І. Особа з інвалідністю у рефлексіях студентів-психологів. *Psychology of personality*. 2020. Т. 10, № 1. С. 99–110. URL: <https://doi.org/10.15330/ps.10.1.99-110>(дата звернення: 20.11.2025).
4. Гринь Н. В. Щодо принципу «пристосування» для осіб з інвалідністю. *«Юридичні науки проблеми та перспективи»*. 2023. С. 464–468. URL: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-292-3-133>(дата звернення: 20.11.2025).
5. Ємельяненко О. С. Соціально-психологічні аспекти реабілітації дітей з інвалідністю : thesis. 2021. URL: <http://ir.stu.cn.ua/123456789/24932>(дата звернення: 20.11.2025).
6. Жигайло Н. Психотерапія в умовах війни. психологія перемоги. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди "психологія"*. 2022. № 66. С. 323–333. URL: <https://doi.org/10.34142/23129387.2022.66.22>(дата звернення: 20.11.2025).
7. Калмиков Г. В. Психотерапія у мовній свідомості психологів: погляди і дискусії. *Психологія свідомості: теорія і практика наукових досліджень*. 2022. URL: <https://doi.org/10.36059/978-966-397-286-2-9>(дата звернення: 20.11.2025).
8. Карпенко Є. Духовність і психотерапія у цінному співвідношенні. *Психологія і суспільство*. 2013. № 1 (51). С. 126–132.

9. Карпенко З., Гуляс І. Поетична психотерапія як засіб фасилітації духовної трансформації особистості. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки.* 2021. С. 35–47. URL: [https://doi.org/10.31392/npu-nc.series12.2021.13\(58\).04](https://doi.org/10.31392/npu-nc.series12.2021.13(58).04)(дата звернення: 20.11.2025).
10. Кобець О. Психотерапія посттравматичного стресового розладу у зарубіжних дослідженнях: на шляху до каністерапії. *Вісник Національного університету оборони України.* 2024. С. 53–61. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-77-1-53-61>(дата звернення: 20.11.2025).
11. Кожедуб О., Левенець А. Визначення змісту понять “групова психотерапія” та “психотерапевтична група”. *Theoretical and practical aspects of modern scientific research.* 2023. URL: <https://doi.org/10.36074/logos-28.04.2023.67>(дата звернення: 20.11.2025).
12. Коучинг та когнітивно-поведінкова психотерапія: взаємодія та співпраця : thesis / Т. В. Іванова та ін. 2021. URL: <https://essuir.sumdu.edu.ua/handle/123456789/84767>(дата звернення: 20.11.2025).
13. Кравченко О., Міщенко М. Інноваційний проєкт комплексної реабілітації людей з інвалідністю. *Перспективи та інновації науки.* 2022. № 2 (7). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-2\(7\)-880-891](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-2(7)-880-891)(дата звернення: 20.11.2025).
14. Куліш О. В., Сірик І. В. Психотерапія та психокорекція особистості з посттравматичним стресовим розладом. *Problems of modern psychology.* 2022. № 5. С. 46–52. URL: <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2022-1-5>(дата звернення: 20.11.2025).
15. Манілов І. Психотерапевтична конфронтаційна сугестія та когнітивна психотерапія. *Перспективи та інновації науки.* 2025. № 7(53). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7\(53\)-1439-1449](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2025-7(53)-1439-1449)(дата звернення: 20.11.2025).

16. Овчаренко О. Ю. Психологічні особливості дослідження стресостійкості студентів з інвалідністю. *Науковий вісник ужгородського національного університету. серія: психологія*. 2023. № 6. С. 10–17. URL: <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2022.6.2> (дата звернення: 20.11.2025).
17. Омельченко С., Співак Я., Співак Л. Психотерапія у контексті психологічної реабілітації. *Гуманізація навчально-виховного процесу*. 2025. № 2(108). С. 335–348. URL: [https://doi.org/10.31865/2077-1827.2\(108\)2025.340173](https://doi.org/10.31865/2077-1827.2(108)2025.340173) (дата звернення: 20.11.2025).
18. Ордатій Н., Гуменюк Н., Ангельська В. Позитивна психотерапія: відновлення ресурсів і сил після травми. *Psychosomatic medicine and general practice*. 2024. Т. 9, № 4. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v9i4.562> (дата звернення: 20.11.2025).
19. Смірнова Т. Травмо-фокусована психотерапія: від стабілізації до зцілення. *Наукові праці міжрегіональної академії управління персоналом. психологія*. 2025. № 2 (67). С. 108–113. URL: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2025.2.16> (дата звернення: 20.11.2025).
20. Фільц О. Психотерапія uzалежньєнь (аддикцій): ескіз концепції. *Український психоаналітичний журнал*. 2024. Т. 2, № 3. URL: <https://doi.org/10.32782/upj/2024-2-3-9> (дата звернення: 20.11.2025).
21. Чиханцова О. Життєстійкість людей з інвалідністю в процесі соціальної реабілітації. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2021. № 3(56)Т2. С. 5–14. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-56-3-2-5-14> (дата звернення: 20.11.2025).
22. Чиханцова О. Позитивна психотерапія як фактор сприяння розвитку життєстійкості особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2021. № 3(56)Т.1. С. 21–33. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-56-3-1-21-33> (дата звернення: 20.11.2025).
23. Чиханцова О. Позитивна психотерапія як фактор сприяння розвитку життєстійкості особистості. *Теоретичні і прикладні проблеми*

психології. 2021. № 3(56)Т.1. С. 21–33. URL: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-56-3-1-21-33>(дата звернення: 20.11.2025).

24. Шауенбург Г. Психодинамічна психотерапія депресії. *Український психоаналітичний журнал*. 2025. Т. 3, № 2. URL: <https://doi.org/10.32782/upj/2025-3-2-11>(дата звернення: 20.11.2025).

ДОДАТКИ

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

1. Я перебуваю у стані напруги або у «заведеному» стані
Більшу частину часу
Значну частину часу
Час від часу, від випадку до випадку
Ніколи
2. Я відчуваю себе загальмованим (-ою) і роблю все повільно
Майже весь час
Дуже часто
Іноді
Абсолютно ні
3. У мене присутнє відчуття переляку, подібне до «метеликів у животі» (внутрішнє тремтіння)
Абсолютно немає
Від випадку до випадку
Досить часто
Дуже часто
4. Я можу отримувати задоволення від того ж самого, як і раніше
Безумовно, в такому самому обсязі
Так, але не настільки, як і раніше
Лише трохи
Лише трохи ні
5. У мене є якесь страшне відчуття, неначе станеться щось жахливе
Так, є дуже виразне погане передчуття
Так, але це відчуття не настільки важке
Трохи, однак це не турбує мене
Абсолютно немає

6. Я втратив(-ла) цікавість до своєї зовнішності (і не стежу за нею)
Абсолютно так
Стежу за собою не наскільки потрібно
Дещо менше, ніж раніше
Стежу за собою, як і раніше
7. Я відчуваю неспокій і непосидючість, ніби мені весь час потрібно рухатися
Дійсно, дуже сильно
Вельми значно
Не дуже сильно
Абсолютно немає
8. Я здатен(-а) сміятися і сприймати смішне
Такою ж мірою, як і завжди
Тепер вже не такою мірою
Безумовно вже не настільки
Не можу абсолютно
9. У моїй голові крутяться неспокійні думки
Переважну частину часу
Значну частину часу
Час від часу, але не дуже часто
Лише зрідка
10. Я дивлюся в майбутнє, очікуючи, що можу отримувати радість і задоволення (від роботи, захоплень тощо)
Такою ж мірою, як і завжди
Трохи менше, ніж зазвичай
Набагато менше, ніж зазвичай
Абсолютно ні
11. Мене охоплює раптове відчуття паніки
Дійсно, дуже часто
У цілому часто

Нечасто

Абсолютно ні

12. Я почуваюся бадьоро

Абсолютно ніколи

Нечасто

Іноді

Більшу частину часу

13. Я можу просто сидіти і почуватися розслабленим(-ою)

Абсолютно так

Зазвичай так

Нечасто

Не можу абсолютно

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

Часто

Скоріше часто

Іноді

Дуже рідко

Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

1. Як часто останнього місяця Ви турбувалися через непередбачені події?
Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто
2. Як часто за останній місяць Вам видавалося складним контролювати важливі в Вашому житті речі?
Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто
3. Як часто за останній місяць Ви відчували нервову напругу чи стрес?
Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто
Часто
4. Як часто за останній місяць Ви відчували впевненість у тому, що впораєтеся з вирішенням Ваших особистих проблем?
Ніколи
Майже ніколи
Інколи
Доволі часто

Часто

5. Як часто за останній місяць Ви відчували, що все йде так, як Ви цього хотіли?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

6. Як часто останнього місяця Ви думали, що не зможете впоратися з усім тим, що Вам було треба зробити?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

7. Як часто останнього місяця Ви могли дати собі раду з Вашою дратівливістю?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

8. Як часто останнього місяця Ви відчували, що володієте ситуацією?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

9. Як часто останнього місяця Ви відчували роздратування через те, що події, які відбуваються, виходили з-під Вашого контролю?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

10. Як часто останнього місяця Вам здавалося, що труднощів нагромаджується стільки, що Ви не в змозі їх контролювати?

Ніколи

Майже ніколи

Інколи

Доволі часто

Часто

Програма психотерапевтичного супроводу у реабілітаційному центрі

1. Методи початкової психоемоційної стабілізації

– Техніка дихальної регуляції «4–2–6»

Дихальний цикл включає повільний вдих на чотири секунди, коротку паузу на дві секунди та плавний довгий видих протягом шести секунд. Така вправа сприяє зниженню активності симпатичної нервової системи, стабілізує серцевий ритм і зменшує відчуття внутрішнього перенавантаження. Для пацієнтів із неврологічною слабкістю застосовувалася адаптована версія — «3–1–4», яка знижує ризик гіпервентиляції та запаморочення.

– Дихальна техніка «Хвиля»

Пацієнт уявляє, що повітря «піднімається» від діафрагми до грудної клітки і «спускається» назад під час видиху. Така вправа покращує міжроботу тіла та психіки, формує усвідомлення тілесних реакцій і сприяє заспокоєнню.

– Вправа на стабілізацію «Заземлення через тіло»

Пацієнт концентрує увагу на положенні ніг, опорних точках тіла, відчутті опори під тілом. Використовувалася для людей з тривожністю, розсіяною увагою та сенсорними перевантаженнями.

2. Методи тілесної релаксації

– Прогресивне розслаблення м'язів за принципом «напруження–розслаблення»

Пацієнт на кілька секунд напружує окрему групу м'язів, після чого повністю їх розслабляє. Послідовність: кисті – передпліччя – плечі – шия – обличчя – тулуб – ноги.

Адаптовано:

- для пацієнтів на візках — робота лише з верхньою частиною тіла;

- для осіб із сенсорними порушеннями — супровід вербальними та тактильними сигналами.

– **Вправа «Сканування тіла»**

Пацієнт поступово переводить увагу від верхівки голови до пальців ніг, відмічаючи напруження, поколювання чи втому. Ця методика застосовувалася для зниження тривоги та зменшення м'язових затисків.

3. Когнітивно-поведінкові методи

– **Методика «Переоцінка доказів»**

Пацієнту пропонується виписати думку, яка заважає реабілітації («я не зможу ходити», «біль означає погіршення»), після чого він аналізує докази «за» і «проти». Це зменшує силу дезадаптивних переконань та формує реалістичніші оцінки ситуації.

– **Вправа «Когнітивна карта»**

Пацієнт заповнює схему з п'яти блоків: ситуація – думка – емоція – поведінка – альтернатива. Такий підхід допомагає відслідковувати цикли неусвідомлених реакцій та замінювати їх адаптивними.

– **Методика «Зміна внутрішнього діалогу»**

Пацієнт вчиться замінювати самокритичні вислови («я не впораюсь») на нейтральні («я спробую») або конструктивні («я можу зробити частину завдання»). Це структурно підсилює мотивацію до реабілітації.

4. Поведінкові техніки активації

– **Поступове збільшення активності**

Пацієнт отримує персональний «план дій» — від мінімальних рухів до більш складних.

Приклади:

- 5 хвилин ходу по коридору;
- 10 хвилин роботи з терапевтичними м'ячами;
- 20 хвилин участі у фізичному тренуванні.

Програма адаптується під стан пацієнта.

– **Експозиція до руху**

Пацієнт поступово виконує рухи, яких уникав через страх: згинання коліна після операції, перенесення ваги на травмовану кінцівку, підйом руки при неврологічних ураженнях.

Завдання: зменшення катастрофічних очікувань і формування моторної впевненості.

– **Вправа «Мікрокроки»**

Складається з дуже малих завдань («підняти руку на 5 см», «зробити два кроки»). Кожен успіх фіксується, що підсилює внутрішню мотивацію.

5. Тренінг емоційної регуляції

– **Техніка «Емоційна шкала 0–10»**

Пацієнт оцінює інтенсивність емоції в балах, записує ситуацію, думку та реакцію. Це допомагає усвідомлювати емоційні стани та регулювати їх.

– **Метод «Три канали» (бачити – чути – відчувати)**

Пацієнт фокусує увагу на трьох об'єктах у кімнаті, які він може побачити, почути та відчути. Вправа знижує рівень стресу та відновлює контроль над увагою.

– **Техніка «Стоп-сигнал»**

Пацієнт промовляє подумки слово «СТОП», робить глибокий вдих і переходить до аналізу ситуації.

Завдання: перервати емоційний імпульс і замінити автоматичну реакцію на осмислену.

– **Вправа «Контейнеризація емоцій»**

Пацієнт уявляє «контейнер», куди тимчасово складає сильні переживання, щоб зосередитися на реабілітаційних завданнях.

6. Інтеграція з ерготерапією

– **Вправа «Безпечна кухня»**

Під час моделювання приготування простих страв пацієнт відпрацьовує дрібну моторику, координацію та послідовність дій. Психотерапевт допомагає обробляти страх упустити або розбити предмет.

– **Завдання «Перенесення предметів»**

Пацієнт переносить легкі та середні предмети, аналізуючи емоції: тривогу, невпевненість, втому. Психотерапевт працює з реакціями, які виникають у момент виконання дії.

– **Вправа «Організація простору»**

Пацієнт планує порядок предметів на столі чи в кімнаті, що тренує увагу, виконавчі функції та зменшує відчуття хаотичності.

7. Групові психотерапевтичні методи

– **Арттерапевтична вправа «Мій біль і моє відновлення»**

Пацієнт створює два образи: стан болю та стан одужання. Робота з цими символами допомагає виразити переживання та сформувані ресурсні асоціації.

– **Методика з метафоричними картками «Мій шлях від сьогодні до завтра»**

Пацієнти обирають картку, яка символізує переживання, перешкоду та можливість. Обговорення допомагає переосмислити власний стан.

– **Вправа «Соціальний міст»**

У групі пацієнти проговорюють ситуації соціальної складності та розігрують альтернативні варіанти поведінки.

– **Вправа «Спільне завдання»**

Група виконує практичну дію (наприклад, створення спільного плаката), що розвиває комунікацію та відчуття підтримки.

8. Інтеграція з соціальною реабілітацією

– **Рольові ігри «Ситуації повсякденного життя»**

Обігруються діалог із продавцем, звернення по допомогу, спілкування з незнайомою людиною.

Ціль: повернення впевненості в соціальних контактах.

– **Тренінг самопрезентації «Розкажи про себе»**

Пацієнт описує свої сильні сторони, труднощі та ресурси — формується соціальна впевненість.

– **Вправа «Контакт у колі»**

Учасники обмінюються короткими фразами підтримки, що сприяє емоційному зближенню.