

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СУСА

ЖУЧИНСЬКА ОЛЕНА АНАТОЛІЇВНА

Допускається до захисту:
т.в.о. завідувача кафедри
кризової та клінічної психології,
канд. психол. наук, доцент

_____ Катерина ВАСЮК

«_____» _____ 2025 р.

**РОЛЬ ГЕШТАЛЬТ-ПІДХОДУ В РЕБІЛІТАЦІЙНІЙ ПСИХОЛОГІЇ:
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ТА ПРАКТИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ**

Спеціальність 053 Психологія
Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник
Н.Є. Афанасьєва
д. психол.н., професор
професор кафедри загальної
та соціальної психології

Оцінка: _____ / _____ / _____
(бали за шкалою ECTS/за національною шкалою)

Голова ЕК: _____
(підпис)

Вінниця-2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИЧЕННЯ РОЛІ ГЕШТАЛЬТ-ПІДХОДУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПСИХОЛОГІЇ.....	7
1.1. Реабілітація як комплексна система заходів та її основні різновиди	7
1.2. Психологічна реабілітація як вид діяльності	13
1.3. Роль гештальт-підходу в реабілітаційній психології	24
Висновок до розділу 1.....	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ГЕШТАЛЬТ-ПІДХОДУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПСИХОЛОГІЇ.....	33
2.1. Етапи та організація дослідження.....	33
2.2. Методи та методики емпіричного дослідження.....	35
2.3. Результати емпіричного дослідження та їх інтерпретація.....	40
Висновок до розділу 2.....	53
РОЗДІЛ 3. ГЕШТАЛЬТ-ПІДХІД ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	56
3.1. Обґрунтування програми психологічної реабілітації «Відновлення цілісності та ресурсу через гештальт-підхід».....	56
3.2. Результати ефективності застосування програми психологічної реабілітації методом гештальт-підходу.....	59
Висновок до розділу 3.....	66
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	70
ДОДАТКИ.....	75

ВСТУП

Актуальність дослідження «Роль гештальт-підходу в реабілітаційній психології: теоретичні основи та практичне застосування» зумовлена зростанням потреби у сучасних і дієвих методах психологічної допомоги людям, які переживають наслідки травматичних подій, тривалого стресу та життєвих криз. Сьогодні, у реаліях воєнного часу та соціальної нестабільності, все більше людей потребують підтримки, здатної повернути відчуття внутрішньої опори, цілісності та життєвої рівноваги. Саме тому пошук підходів, що дозволяють м'яко й водночас ефективно відновити психологічний стан людини, стає особливо важливим.

Гештальт-підхід привертає увагу тим, що розглядає людину цілісно — через поєднання емоційного, тілесного й когнітивного досвіду. Він допомагає людині не просто «боротися з наслідками травми», а усвідомити свій стан, відновити здатність до контакту зі своїми почуттями, з оточенням та зі світом. Такий підхід особливо цінний у реабілітаційній психології, де важливо не лише полегшити симптоми, а й підтримати людину в поверненні до активного, осмисленого життя.

Попри те, що гештальт-терапія давно використовується в індивідуальному консультуванні, її можливості в реабілітаційній сфері ще недостатньо систематизовані. Бракує ґрунтовних досліджень про те, як саме гештальт-принципи — усвідомлення, відповідальність, завершення незавершених переживань, робота з тілесністю — можуть застосовуватись у комплексних програмах психологічного відновлення. Особливо це актуально для роботи з військовослужбовцями, ветеранами, членами їхніх родин, а також людьми, які пережили втрати, хвороби або насильство.

Отже, ця тема є актуальною та своєчасною, адже поєднує науковий аналіз із нагальною практичною потребою — забезпечити людям, які зазнали психотравмуючих подій, якісну й професійну психологічну підтримку. Результати дослідження можуть стати вагомим внеском у розвиток реабілітаційної психології

в Україні та сприяти підвищенню ефективності програм психологічного відновлення.

Об'єкт дослідження – реабілітаційна гештальт-підхід в реабілітаційній психології.

Предмет дослідження – роль гештальт-підходу в реабілітаційній психології: теоретичні основи та практичне застосування.

Мета дослідження – дослідити роль гештальт-підходу в реабілітаційній психології: теоретичні основи та практичне застосування.

Гіпотеза дослідження - застосування програми психологічної реабілітації, побудованої на гештальт-підході, сприятиме зниженню тривожності, покращенню самоставлення, відновленню цілісності переживань та підвищенню життєвих смислів її учасників.

Реалізація поставленої мети передбачала виконання таких завдань:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до використання гештальт-терапії в психологічній реабілітації та визначити її можливості щодо відновлення цілісності переживань.
2. Дослідити психологічний стан учасників реабілітаційного процесу (рівні тривожності, смисложиттєвих орієнтацій, самоставлення, емоційних і тілесних порушень) на констатувальному етапі.
3. Розробити програму психологічної реабілітації «Відновлення цілісності та ресурсу через гештальт-підхід» з урахуванням виявлених потреб вибірки та теоретичних засад гештальт-терапії.
4. Експериментально перевірити ефективність розробленої програми шляхом порівняння динаміки показників у контрольній та експериментальній групах та здійснити інтерпретацію отриманих результатів.

Методи дослідження. Для досягнення цілей кваліфікаційного дослідження було розроблено набір методів, які передбачають застосування взаємодоповнюючих наукових підходів: *Теоретичних методів*: таких як аналіз,

синтез, узагальнення, порівняння, абстрагування та класифікація. *Емпіричних методів*: зокрема спостереження та тестування, для визначення рівня емоційного вигорання серед чоловіків у бізнес-організаціях. Для цього використовувались такі методики: «Шкала оцінки реактивної та особистісної тривожності» (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) Ч. Спілбергера, Ю. Ханіна; «Опитувальник самоствлення» (В.В. Столін, С.Р. Пантилєєв); «Тест смисложиттєвих орієнтацій» (Д. Крамбо, Л. Махолік); «Методика незакінчених речень» (Sacks Sentence Completion Test, SSCT).

Статистичних методів: зокрема описової статистики, порівняльного аналізу (t-критерій Стюдента), кореляційного аналізу. Отримані результати були оброблені за допомогою стандартного програмного пакету IBM SPSS Statistics 20.0 та офісних додатків Microsoft Excel.

Експериментальна база дослідження: Комунальний заклад «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Гармонія» імені Р. Панасюк» (м. Вінниця). Загальна кількість респондентів становила 60 осіб. До вибірки увійшли чоловіки та жінки віком від 25 до 60 років, які перебувають у різних фазах реабілітаційного процесу – від раннього адаптаційного періоду після травми чи захворювання до етапу активного відновлення.

Теоретичне значення полягає в тому, що воно розширює наукове розуміння гештальт-підходу як ефективного інструмента психологічної реабілітації та демонструє його можливості у відновленні цілісності особистості після пережитих кризових чи травматичних подій. Дослідження показує, як принципи «тут-і-тепер», усвідомлення, тілесної присутності та відповідальності працюють у реальних умовах реабілітаційного процесу і як саме вони впливають на зниження тривожності, подолання дисоціації, формування життєвих смислів та покращення самоствлення. Отримані результати доповнюють наукові уявлення про механізми відновлення психологічної рівноваги, взаємодію тілесних, емоційних і когнітивних компонентів переживання та про роль міжособистісного контакту в

процесах зцілення. Таким чином, дослідження не лише підтверджує ефективність гештальт-підходу в реабілітації, але й уточнює теоретичні положення щодо його впливу на структуру особистості та динаміку внутрішніх змін.

Практичне значення дослідження визначається тим, що розроблена та апробована програма психологічної реабілітації може бути безпосередньо впроваджена у роботу реабілітаційних центрів, закладів соціального захисту, психологічних служб та громадських організацій, які працюють із людьми, що пережили травму, хронічний стрес або складні життєві обставини. Програма містить чітку структуру занять, інструменти, техніки та вправи гештальт-підходу, які можуть бути використані практичними психологами без додаткової складної підготовки. Отримані результати підтверджують її ефективність у зниженні тривожності, покращенні самоприйняття, відновленні тілесної та емоційної інтеграції, що робить програму важливим ресурсом для реальної допомоги людям у стані психологічної вразливості. Крім того, напрацьовані матеріали можуть слугувати основою для створення нових психокорекційних та реабілітаційних модулів, підготовки тренінгових програм і підвищення кваліфікації фахівців, які працюють у сфері психосоціальної підтримки.

Апробація результатів дослідження здійснювалась шляхом публікацій основних положень кваліфікаційної роботи у вигляді друкованих тез: Жучинська О.А. Використання гештальт-підходу в реабілітаційній психології. Збірник матеріалів I Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми сучасної психології у вимірах війни та миру: проблеми, досвід, нові концепції та перспективи», 13-14 листопада 2025 р.. С 103-107. Жучинська О.А. Програма психологічної реабілітації «Відновлення цілісності та ресурсу через гештальт-підхід». Збірник «Травоване дитинство: психологічні проблеми особистісного та соціального становлення дітей та молоді в умовах війни та поствоєнного періоду», 27-28 листопада 2025 р.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів та висновків до них, загального висновку, списку використаних джерел, який складається з 62 найменувань та додатків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 90 сторінок, основний зміст викладено на 70 сторінках.



РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИЧЕННЯ РОЛІ ГЕШТАЛЬТ-ПІДХОДУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ПСИХОЛОГІЇ

1.1. Реабілітація як комплексна система заходів та її основні різновиди

Поняття «*реабілітація*» увійшло в науковий обіг у середині ХХ століття. Саме в післявоєнний період у США та Великій Британії були сформульовані перші підходи до реабілітації, які згодом стали базовими принципами допомоги людям з порушеннями здоров'я та обмеженнями життєдіяльності в багатьох країнах світу.

Реабілітацію розглядають як комплекс можливостей і методів, спрямованих на зменшення впливу факторів, що обмежують повсякденне функціонування людини або можуть спричинити інвалідність. Її мета - створити умови, за яких особи з різними формами обмежень можуть досягти оптимального рівня соціальної включеності та самостійності [17].

У той самий історичний період почала формуватися й окрема галузь знань - фізична та реабілітаційна медицина. Це самостійна медична спеціальність, сфокусована на відновленні фізичних, когнітивних та поведінкових функцій людини, розширенні її участі в соціальному житті та покращенні якості життя загалом. Фахівець із медичної реабілітації здійснює профілактику, діагностику, лікування та відновлення пацієнтів із різними клінічними станами, що зумовлюють обмеження життєдіяльності, незалежно від віку людини [23, 29].

Наприкінці ХХ століття трактування поняття «*реабілітація*» суттєво оновилося й стало значно ширшим. Сьогодні під реабілітацією розуміють цілісну систему заходів, яку реалізують на державному рівні та яка поєднує медичні, психологічні, педагогічні, соціальні та професійні інструменти підтримки. У центрі цієї системи — людина та її можливість жити повноцінно попри хворобу чи обмеження.

Реабілітаційні заходи спрямовані на те, щоб:

- запобігти розвитку порушень, які здатні зумовити тимчасову або тривалу втрату працездатності;

- забезпечити максимально раннє та ефективне повернення людини - дитини чи дорослого - до активної участі в суспільстві, здатності працювати, піклуватися про себе та жити самостійно.

У цей самий період у законодавстві різних держав, зокрема й України, з'являється низка нових понять. Одне з них - *нейрореабілітація*. Під цим терміном розуміють комплекс медичних і допоміжних заходів, спрямованих на подолання або зменшення проявів порушень, пов'язаних із ураженням нервової системи. Мета таких заходів - відновити або компенсувати функції організму так, щоб людина могла вести максимально активне та незалежне життя, навіть якщо обмеження є частковими або стійкими [7].

- *Психологічна реабілітація* охоплює комплекс дій, спрямованих на підтримку та відновлення емоційного, психічного й особистісного благополуччя людини — як дорослих, так і дітей. Її мета полягає в тому, щоб створити умови, за яких особистість може знову відчути внутрішню рівновагу, надійність і здатність до розвитку на будь-якому життєвому етапі.

- *Психолого-педагогічна реабілітація* передбачає поєднання психологічних і педагогічних методів, які допомагають людині засвоїти нові способи навчання, отримання знань та формування необхідних умінь і навичок. Вона спрямована на розвиток реалістичного розуміння власних можливостей, опанування норм соціальної поведінки та включення цих умінь у навчально-виховний процес.

- *Соціальна реабілітація* - це система підтримки, що допомагає людині повернутися до максимально самостійного життя в суспільстві. Вона включає відновлення соціальних ролей, налагодження стосунків із оточенням, оволодіння побутовими навичками, а також забезпечення необхідними технічними засобами чи іншими видами допомоги для покращення якості життя дітей і дорослих.

– *Професійна реабілітація* - це комплекс заходів, спрямованих на підготовку людини до роботи в нових психологічних, соціальних та фізичних умовах. Її завдання — допомогти особі відновити або здобути професійну працездатність через адаптацію, реадaptaцію чи спеціальне навчання, беручи до уваги її інтереси, здібності та потребу в соціальному супроводі [16].

Поняття реабілітації продовжує еволюціонувати як у науковому дискурсі, так і в законодавстві, реагуючи на зміну суспільних потреб та специфіку викликів, з якими стикаються різні групи населення.

За трактуванням Всесвітньої організації охорони здоров'я, реабілітація (від *re* — «повторно», та *habilitas* — «здатність») розуміється як узгоджене використання медичних, соціальних, педагогічних і професійних інструментів, спрямованих на те, щоб людина могла відновити або набути оптимальний рівень працездатності [3].

У Законі України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» підкреслюється, що реабілітація — це комплекс заходів, необхідних особі, яка має або може мати труднощі у повсякденному функціонуванні внаслідок стану здоров'я чи вікових змін, у взаємодії з умовами навколишнього середовища.

Реабілітаційні заклади поділяють на види залежно від того, які саме послуги та втручання вони надають. Зокрема, виокремлюють установи [43]:

- медичної реабілітації;
- медико-соціальної реабілітації;
- соціальної реабілітації;
- психологічної реабілітації;
- спеціалізованої реабілітації (нейрореабілітаційної, кардіо-пульмональної, ортопедично-травматологічної тощо);
- багаторівневої медичної реабілітації;
- психолого-педагогічної реабілітації;
- фізичної реабілітації;

- професійної реабілітації;
- трудової реабілітації;
- фізкультурно-спортивної реабілітації;
- превентивна медична реабілітація;
- реабілітація осіб, які брали участь у бойових діях;
- реабілітаційні центри змішаного типу, де поєднують різні напрями відновлення.

Головна мета реабілітаційної системи — якнайшвидше досягти стійкого та максимально можливого відновлення функцій організму людини, відповідно до її індивідуальних ресурсів і саногенетичних можливостей. Важливо не лише повернути людині втрачені функції, а й допомогти їй адаптуватися до змінених умов життя та знову активно включитися в соціальну діяльність [22, 28].

Однією з важливих рис ефективної реабілітації є активна участь самої людини та її родини. Їхня включеність у процес допомагає точніше визначити потреби, підтримати мотивацію та забезпечити триваліший ефект від відновлення [28].

Усі напрямки реабілітації працюють у взаємозв'язку й доповнюють один одного. Серед них:

Медична реабілітація — це комплекс заходів, спрямованих на прискорення природних процесів одужання, стимуляцію регенерації тканин, посилення компенсаторних можливостей організму, зміцнення імунітету та загальної стійкості до хвороб.

Медична реабілітація охоплює широкий спектр медичних та допоміжних заходів, спрямованих на відновлення втрачених або порушених функцій організму. Вона передбачає пошук і активізацію природних резервів людини, що допомагають компенсувати наслідки хвороби, а також створення умов для повернення до звичного способу життя. Однією з ключових цілей є попередження можливих ускладнень і повторних загострень захворювання [28].

До основних засобів медичної реабілітації належать [34]:

- медикаментозна терапія;
- реконструктивна та естетична хірургія;
- фізична терапія (ЛФК, фізіотерапевтичні процедури, масаж, гідрокінезотерапія тощо);
- методи реабілітаційної психології (психотерапія, психологічна й психолого-педагогічна корекція, арттерапевтичні техніки, психологічне консультування);
- дієтотерапія;
- комплементарні підходи, зокрема акупунктура, мануальна та фітотерапія, еферентні методи.

Професійна (освітня) реабілітація охоплює ерготерапію, профорієнтацію, навчання або перенавчання, що допомагають людині опанувати нові або адаптовані професійні навички та підготуватися до подальшої трудової діяльності.

Соціальна реабілітація включає побутову й трудову адаптацію, соціотерапію, а також різні форми соціального, економічного, гігієнічного та юридичного консультування. Це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на повернення людини до активної суспільної участі, захист її прав та фінансових інтересів. Соціальна реабілітація сприяє відновленню соціального статусу шляхом підтримки активного способу життя, налагодження або відновлення міжособистісних зв'язків, формування психологічного комфорту в родині й на роботі, а також забезпечення умов для культурного розвитку, відпочинку та корисного дозвілля.

До завдань соціальної реабілітації також належать підтримка активного способу життя — зокрема, участь у спортивних заняттях — розвиток навичок самообслуговування (коли це потрібно), допомога у вирішенні матеріально-побутових питань, таких як забезпечення житлом, транспортом чи засобами зв'язку. Важливим напрямом є також перенавчання та працевлаштування людей,

які з огляду на стан здоров'я можуть працювати в спеціалізованих установах або вдома. Крім того, соціальна реабілітація включає різні види допомоги: забезпечення протезами, засобами для пересування чи спеціальними пристосуваннями для роботи, організацію санаторно-курортного лікування та надання юридичної підтримки.

Ефективна реабілітація завжди потребує командної роботи фахівців різних галузей. У кожному випадку складається індивідуальна програма, яка узгоджується з потребами людини і включає визначення її реабілітаційного потенціалу, формування прогнозу та регулярну оцінку динаміки відновлення [16, 17].

Реабілітаційний потенціал — це сукупність біологічних, психофізіологічних та соціальних чинників, що визначають можливості людини до відновлення та її здатність реалізувати власні ресурси в процесі реабілітації [16].

Реабілітаційний прогноз — це оцінка того, наскільки ймовірно, що людина зможе реалізувати свій реабілітаційний потенціал у конкретних умовах [16].

Направлення на реабілітаційне лікування розглядається як логічне продовження медичної допомоги після перенесеного захворювання. Його здійснюють за рекомендацією лікаря та на підставі висновку лікарсько-консультативної комісії.

Фізична реабілітація є ключовою частиною медичної реабілітації та включає комплекс заходів, спрямованих на відновлення функціональних можливостей організму.

Фізична реабілітація спрямована на відновлення рухових можливостей, підвищення якості життя та покращення фізичної працездатності людей, які тимчасово або тривало втратили здатність повноцінно працювати. Це цілісний комплекс заходів, завдяки яким організм поступово повертається до нормального функціонування. До таких заходів належать фізичні вправи, різні види масажу,

фізіотерапевтичні процедури, а також методи загартовування й лікування сонячним світлом.

Серед сучасних підходів особливої популярності набули ерготерапія, кінезіотерапія та гідрокінезіотерапія. Усі ці методи ґрунтуються на лікувальному впливі руху, а гідрокінезіотерапія доповнює його силою водного середовища, що робить вправи більш щадними й ефективними [16, 17].

Психологічна реабілітація зосереджена на підтримці емоційного стану людини та допомозі їй у подоланні внутрішніх труднощів, пов'язаних із захворюванням або травмою. Вона охоплює різні види психологічної допомоги, спрямовані на покращення самопочуття, формування конструктивного ставлення до лікування та дотримання медичних рекомендацій. Психолог навчає людину навичкам психогігієни, допомагає поступово повернутися до активного життя у межах її можливостей та здібностей.

По суті, це система заходів, яка допомагає відновити та підтримати психологічні процеси й якості особистості, створюючи умови для її розвитку, внутрішньої стабільності та успішної адаптації [8].

1.2. Психологічна реабілітація як вид діяльності

В Україні, як і в багатьох інших країнах, протягом тривалого часу реабілітаційну психологію розглядали доволі вузько — здебільшого як сферу, що займається психологічним супроводом людей з різними порушеннями розвитку чи функціонування, а також підтримкою спортсменів, які зазнали травм під час тренувань або змагань [9]. Основний акцент робився на допомозі людині впоратися з обмеженнями та налагодити взаємодію з оточенням.

Сьогодні ж коло інтересів та практичних завдань реабілітаційної психології істотно розширилося. До неї входять такі напрямки, як психологічна реабілітація та корекція, кризова допомога, психологія постраждалих, вчення про травмівні

події, зокрема екстремальні ситуації, а також психологія стресу та наслідків тривалого впливу стресорів.

Події останніх років зумовили те, що значна частина населення України зіткнулася з переживанням травматичних ситуацій. Саме тому розвиток реабілітаційної психології сьогодні не просто актуальний — він є необхідною відповіддю на реальні потреби суспільства.

Реабілітаційна психологія — це напрям психологічної науки, що формує та впроваджує системний підхід до підтримки людей, які пережили психотравмівні події. Її завданням є відновлення або стабілізація психічного здоров'я, повернення внутрішньої рівноваги й добробуту, а також створення умов, за яких людина може гармонійно розвиватися на психологічному, духовному, соціальному та особистісному рівнях [8, 9].

Ця галузь відіграє важливу роль у наданні фахової допомоги широким категоріям населення: людям, які зіткнулися з екстремальними та надзвичайними подіями; особам із ризиком виникнення або вже наявними обмеженнями чи інвалідністю; людям із психічними порушеннями або девіантними формами поведінки. Організаційна база реабілітаційної психології спирається на здобутки психології праці та управління, організаційної психології та медичної психології.

Серед основних завдань реабілітаційної психології — ефективне планування та організація реабілітаційного процесу для окремої особистості або групи; визначення послідовних етапів психологічної допомоги відповідно до характеру пережитої травми; добір найбільш доречних методів реабілітації; а також забезпечення супервізійної підтримки фахівців, які надають психологічні послуги.

Реабілітаційна психологія охоплює широкий спектр напрямів, серед яких - популяризація здорового та збалансованого способу життя, зміцнення психічного здоров'я та підвищення загального рівня добробуту як окремої людини, так і суспільства загалом. Вона спрямована на своєчасне надання психологічної

допомоги, підтримує мотивацію до посткризового зростання і допомагає людині відновити внутрішні ресурси після складних життєвих подій.

Одним із ключових завдань цієї галузі є профілактика погіршення психічного здоров'я у представників груп ризику. Йдеться про людей, які через особливості своєї професійної діяльності або життєвих обставин стикаються з високим рівнем стресу: військових, медичних працівників, які працюють у зоні бойових дій; волонтерів, капеланів; осіб, що перебували або можуть перебувати в умовах надзвичайних чи екстремальних ситуацій. У цьому контексті психічне здоров'я розуміється як стан психологічного благополуччя, який включає не лише відсутність психічних захворювань, а й здатність жити в безпечному, стабільному соціально-економічному середовищі.

Також реабілітаційна психологія спрямована на відновлення цілісного функціонування психічних процесів, особистісних характеристик і когнітивних можливостей людини. Її завдання — максимально підтримати організм у процесі відновлення, зменшити період непрацездатності, підвищити якість життя й допомогти людині повернутися до самостійності [42].

Окрема увага приділяється підтримці людей з обмеженими руховими можливостями — як унаслідок вроджених особливостей, так і через травми чи хвороби. Реабілітаційна психологія сприяє їхній адаптації, поверненню до активного, максимально незалежного життя та відновленню робочої й соціальної спроможності.

До завдань реабілітаційної психології належить також створення таких умов у довкіллі, житловому чи робочому просторі, які полегшують повноцінну участь людини в житті сім'ї, суспільства та професійній діяльності. Йдеться не лише про фізичні зміни середовища, а й про підтримку у формуванні нового, прийнятного сприймання цього простору самою людиною. Окремим напрямом є психологічна допомога її родичам, щоб вони могли адаптуватися до взаємодії й співжиття з членом сім'ї, який має особливі потреби [8].

Психологічна реабілітація осіб, що пережили травматичні події та стикаються з проявами посттравматичних стресових або супутніх розладів, здійснюється спеціально підготовленими фахівцями. Їхня робота ґрунтується на чинному законодавстві, професійних стандартах та етичних нормах психологічної спільноти.

Реабілітаційні заходи спрямовані на відновлення максимально можливого рівня фізичного, інтелектуального, психічного, психологічного та соціального функціонування людини, що дозволяє їй знову інтегруватися в суспільство та активно брати участь у повсякденному житті [9].

Реабілітаційна психологія є ключовою складовою роботи мультидисциплінарних команд, що надають допомогу людям різного віку — дітям і дорослим, які потребують підтримки внаслідок психологічної, фізичної чи духовної травми, а також через вроджені чи набуті порушення [8].

Мультидисциплінарна команда - це група фахівців, серед яких лікарі, фізичні терапевти, ерготерапевти, соціальні працівники, психологи та педагоги. Вони працюють узгоджено, поєднуючи знання й методи різних галузей, щоб забезпечити людині комплексну реабілітаційну підтримку.

Реабілітаційна допомога передбачає відновлення або компенсацію порушених можливостей життєдіяльності як окремих осіб, так і цілих груп, які потребують підтримки [17].

Щоб глибше зрозуміти сутність психологічної реабілітації, важливо розглядати її у взаємозв'язку з іншими реабілітаційними напрямками. Вона є частиною комплексної системи, що включає медичні, професійні, соціальні та психологічні заходи, — і саме в їх поєднанні формується цілісний підхід до відновлення людини [19].

У точках дотику цих напрямів виникають спільні зони взаємодії, де методи різних галузей переплітаються та взаємно підсилюють один одного. Саме завдяки

цьому можна говорити про медико-психологічну, професійно-психологічну та соціально-психологічну реабілітацію.

Соціально-психологічна реабілітація має свою специфіку: вона ґрунтується на системі відновлювальних заходів, які реалізуються у чотирьох ключових вимірах:

1. *Персональний вимір* — допомога людині у відновленні внутрішньої цілісності, рівноваги, здатності до саморегуляції та управління власними емоційними станами.
2. *Інструментальний вимір* — підтримка особистості у зміцненні віри у власні сили, розвитку самоефективності й здатності реалізовувати себе в різних видах діяльності.
3. *Просторовий вимір* — робота, спрямована на розвиток комунікативних навичок, відновлення стосунків, подолання ізоляції й побудову конструктивних взаємин з оточенням.
4. *Часовий вимір* — сприяння переосмисленню життєвих цінностей, формуванню нових смислів і орієнтирів, що дозволяють людині рухатися вперед попри травматичний досвід.

Соціально-психологічні технології реабілітації - це комплекс методів, технік і психологічних інтервенцій, які допомагають людині зберегти або відновити здатність до активної життєдіяльності. Вони реалізуються у різних формах спільної взаємодії: від групової роботи до індивідуального консультування, тренінгів, терапевтичних груп чи інших форматів, що забезпечують підтримувальне та безпечне середовище.

У межах розвитку соціально-психологічної реабілітології проводять стратегічні сесії, формують плани й програми її подальшого вдосконалення як науково-практичної галузі. Використання знань, підходів і інструментів соціальної та психологічної науки з метою підвищення суб'єктивного благополуччя людини також розглядається як технологія соціально-психологічної підтримки.

Процес відновлення особистості в соціально-психологічному вимірі умовно поділяють на три ключові етапи: підготовчий, основний та підтримувальний. На кожному з них застосовують відповідні реабілітаційні технології й техніки, які відповідають завданням конкретного етапу. Ефективність реабілітації досягається лише тоді, коли професійні методи та технічні прийоми поєднуються з уважним ставленням до ціннісних і смислових аспектів життя людини. Саме такий підхід забезпечує гармонійний і стійкий прогрес у її психологічному одужанні [19].

Основною метою психологічної реабілітації, що здійснюється Центром медико-соціальної реабілітації, є допомога людині у відновленні або формуванні соціально адаптованої особистості, підтримка її психологічно та сприяння розвитку реабілітаційного потенціалу.

Система психологічної реабілітації дітей у ЦМСР включає три етапи [6]:

Перший етап — комплексна психологічна діагностика: оцінка інтелектуальних здібностей, емоційно-вольової сфери, комунікативних навичок та інших аспектів розвитку. На основі цих даних складається індивідуальний план реабілітації, а батьки отримують рекомендації щодо організації домашнього навчання й підтримки дитини з інвалідністю.

Другий етап — корекційно-розвивальна робота, психологічне консультування та прогностичний аналіз, спрямовані на розвиток навичок, що були порушені або недостатньо сформовані.

Третій етап — підсумкове оцінювання: аналіз результатів, визначення динаміки та ефективності проведених реабілітаційних заходів.

До ключових принципів психологічної реабілітації дітей у лікувальному закладі належать такі положення:

1. *Принцип індивідуального й особистісного підходу.* Він передбачає уважне вивчення особливостей психічних процесів кожної дитини та добір методів, максимально адаптованих до її віку, характеру, темпу розвитку й емоційних потреб.

2. *Принцип безперервності.* Реабілітаційний процес має тривати без перерв до того моменту, поки дитина не досягне найвищого можливого рівня психофізичного розвитку. Цей принцип охоплює також відновлення або компенсацію порушених функцій та стабілізацію стану, що забезпечує стійку динаміку прогресу.

3. *Принцип комплексності.* Його сутність полягає у використанні різних напрямів і методів впливу, які доповнюють один одного. Реабілітаційна робота охоплює різні сфери життя дитини, сприяючи її адаптації в суспільстві та повноцінному розвитку.

4. *Принцип послідовності та наступності.* Реабілітаційні заходи мають здійснюватися поетапно — від простіших завдань до складніших, від короткострокових цілей до довгострокових. Важливо забезпечити плавні переходи між етапами, щоб дитина поступово та впевнено рухалася вперед [8, 20].

Психологічна діагностика. Цей етап передбачає застосування різноманітних методик: спостереження, тестів, опитувальників, спрямованих на вивчення особистісних характеристик, особливостей міжособистісної взаємодії та пізнавальних процесів. Отримані результати стають основою для формування подальшого плану корекційної або консультаційної роботи.

Психологічна просвіта та інформування. Сюди належить первинне індивідуальне консультування, проведення тематичних занять, дискусій, групових ігор, переглядів фільмів із подальшим обговоренням (фільмотерапія) та інших форм освітньо-розвивальної підтримки.

Психологічне консультування. Це професійна допомога людям, які знаходяться в межах норми, але потребують підтримки у вирішенні життєвих труднощів, розвитку власного потенціалу та ефективної адаптації. Консультування може бути індивідуальним, груповим або сімейним — залежно від потреб клієнта.

Психологічна підтримка та супровід. Включає соціально-психологічні тренінги, різноманітні ігрові форми роботи, профорієнтаційні та профконсультаційні заходи, зустрічі в тематичних групах за інтересами.

Психотерапія. До психотерапевтичних методів належать когнітивно-поведінкові підходи, тілесно-орієнтована терапія, логотерапія, аутогенне тренування, психогімнастика, анімотерапія, іпотерапія, ерготерапія (працетерапія) та інші методи, що сприяють глибшому відновленню психічного стану та ресурсів особистості.

До психотерапевтичних засобів належать також ароматерапія та різні форми арттерапевтичної роботи: психодрама, активна й пасивна музикотерапія, бібліотерапія, символдрама, пісочна терапія та інші творчі методи, що сприяють емоційному розвантаженню та глибинному опрацюванню переживань.

Групова форма роботи охоплює тренінги особистісного розвитку, просвітницькі та профілактичні заходи, сімейну психотерапію, різновиди терапевтичних груп, соціотерапевтичні заняття, творчі майстерні, ігротерапію, кризову та поведінкову терапію, дискусійні форми взаємодії та інші методи групової допомоги [9, 20].

Психологічна реабілітація дітей має на меті виконання таких завдань:

1. Створення розвивального середовища, яке враховує індивідуальні психологічні та фізіологічні особливості кожної дитини.
2. Покращення процесу діагностики шляхом застосування сучасних методів тестування для точнішого визначення стану психофізичного розвитку.
3. Організація спеціальних умов навчання, що спрямоване на корекцію психологічних, фізичних і сенсорних порушень.
4. Розвиток життєвої компетентності, формування навичок, необхідних для самостійності та соціального функціонування.
5. Підготовка дітей до інтеграції в освітні заклади, підтримка їх готовності до соціальної адаптації та самореалізації.

6. Популяризація сімейно-орієнтованого підходу у вихованні дітей із порушеннями розвитку.

7. Підтримка та розвиток волонтерських ініціатив, спрямованих на допомогу дітям і молоді.

8. Створення середовища підтримки, у якому кожна дитина зможе відчувати віру в себе, побачити власний прогрес і пережити радість від успішних досягнень [8, 25].

Психолого-педагогічна корекція розвитку дітей може охоплювати широкий спектр заходів, зокрема:

1. *Проведення педагогічної діагностики* та надання консультативної підтримки батькам і педагогам.

2. *Психологічні обстеження, консультації та корекційні заняття*, спрямовані на подолання емоційних і поведінкових труднощів.

3. *Корекційну логопедичну роботу*, спрямовану на усунення мовленнєвих порушень.

4. *Індивідуальні заняття з дефектологами*, які допомагають дітям із порушеннями розвитку опановувати необхідні навички.

5. *Спеціальну педагогічну підтримку для дітей із когнітивними труднощами*, спрямовану на розвиток мислення, пам'яті та уваги.

6. *Сенсорно-моторні корекційні вправи*, що покращують взаємодію сенсорних і рухових функцій.

7. *Заняття, орієнтовані на психофізичний розвиток дітей із ДЦП*, з урахуванням їхніх можливостей і потреб.

8. *Психонейромоторну реабілітацію*, спрямовану на формування нових нейромоторних зв'язків і розвиток рухових навичок.

9. *Сенсорну терапію*, яка допомагає дитині краще сприймати та переробляти сенсорну інформацію.

10. *Музикотерапію* як засіб емоційного розвантаження, самовираження й розвитку слухового сприймання.

11. *Фітотерапію* як додатковий природний метод підтримки.

12. *Ігротерапію*, що сприяє розвитку емоційної сфери та соціальних навичок через гру.

13. *Арттерапію*, що включає різні творчі методики для гармонізації емоційного стану та стимуляції розвитку [14, 18, 20].

Для систематизації положень підрозділу було узагальнено підходи українських і зарубіжних авторів до розуміння психологічної реабілітації як виду діяльності. У таблиці подано ключові відмінності та спільні акценти у трактуванні мети, завдань, методів і цільових груп реабілітаційної роботи. Такий порівняльний аналіз дає можливість окреслити сучасний зміст психологічної реабілітації та визначити її місце в мультидисциплінарній системі допомоги.

Таблиця 1.1. Порівняльна узагальнена характеристика психологічної реабілітації як виду діяльності в українських та зарубіжних підходах

Аспект	Українські автори	Зарубіжні автори
Об'єкт і предмет діяльності	Особистість, яка пережила травму, стрес, кризу, має обмеження життєдіяльності; акцент на внутрішньому світі людини, її суб'єктивному досвіді, емоційних і когнітивних процесах.	Людина як біопсихосоціальна система; більше наголошується на взаємодії психічних, поведінкових і соціальних факторів у контексті хвороби, інвалідності, травми.
Мета психологічної реабілітації	Відновлення психічного здоров'я, внутрішньої рівноваги, смислу життя; гармонізація психологічного, духовного та соціального розвитку; сприяння посткризовому зростанню.	Оптимізація функціонування, підвищення рівня адаптації, якості життя та автономії; зниження симптомів, формування копінгу та стресостійкості.
Розуміння як виду діяльності	Спеціалізована професійна діяльність психолога в системі медико-соціальної та психосоціальної допомоги: діагностика, корекція, психотерапія, просвіта, супровід, робота з сім'єю.	Міждисциплінарна діяльність у складі реабілітаційних програм: психотерапія, поведінкові втручання, тренінги навичок, психоедукація, робота в клінічних і реабілітаційних

		центрах.
Цільові групи	Особи, які пережили війну, окупацію, вимушене переселення; військові, медики, волонтери, діти та підлітки із травматичним досвідом, люди з інвалідністю, члени їхніх сімей.	Пацієнти з хронічними захворюваннями, травмами, PTSD, депресією, тривожними розладами; ветерани, жертви насильства, природних катастроф, біженці тощо.
Методи й форми діяльності	Поєднання індивідуального й групового консультування, кризової інтервенції, психотерапії (КПТ, гуманістична, екзистенційна, арттерапія, ігротерапія, сімейна терапія), психопросвіти, тренінгів, супервізійної підтримки фахівців.	Емпірично обґрунтовані методи: когнітивно-поведінкова терапія, trauma-focused CBT, EMDR, групова та сімейна терапія, psychoeducation, skills training, mindfulness-підходи, програми rehabilitation counseling.
Рівні впливу	Індивідуальний (особистість, її внутрішні ресурси), сімейний (взаємодія, підтримка), груповий та спільнотний рівень (волонтерські ініціативи, програми громадської підтримки).	Індивідуальний, груповий, організаційний (клініки, центри), рівень спільнот (community-based rehabilitation, community mental health).
Місце в мультидисциплінарній команді	Психолог як координатор психологічної складової реабілітації, партнер лікаря, соціального працівника, педагога, фізичного терапевта; акцент на психосоціальній складовій.	Психолог / rehabilitation psychologist як член команди разом із physician, occupational therapist, physical therapist, social worker; акцент на evidence-based practice і функціональному результаті.

Порівняльний аналіз підходів українських і зарубіжних авторів дає змогу стверджувати, що психологічна реабілітація в обох наукових традиціях розглядається як комплексна діяльність, спрямована на відновлення психічного здоров'я, адаптації та соціального функціонування людини. Водночас український підхід більш акцентує увагу на переживанні психотравм, пов'язаних із воєнними подіями, кризами та соціальними потрясіннями, підкреслюючи значення духовної й ціннісної складової відновлення особистості. Зарубіжні концепції значною

мірою ґрунтуються на доказових моделях та біопсихосоціальній парадигмі, акцентуючи адаптацію, автономність та функціональний результат.

Спільним для обох підходів є розуміння психологічної реабілітації як діяльності, що реалізується у мультидисциплінарній команді та інтегрує медичні, соціальні, психотерапевтичні й педагогічні впливи. Різниця простежується у пріоритетах: зарубіжні автори наголошують на ефективності технологій і методів, тоді як українські — на комплексності, гуманістичності та врахуванні соціокультурних умов.

Таким чином, узагальнюючи погляди різних наукових шкіл, можна стверджувати, що психологічна реабілітація — це багатовимірний вид діяльності, який поєднує професійну допомогу, підтримку внутрішніх ресурсів людини та створення умов для її повернення до повноцінного і самостійного життя.

1.3. Роль гештальт-підходу в реабілітаційній психології

Арттерапія є одним із найбільш результативних підходів у роботі з людьми різного віку та з різними видами порушень, адже вона відкриває для особистості простір для саморозкриття, самовираження, внутрішнього розвитку та знаходження гармонії. Як окрема галузь теорії й практики вона почала формуватися на стику мистецтва та науки ще на початку ХХ століття [5].

Сьогодні арттерапію (від англ. *art therapy* — «лікування мистецтвом») вважають гнучким і багатогранним напрямом психотерапевтичної роботи, який активно розширює свої можливості й сфери застосування. Її методи широко використовують у медицини, освіти, соціальній роботі та інших допоміжних практиках [4].

Хоча термін «арттерапія» часто вживають як загальну назву всього напрямку, варто пам'ятати, що слово *art* в англійській охоплює як мистецтво загалом, так і образотворчі його форми. Тому під арттерапією зазвичай мають на увазі саме візуальні засоби творчості — малювання, живопис, ліплення, створення мозаїк,

гриму, боді-арту, інсталяцій, колажів, ляльок та інших творів, які можна сприймати очима [6].

Поряд із цим використовують і альтернативні назви напряму: *креативна терапія* (акцент на творчості), *експресивна терапія* (наголос на емоційному й творчому самовираженні як джерелі терапевтичного ефекту), *терапія творчим самовираженням*, а також *інтермодальна арттерапія*, що охоплює роботу з кількома видами мистецтва одночасно [5].

Головною метою арттерапії є гармонізація внутрішнього світу людини, повернення їй здатності знаходити емоційну рівновагу та комфортний стан, який підтримує активність, життєву енергію й психологічне благополуччя.

У «Психотерапевтичній енциклопедії» Б. Карвасарський визначає арттерапію як «застосування мистецтва як лікувального чинника». І справді — творчість і гра роблять цей метод універсальним та доступним для людей будь-якого віку, від найменших дітей до літніх осіб. Суть арттерапії полягає в тому, щоб через образи, метафори й символи — тобто через матеріал, який несвідоме кодує у творчій формі — вивести на поверхню приховані переживання, дати можливість людині усвідомити проблему та опрацювати пов'язані з нею емоції. Творчий процес допомагає звільнитися від давніх, витіснених або невисловлених почуттів і побачити власне ставлення до світу через образи, які людина створює [12].

Будь-яка форма творчості має природний терапевтичний ефект: вона знижує напругу, допомагає м'яко висловити те, що важко передати словами. Продукти творчості завжди несе відбиток як свідомого, так і глибинних шарів психіки. Іще задовго до появи мови люди використовували малюнки, щоб передати свої емоції та досвід. У розвитку окремої особистості відбувається схожий процес: дитина часто здатна малювати раніше, ніж розмовляти або писати. Арттерапевтичні заняття дозволяють людині ніби знову пройти цей шлях — але вже усвідомлено, зберігаючи та примножуючи власний емоційний, тілесний і пізнавальний досвід.

Арттерапевтичні заняття дозволяють людині діяти й взаємодіяти у безпечному, підтримувальному середовищі, що сприяє усвідомленому та продуктивному розвитку відповідно до її вікових можливостей. Такий досвід формує підґрунтя для подальшого конструктивного функціонування в житті [2, 6].

Творчий процес, зокрема малювання, допомагає як дітям, так і дорослим побачити власні труднощі під іншим кутом. Завдяки цьому з'являється можливість глибше зрозуміти свої переживання й перейти до їх поступового вирішення.

Сучасна арттерапія спирається на великий набуток теоретичних розробок і практичних методик. Значний внесок у становлення цього напрямку зробили Бурковський і Хайкін (1979), Копитін (1999), Калошина (2007), Кокоренко (2005), Лебедева (2009), Назлоян (2010), Пурніс (2008).

Сьогодні арттерапію найчастіше розглядають як широкий підхід, що охоплює використання різних форм мистецтва з лікувальною, корекційною та розвивальною метою. Такий підхід описують у своїх роботах Вальдес Одрісола (2005) та Кисельова (2014).

У науковій літературі детально описано різні форми арттерапії:

Бібліотерапія — терапевтичний ефект читання художніх і спеціально підібраних текстів (Дрешер (2002), Міллер (1971), Оганесян (2002)).

Вокалотерапія — лікування співом, де музичні та голосові вібрації впливають на емоційний стан (Шушарджан (1998)).

Драматерапія — використання можливостей театру та рольової гри як інструменту психотерапевтичного впливу (Кіпніс (2002)).

Ізотерапія — терапія малюнком, що базується на впливі кольору та зображення на психіку. Робота може бути індивідуальною або колективною, структурованою чи спонтанною. Значний внесок у розвиток ізотерапії зробили Бурковський (1979), Хайкін (1979, 1992), Бурно (1999), Зорін (2009).

Імаготерапія — це різновид терапевтичного впливу, що використовує образи, театралізовані сюжети та елементи гри. Така діяльність стимулює фантазію, допомагає розвивати символічне мислення, концентрацію уваги та навички соціальної взаємодії (Говоров, 2007).

Музикотерапія передбачає вплив на емоційний і психічний стан людини через сприйняття музичних творів. Різні мелодії можуть викликати неоднакові емоційні реакції та навіть впливати на біохімічні процеси в організмі. Наприклад, мажорні композиції часто дарують відчуття легкості й піднесення, тоді як мінорні - активують смуток, тривогу, але водночас допомагають «вивільнити» накопичені негативні переживання. Цей напрям досліджували Брусиловський (1973, 1979), Гриньова (1981), Догель (1988), Чеменева, Соловйова та Вдовіна (2010).

Терапевтична гра - це форма взаємодії, у якій дитина навчається розуміти себе й інших не через прямі вказівки дорослого, а завдяки природній ігровій комунікації. Ігрові техніки є одними з найбільш результативних методів арттерапії при роботі з дітьми [8].

Казкотерапія - своєрідний, але надзвичайно ефективний метод, що ґрунтується на поєднанні казкового сюжету з реальними життєвими переживаннями дитини. Для малюка казка сприймається як справжній світ, тому фахівці часто вплітають у казкову історію певні моделі поведінки, ситуації та образи, які сприяють розвитку важливих особистісних якостей і навичок.

Гештальт-підхід, сформований завдяки роботам М. Вертгеймера, К. Коффки та В. Келера, а згодом творчо розвинений Ф. Перлзом, займає помітне місце в сучасній реабілітаційній психології. Його головна ідея — відновлення цілісності людського досвіду — напряду співзвучна завданням реабілітації, де важливо не лише подолати наслідки травми, але й повернути людині здатність відчувати опору, життєву інтенцію та внутрішню рівновагу. Українські дослідники, такі як Т. Титаренко, Н. Пов'якель, О. Бондаренко, підкреслюють, що саме цілісність

життєвого світу та відновлення контакту із собою стають ключовими чинниками післятравматичного зцілення.

На відміну від класичних реабілітаційних моделей, що більше орієнтуються на функціональне відновлення, гештальт-підхід фокусується на унікальному феноменологічному досвіді людини. Поняття «незавершених гештальтів», описане Ф. Перлзом, у реабілітаційній практиці проявляється як непережиті травмивні епізоди, нереалізовані потреби, внутрішні конфлікти чи емоції, які продовжують «заморожувати» психіку. Як зазначає українська гештальт-дослідниця О. Лобанова, робота з такими фрагментами досвіду дозволяє людині поступово відновити цілісність сприймання та повертати контроль над власним життям [26].

Гештальт-підхід виявився особливо ефективним у роботі з людьми, які пережили війну, втрату, хворобу, різні форми насильства чи тривалий стрес. Зарубіжні автори — Л. Перлз, І. Полстер, Е. Полстер — наголошують, що здатність відчувати себе «тут-і-тепер» та відновити контакт зі своїми почуттями є ключовою умовою подолання посттравматичного досвіду. Українські фахівці, зокрема Л. Бова та Т. Яценко, підкреслюють, що в умовах сучасних соціальних криз гештальт-терапія дозволяє людині не лише прожити біль, але й знайти нові смисли, підтримуючи ідею посткризового зростання [63].

Не менш важливим є тілесний компонент гештальт-підходу. Ф. Перлз та Л. Гудмен свого часу наголошували на тому, що психіка неможлива без тілесної присутності, а тіло — це «карта» пережитих емоцій. Сучасні українські дослідники тілесності, зокрема І. Підлісна й О. Чабан, зазначають, що після травми людина нерідко втрачає контакт зі своїм тілом, відчуває страх або недовіру до власних відчуттів. Тілесно-орієнтовані техніки гештальту повертають відчуття безпеки, заземлення та фізичної опори — що є фундаментально важливим у реабілітаційному процесі.

Значну роль у реабілітаційній психології відіграє й міжособистісний аспект гештальт-терапії. І. Полстер наголошував, що саме стосунки терапевта й клієнта

стають простором, де народжується зцілення. Українські фахівці, такі як С. Максименко та Л. Карамушка, підкреслюють значення довірливого, автентичного контакту в роботі з людьми, які пережили травматичні події або втрати. У такому контакті людина вчиться заново будувати стосунки зі світом і відновлювати власну суб'єктність [27].

Таким чином, гештальт-підхід відіграє вагомую роль у реабілітаційній психології, оскільки дозволяє людині повернути внутрішню цілісність, усвідомити свої потреби й емоції, сформувати нові адаптивні стратегії та відновити здатність жити повноцінним життям. Завдяки працям українських і зарубіжних авторів гештальт-терапія стала невід'ємною частиною сучасних реабілітаційних програм, яка поєднує глибину особистісної роботи з гуманістичним ставленням до людини й її унікального досвіду.



Рис. 1.1. Структурно-функціональна модель гештальт-підходу в реабілітаційній психології

Подана модель демонструє, що гештальт-підхід у реабілітаційній психології виступає ключовим механізмом відновлення цілісності особистості після пережитої травми, кризи чи тривалого стресу. В її основі — уявлення про те, що психотравмівний досвід руйнує структуру внутрішнього світу людини, спричиняє фрагментацію емоційних станів, порушення контакту з реальністю та утрату внутрішньої опори. Саме тому головним завданням гештальт-терапії стає не просто подолання симптомів, а повернення людині здатності бути в контакті з власними переживаннями, тілом, потребами та середовищем [42].

Модель структурно виділяє три основні рівні впливу — емоційний, когнітивний та тілесний. Вони функціонують взаємопов'язано та забезпечують комплексне відновлення людини. *Емоційний рівень* спрямований на усвідомлення і проживання пригнічених або травматичних почуттів, що дозволяє зменшити внутрішню напругу та завершити незавершені переживання. *Когнітивний рівень* охоплює процеси переосмислення ситуації, формування нових значень, підвищення відповідальності та здатності робити вибір, що є умовою психологічної стійкості. *Тілесний рівень* акцентує на відновленні базового відчуття безпеки й тілесної опори через техніки усвідомленості, заземлення та роботу з тілесними блоками.

Функціонально модель показує, що гештальт-підхід реалізується через низку ключових процесів: контакт «тут-і-тепер», інтеграцію досвіду, автентичний діалог, опрацювання незавершених гештальтів та формування здатності до саморегуляції. Ці механізми забезпечують гармонізацію емоційного стану, стабілізацію психічного функціонування та розвиток внутрішніх ресурсів.

Фінальним результатом такої роботи є *реабілітаційний ефект*, що охоплює кілька важливих змін: відновлення психологічної цілісності, зменшення симптомів посттравматичного стресу, підвищення стресостійкості, зростання

ресурсності, поліпшення соціальної адаптації та формування посткризового зростання. Таким чином, гештальт-підхід у реабілітаційній психології виконує функцію не лише терапевтичного впливу, а й глибинної реконструкції життєвого світу людини, забезпечуючи повернення до активного й усвідомленого життя.

Висновки до розділу 1

Проведений теоретичний аналіз дає змогу стверджувати, що реабілітація в сучасному розумінні є багатовимірною системою медичних, психологічних, соціальних, професійних та педагогічних заходів, спрямованих на відновлення функцій людини та її здатності до повноцінного життя. Поняття реабілітації значно еволюціонувало з середини XX століття: від медично орієнтованого підходу - до комплексної моделі, у центрі якої перебуває особистість та її життєва активність. У сучасних міжнародних і українських нормативних документах реабілітація розглядається як процес, що має відбуватися безперервно, послідовно та з опорою на індивідуальний потенціал людини.

У межах цієї системи важливе місце займає *психологічна реабілітація*, яка охоплює заходи з відновлення психічного здоров'я, емоційної рівноваги, внутрішніх ресурсів і здатності до автономного функціонування. Порівняльний аналіз позицій українських та зарубіжних авторів засвідчив суттєву спільність у розумінні психологічної реабілітації як діяльності, що має здійснюватися у мультидисциплінарній взаємодії та охоплює діагностику, психотерапію, корекційні й підтримувальні втручання. Водночас українські підходи більше акцентують на досвіді воєнних травм, соціокультурних криз та духовній складовій відновлення, тоді як зарубіжні — на доказових технологіях і біопсихосоціальній моделі.

Аналіз теоретичних джерел дозволив визначити, що *гештальт-підхід* є одним із найбільш значущих напрямів сучасної реабілітаційної психології. Його

ключова ідея — відновлення цілісності людського досвіду — органічно співвідноситься з реабілітаційними завданнями, спрямованими на подолання фрагментації переживань, деформацій у контактній взаємодії та втрати внутрішньої опори після травмівних подій. Праці зарубіжних дослідників (Ф. Перлз, Л. Перлз, І. Полстер) та українських учених (Т. Титаренко, Н. Пов'якель, О. Бондаренко) підтверджують ефективність гештальт-підходу у відновленні емоційної, когнітивної та тілесної регуляції, формуванні здатності жити «тут-і-тепер» та опрацьовувати незавершений травматичний досвід.

Розроблена структурно-функціональна модель демонструє, що гештальт-терапія впливає на три взаємопов'язані рівні — емоційний, когнітивний і тілесний — забезпечуючи комплексне відновлення після психологічної травматизації. Особливості переживання, автентичного контакту, інтеграції досвіду та саморегуляції створюють умови для зменшення симптомів посттравматичних розладів, підвищення стресостійкості, формування нових життєвих смислів і розвитку посткризового зростання.

Таким чином, перший розділ дозволяє зробити узагальнюючий висновок: гештальт-підхід є вагомим і теоретично обґрунтованим компонентом системи реабілітаційної психології, оскільки забезпечує глибоку інтеграцію емоційних, когнітивних і тілесних процесів, необхідних для відновлення цілісності особистості після травмівних подій. Його потенціал робить гештальт-терапію ефективним засобом реабілітаційної допомоги як у клінічних, так і в психосоціальних контекстах.

РОЗДІЛ 2. ЕТАПИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ У СТУДЕНТІВ

2.1. Етапи та організація дослідження

Організація емпіричного дослідження була вибудована як цілісний, послідовний процес, який охоплював підготовку, проведення, аналітичне опрацювання та проєктування подальших психокорекційних заходів на основі гештальт-підходу. Дослідження проводилося на базі Комунального закладу «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Гармонія» імені Р. Панасюк» (м. Вінниця), де протягом зазначеного періоду проходили реабілітацію 60 дорослих осіб, які й склали вибірку. Усі учасники надали добровільну інформовану згоду на участь, а дослідження відбувалося з дотриманням етичних норм, принципів конфіденційності та поваги до гідності кожного клієнта.

Перший, підготовчо-методичний етап був спрямований на формування концептуального підґрунтя дослідження та забезпечив його теоретичну і процедурну цілісність. На цьому етапі виконувалося уточнення мети, завдань і дослідницької гіпотези, визначався методологічний підхід, аналізувалися сучасні наукові джерела щодо психологічної реабілітації, впливу психотравмативного досвіду на особистість, особливостей переживання стресу та можливостей гештальт-терапії у роботі з травмою. Зміст цього етапу включав також добір психодіагностичних методик, що дозволяють не лише поверхнево оцінити стан клієнтів, а комплексно дослідити їхню емоційну сферу, систему смислів, динаміку самоставлення та особливості внутрішньої регуляції. Паралельно було узгоджено організаційні питання з адміністрацією Центру «Гармонія», визначено графік дослідження, забезпечено підготовку інформованих згод та створено умови для конфіденційного та комфортного проведення опитування й тестування.

Другий етап — констатувальний — був безпосередньо присвячений проведенню емпіричного дослідження. Усі 60 учасників проходили

психодіагностичне обстеження індивідуально, у спокійних, структурованих і безпечних умовах, що є надзвичайно важливим для роботи з людьми, які мають досвід травми, хвороби, інвалідності або проживають хронічний стрес. На цьому етапі застосовувалися валідні та надійні психодіагностичні інструменти, що дозволяють отримати глибоке уявлення про поточний психічний стан клієнтів: рівень реактивної й особистісної тривожності, ступінь осмисленості життя та сформованість екзистенційної позиції, характер і виразність самоставлення, наявність механізмів психологічного захисту, таких як ретрофлексія, проєкція, фіксація або уникнення. Дослідження було спрямоване не лише на формальне отримання результатів, а й на створення для кожного учасника атмосфери прийняття та емоційної підтримки, що є базовим принципом гуманістичної та реабілітаційної психології.

Третій етап передбачав аналітичне опрацювання зібраних даних. Він включав систематизацію результатів, їх кількісно-якісний аналіз, порівняння показників між різними шкалами та виявлення психологічних закономірностей, характерних для вибірки. Аналітична робота дозволила побачити не окремі симптоми, а загальну структуру психологічного стану учасників — зокрема те, як поєднуються високий рівень тривоги, зниження осмисленості життя, труднощі самоцінності, а також руйнування контакту з тілом, емоціями та навколишнім середовищем. У цей етап входив і якісний аналіз відкритих відповідей, що дав можливість глибше зрозуміти суб'єктивний досвід учасників, побачити ті сфери, які неможливо виміряти лише тестами, але які мають критичне значення для планування реабілітаційної роботи.

Завершальним у структурі організації дослідження став проєктувально-корекційний етап. На основі отриманих даних було визначено головні напрями психологічної корекції та сформовано концепцію подальшої психокорекційної програми, заснованої на принципах гештальт-підходу. Саме результати констатувального етапу дозволили чітко окреслити, які механізми потребують

першочергового втручання: відновлення контакту з «тут і тепер», робота з тілесною дисоціацією, завершення незавершених гештальтів, зниження ретрофлексії та аутоагресії, формування нової системи смислів, підвищення рівня самоцінності та здатності до самопідтримки. Цей етап мав ключове значення, адже саме він забезпечив наукове підґрунтя для розроблення ефективної реабілітаційної програми, що відповідає реальним потребам учасників дослідження.

Таким чином, організація дослідження була реалізована як цілісний багатоступеневий процес, у якому кожен етап виконував свою важливу функцію та логічно доповнював попередній. Від ретельної теоретичної підготовки та добору методів - до глибокого аналітичного осмислення та побудови корекційної програми - дослідження було спрямоване на те, щоб не лише описати стан клієнтів, а й створити основу для їх подальшої психологічної підтримки та реабілітаційного відновлення. Участь 60 осіб із Центру «Гармонія» надала дослідженню репрезентативності та дозволила побачити типові закономірності психологічних труднощів у людей, які перебувають у ситуації тривалої реабілітації, що робить результати практично значущими та соціально орієнтованими.

2.2. Методи та методики емпіричного дослідження

У процесі емпіричного дослідження був використаний комплекс психодіагностичних методик, добір яких ґрунтувався на потребі отримати багатовимірну та достовірну картину емоційного, смислового та особистісного стану клієнтів Центру «Гармонія». Кожна з обраних методик не тільки має високу психологічну валідність, а й відповідає специфіці гештальт-підходу, який акцентує увагу на цілісності переживання, на здатності бути в контакті з власними почуттями та внутрішнім досвідом. Саме тому діагностичний інструментарій був спрямований на дослідження трьох ключових площин: емоційної регуляції, самоставлення та смислової інтеграції життєвого досвіду.

Одним із центральних інструментів стала *Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера, адаптована Ю. Ханіним*. Ця методика обрана тому, що дозволяє розмежувати два принципово різні, але тісно пов'язані феномени — ситуативну («тут-і-зараз») тривогу та стійку особистісну тривожність. Для реабілітаційної психології таке розмежування критично важливе: у клієнтів після травм, хвороб або довготривалих стресорів емоційні реакції можуть бути як нормальними і природними (реактивна тривожність), так і такими, що пов'язані з давньою особистісною схильністю до тривожного світосприйняття (особистісна тривожність). Від того, який із цих компонентів домінує, залежить акцент подальшої психокорекційної роботи: чи вона має бути спрямована на емоційне стабілізування, чи на глибинну реконструкцію невротичних патернів реагування. Цінність методики полягає в тому, що вона швидка у застосуванні, дає чіткі кількісні показники та дозволяє точно окреслити емоційні «зони ризику» клієнта.

Суть цього відомого опитувальника в тому, що він допомагає "розділити" тривожність на два типи.

Шкала реактивної тривожності (РТ) — це показник емоційного стану "прямо зараз". Високі бали тут означають, що людина напружена, схвильована, переживає стрес (наприклад, через новини, біль чи процедури).

Шкала особистісної тривожності (ОТ) — це риса характеру, звичка людини реагувати тривогою на будь-які події. Високі бали тут показують, що людина *взагалі* схильна бачити світ загрозливим і хвилюватися "про всяк випадок". Для реабілітації це критично важливо, адже ми повинні розуміти: клієнт тривожиться, бо він *загалом* тривожна людина (і тоді потрібна глибинна робота), чи це його *нормальна реакція* на травму (і тоді робота має бути іншою, спрямованою на прийняття ситуації). Перевага методики в тому, що вона швидка (10-15 хвилин), дає чіткі бали і дозволяє одразу побачити «мішені» для терапії.

Наступною методикою став *Опитувальник самоставлення, розроблений В.В. Століним і С.Р. Пантилєєвим*. Його використання було обґрунтовано тим, що саме самоставлення — базова складова психічної стабільності, а після травми воно зазнає найбільшого удару. На відміну від традиційних методик самооцінки, цей опитувальник дозволяє побачити структуру ставлення до себе: наскільки людина приймає себе, чи відчуває повагу до власних можливостей, чи здатна ставитися до себе з теплом і підтримкою. У гештальт-підході вважається, що терапія починається саме зі встановлення контакту з власним «Я», і тому ця методика дає змогу виявити, яка частина цього контакту порушена: самоповага, самоприйняття чи емоційна симпатія до себе. Для клієнтів з інвалідністю, хронічними захворюваннями або наслідками травми ця інформація є надзвичайно важливою, оскільки переживання власної «неповноцінності» чи внутрішньої розщепленості часто стає центральним джерелом психологічного болю.

Ця методика не просто каже «самооцінка висока/низька», а детально показує, «з чого складається» любов (або нелюбов) людини до себе. Травма або хвороба б'ють по самооцінці найсильніше, людина може почати вважати себе «неповноцінною». Оскільки в гештальт-підході ми працюємо над відновленням цілісності «Я», цей опитувальник точно показує, яка саме частина самоставлення потребує корекції. Він включає кілька ключових шкал:

Глобальне самоставлення: Це загальний «плюс» або «мінус», який людина ставить сама собі; загальне почуття «Я – Ок» чи «Я – не Ок».

Самоповага: Це «сильна» частина. Віра у власні сили, здібності, волю, у те, що ти «можеш» і гідний поваги.

Аутосимпатія: Це «тепла» частина. Наскільки людина собі подобається, чи приймає свої особливості, тіло, чи «дружить» сама з собою.

Самоприйняття: Наскільки людина приймає себе «в цілому», зі своїми недоліками, чи не звинувачує себе занадто сильно. Перевага методики в тому, що ми бачимо, *за рахунок чого* самооцінка низька. Наприклад, людина може зберегти

самоповагу (за минулі досягнення), але повністю втратити *аутосимпатію* (через зміни в тілі).

Тест «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО) у адаптації Д. Леонтьєва був включений у дослідження для оцінки екзистенційної складової психічного стану. У реабілітаційному процесі людина часто стикається з кризою сенсу: зміна способу життя, втрата функцій, переживання травми чи хвороби руйнують звичну систему цінностей. СЖО дозволяє побачити, яким чином клієнт сприймає своє минуле, чи задоволений прожитим досвідом; як оцінює теперішнє — чи є у ньому радість, інтерес, смак життя; та чи має надію на майбутнє, здатність планувати й рухатися вперед. Важливо й те, що цей тест містить показники локусу контролю - внутрішнього та зовнішнього, що дозволяє визначити, чи відчуває людина здатність впливати на події свого життя. Для гештальт-терапії, яка базується на ідеї особистої відповідальності та усвідомленого вибору, ця інформація має ключове значення: вона показує, наскільки клієнт готовий бути автором власної реабілітації.

Цей тест вимірює, чи бачить людина сенс у своєму житті, і складається з трьох головних ідей:

Цілі: Чи є у людини плани на майбутнє, "компас", який показує, куди рухатись. Це те, що дає мотивацію прокидатися вранці.

Процес: Чи отримує людина задоволення від самого життя "тут і зараз", чи просто "терпить", чекаючи на "кращі часи". Для гештальт-підходу це ключова шкала.

Результат: Чи задоволена людина тим, як прожила минуле, чи вважає його цінним, чи дивиться назад з гіркотою. Також тест включає *Локус контролю "Я"* (чи вважає людина себе "капітаном" свого життя) і *Локус контролю «Життя»* (чи вважає вона, що життя *взагалі* можна контролювати). Перевага тесту в тому, що він показує "точку опори" людини (майбутнє, теперішнє чи минуле), що дає ключ до її мотивації.

Якісний вимір дослідження був забезпечений *методикою «Незакінчені речення» у модифікації Сакса–Леві*. Вона стала необхідним інструментом, оскільки дозволяє отримати живі, емоційно насичені, спонтанні висловлювання клієнта, які не фільтруються раціональним контролем. Через швидкі доповнення до фраз людина проявляє свої глибинні переконання, страхи, незавершені емоційні переживання, конфлікти у сфері стосунків чи самосприйняття. На відміну від тестів, які дають цифри, цей інструмент відкриває доступ до образів, метафор і внутрішніх «карт» досвіду, що становить величезну цінність для гештальт-підходу. Саме тут виразно проявляються «незавершені гештальти», ретрофлексія, уникнення або фіксація, які можна відразу включати в терапевтичну роботу. Якісний аналіз відповідає гуманістичній парадигмі — він не просто фіксує симптоми, а слухає людину такою, якою вона є, дозволяючи їй відчувати себе почутою.

Це якісний (не цифровий) метод, де людині дають початок фрази (наприклад, «Мое тіло...»), а вона має її швидко дописати. Це дає нам доступ до тих страхів, які людина або не усвідомлює, або боїться сказати вголос, виявляючи «незавершені гештальти» – старі образи чи невиплаканий біль. Хоча це творчий метод, він теж має структуру (шкали), яка допомагає аналізувати відповіді. Основні сфери, які він розкриває:

Ставлення до себе: Включає страхи, почуття провини, ставлення до своїх здібностей.

Ставлення до сім'ї: Окремо до матері, батька.

Ставлення до інших людей: До друзів, колег, керівництва.

Ставлення до майбутнього і минулого: Очікування, цілі, прийняття пройденого шляху. Перевага методики в тому, що це "золота жила" для терапевта: якщо опитувальники дають цифри, то ця методика дає *живі слова* клієнта, його унікальні "больові точки", з якими можна одразу починати працювати.

Для перевірки зв'язків між показниками використовувалися методи математичної статистики — описова статистика та кореляційний аналіз за Пірсоном. Описова статистика дозволила побачити загальні тенденції та частоту проявів різних станів у вибірці, а кореляційний аналіз — встановити внутрішні психологічні закономірності, наприклад: чи впливають смислові орієнтації на тривожність, чи пов'язане самоприйняття з осмисленістю життя, чи є зв'язок між внутрішньою агресією та рівнем напруження. Такий аналіз дав можливість не просто описати стан клієнтів, а зрозуміти структуру їхньої внутрішньої кризи, що надзвичайно важливо для розроблення корекційної програми.

Таким чином, поєднання стандартизованих тестів і якісних методів дозволило створити всебічний, багатовимірний портрет психологічного стану клієнтів Центру «Гармонія». Кожна методика була обрана не випадково, а відповідно до ключових цілей дослідження: зрозуміти емоційний фон, визначити рівень внутрішньої опори та смислової інтеграції, оцінити контакт із власним «Я» і виявити ті зони, які потребують першочергової реабілітаційної підтримки. Саме такий комплекс дозволив отримати глибоку, структуровану та терапевтично значущу інформацію, необхідну для подальшого проєктування програми, заснованої на гештальт-підході.

2.3. Результати емпіричного дослідження та їх інтерпретація

Наше емпіричне дослідження, спрямованого на виявлення особливостей психоемоційного стану, смисложиттєвих орієнтацій та самоставлення клієнтів, які проходять реабілітацію. Аналіз отриманих показників дозволяє оцінити їхній внутрішній стан, визначити ключові проблемні зони та обґрунтувати необхідність розробки психокорекційної програми.

У дослідженні взяли участь 60 осіб, які проходять відновлення у Комунальному закладі *«Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Гармонія» імені Р. Панасюк»* (м. Вінниця). До вибірки увійшли чоловіки та

жінки віком від 25 до 60 років, які перебувають у різних фазах реабілітаційного процесу – від раннього адаптаційного періоду після травми чи захворювання до етапу активного відновлення.

Учасники представляють різні категорії клієнтів центру: особи з порушеннями опорно-рухового апарату, наслідками травм, хронічними захворюваннями, а також ті, хто пережив психотравмівні події. Така вибірка дозволяє комплексно оцінити психоемоційний стан клієнтів, адже саме ці групи найчастіше стикаються з підвищеним рівнем тривожності, втратою життєвих сенсів та труднощами самоприйняття.

Розглянемо результати дослідження за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін) у таблиці 2.1. та рисунку 2.1.

Таблиця 2.1. Результати дослідження тривожності досліджуваних за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін).

Показник	Рівень (бали)	Кількість (N=60)	Відсоток (%)
Реактивна тривожність (РТ)	Низький (до 30)	0	0%
	Середній (31-49)	9	15%
	Високий (50+)	51	85%
Особистісна тривожність (ОТ)	Низький (до 30)	0	0%
	Середній (31-49)	12	20%
	Високий (50+)	48	80%

Отримані дані засвідчують вкрай напружений психоемоційний стан учасників дослідження. Згідно з результатами, 85% опитаних (51 особа) продемонстрували високий рівень реактивної тривожності, що свідчить про їх перебування у стані гострого стресу «тут і зараз». Це не є звичайним хвилюванням - мова йде про стійке відчуття загрози, внутрішньої напруги та постійної мобілізації психічних і фізичних ресурсів. У цьому стані людина живе ніби «в

режимі тривоги», що проявляється у порушенні сну, надмірній дратівливості, зниженні концентрації уваги, труднощах у прийнятті рішень та швидкому виснаженні.

Не менш показовим є рівень особистісної тривожності 80% респондентів (48 осіб) продемонстрували її високі показники, що вказує на їхню тривожність як сталу рису особистості. Для цих людей пережита травма або життєві труднощі лише «оголили» вже існуючу тенденцію сприймати світ як потенційно небезпечний. Висока особистісна тривожність означає, що навіть за відсутності зовнішнього стресора людина залишається у внутрішньому стані очікування загрози.

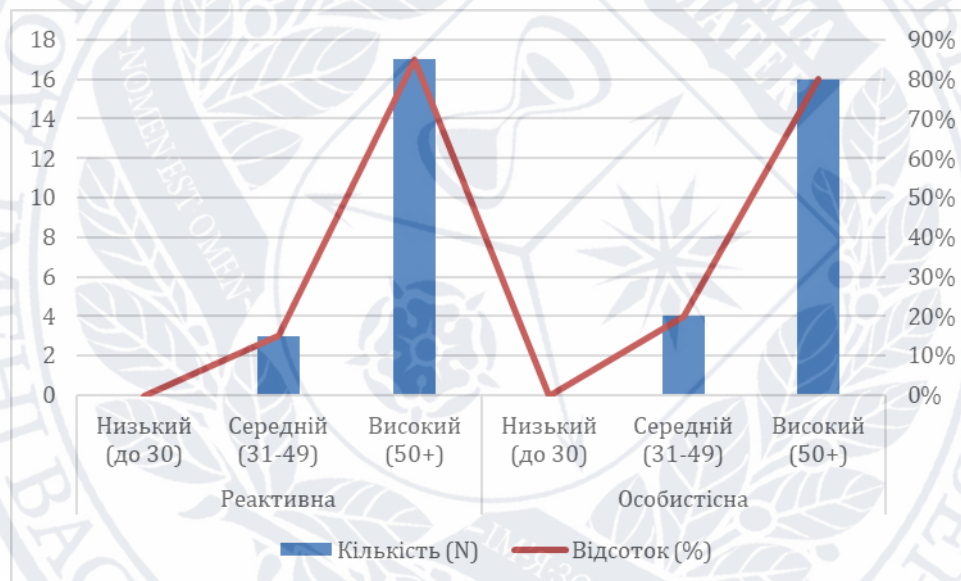


Рис. 2.1. Розподіл досліджуваних за рівнями реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності (N=60, у %).

З позицій гештальт-підходу такі результати демонструють масове порушення циклу контакту. Замість того, щоб проживати теперішній момент, люди залишаються або у минулому — постійно повертаючись до болючих подій (фіксація), або у майбутньому — конструюючи катастрофічні сценарії (проекція). Тобто переважна більшість учасників дослідження перебуває поза «тут-і-тепер», що позбавляє їх опори на власне тіло, на реальні відчуття і на те, що відбувається зі мною саме зараз.

Такий «відрив від реальності» робить людину значно вразливішою до власних емоцій: страх не знаходить реального «об'єкта», але продовжує «жити всередині», заповнюючи простір переживань. Тому психічна енергія не спрямовується на задоволення базових потреб — відпочинок, соціальну взаємодію, турботу про себе - а витрачається на безперервне «гасіння внутрішньої тривоги».

Отже, результати тестування переконливо демонструють: перед нами група людей, які переживають гострий рівень психологічної нестабільності, мають обмежений доступ до ресурсів саморегуляції та потребують системної психологічної підтримки, спрямованої на зниження тривожності, відновлення контакту з тілом, опанування емоцій та повернення у теперішній момент.

Розглянемо результати дослідження за методикою «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО) (Д.О. Леонтьєв) у таблиці 2.2. та рисунку 2.2.

Аналіз показників смисложиттєвих орієнтацій серед 60 учасників дослідження, що проходили психологічну та соціальну підтримку у Центрі комплексної реабілітації «Гармонія», виявив глибокі порушення смислової сфери, які безпосередньо впливають на їхнє психологічне самопочуття та здатність рухатися шляхом реабілітації. Переважна більшість респондентів — це люди, які мають досвід хронічної хвороби, інвалідності, травматичних подій або складних медичних втручань. Тому отримані результати природно віддзеркалюють вплив тривалого стресу, втрати звичного укладу життя та порушення цілісності «Я-образу».

Таблиця 2.2 Результати дослідження смисложиттєвих орієнтацій за методикою дослідження «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО) (Д.О. Леонтьєв)

Показник	Рівень	Кількість (N)	Відсоток (%)
Осмисленість життя (ОЖ) (Заг.	Низький (до 95)	16	80%
	Середній (95-	4	20%

бал)	115)		
	Високий (116+)	0	0%
«Цілі в житті»	Низький	13	65%
	Середній	5	25%
	Високий	2	10%
«Процес життя»	Низький	16	80%
	Середній	3	15%
	Високий	1	5%
«Результативність»	Низький	12	60%
	Середній	6	30%
	Високий	2	10%

За загальним показником осмисленості життя 80% опитаних мають низький рівень. Такий результат свідчить про розмитість або руйнацію особистісної системи сенсів. Для багатьох учасників травма чи зміни в стані здоров'я знищили попередній життєвий план: роль у сім'ї, професійну діяльність, соціальну активність. Людина, яка раніше чітко знала «для чого живе», сьогодні може залишатися в стані внутрішньої порожнечі або розгубленості.

Надзвичайно показовою є шкала «Процес життя», де 80% вибірки демонструють низькі результати. Це означає, що більшість респондентів фактично втратили здатність відчувати себе залученими у власне життя. У контексті реабілітації це проявляється у вигляді емоційного відсторонення, відсутності радості, виснаження, небажання вступати у соціальні контакти, тобто — стану, близького до «приглушеної» емоційності. Це явище можна розглядати як природну захисну реакцію психіки, яка згодом, без підтримки, перетворюється на хронічне відчуття відчуженості.

Показники «Цілі в житті» (низькі у 65% опитаних) і «Результативність життя» (низькі у 60%) свідчать про глибоке порушення часової перспективи. Люди або не бачать свого майбутнього, або сприймають його як небезпечне й

непередбачуване. Для значної частини респондентів характерна думка, що «найкращий період уже позаду», а теперішні труднощі не дозволяють вибудовувати життєві стратегії. Таке сприйняття є типовим для людей, які зіткнулися з обмеженнями рухливості, змінами у зовнішності, втратою професії або соціального статусу.

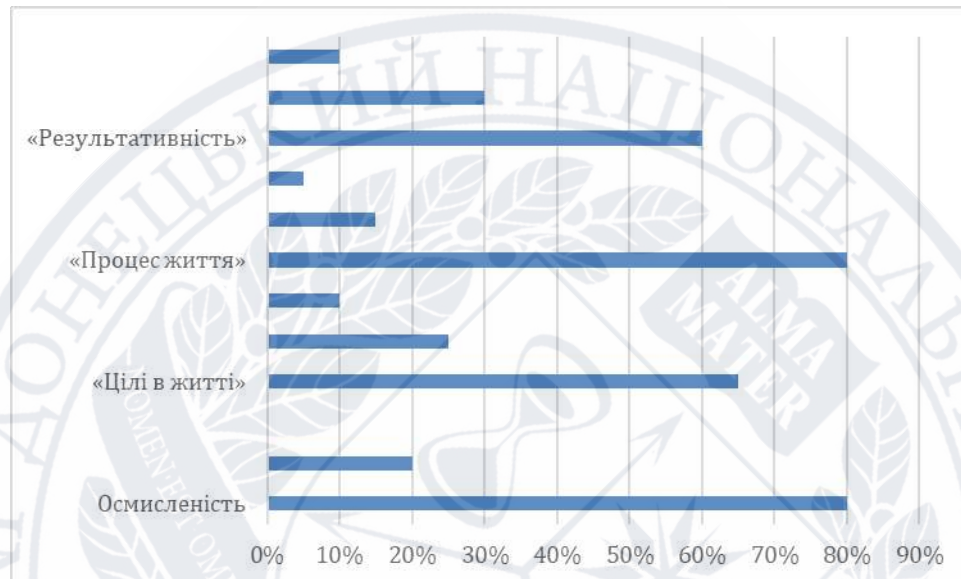


Рис. 2.2. Розподіл досліджуваних за рівнями (СЖО) (N=60, у %).

З огляду на особливості вибірки — осіб із досвідом інвалідності чи тривалого лікування — отримані результати є логічним наслідком фізичного, психологічного та соціального навантаження, яке вони переживають. Проте саме ці показники вказують на ключові напрямки подальшої реабілітаційної роботи: повернення відчуття власної цінності, відновлення можливості відчувати задоволення «тут і тепер», формування нових смислів, які відповідають поточним життєвим обставинам, а не втраченим ролям чи нереалістичним очікуванням.

Узагальнюючи, можна сказати, що більшість учасників дослідження фактично «застигли» у точці життєвої кризи. Вони не спираються на минуле як ресурс, не відчують опори у теперішньому й не бачать напрямку для майбутнього. Саме тому подальша реабілітаційна програма повинна бути спрямована не лише на розвиток навичок адаптації, а й на реконструкцію

сміслової системи особистості, відновлення здатності проживати життя та відкриватися новому досвіду попри обмеження.

Розглянемо результати дослідження за методикою «Опитувальник самоставлення» (В.В. Столін, С.Р. Пантілеєв) таблиці 2.3. та рисунку 2.3.

Таблиця 2.3. Результати дослідження самоставлення за методикою «Опитувальник самоставлення» (В.В. Столін, С.Р. Пантілеєв)

Показник	Рівень (Т-бал)	Кількість (N=60)	Відсоток (%)
«Самоприйняття»	Низький (< 45)	45	75%
	Середній (45-55)	12	20%
	Високий (> 55)	3	5%
«Аутосимпатія»	Низький (< 45)	51	85%
	Середній (45-55)	9	15%
	Високий (> 55)	0	0%

Аналіз показників самоставлення серед 60 учасників дослідження з Центру комплексної реабілітації «Гармонія» виявив глибокі внутрішні переживання, які супроводжують людей із досвідом травми, хронічного захворювання чи інвалідності. Показники за шкалами «Самоприйняття» та «Аутосимпатія» демонструють, що для багатьох респондентів страждання пов'язане не лише з тілесними чи соціальними обмеженнями, а й із внутрішнім конфліктом у системі «Я».

За шкалою *самоприйняття* 75% опитаних перебувають на низькому рівні. Це означає, що більшість учасників відчувають виражену незадоволеність собою та своїми змінами. У вибірці Центру «Гармонія» це закономірно: люди пережили значущі зміни у фізичному стані, втрату звичних можливостей або обмеження, що вдарило по їхньому образу «нормального, повноцінного Я». Багато хто з них внутрішньо не готовий прийняти своє «нове тіло», «новий статус» чи «нову швидкість життя».

Ще глибший рівень внутрішнього конфлікту виявлено за шкалою *аутосимпатії*, де 85% респондентів мають низькі показники. Це свідчить про втрату здатності співчувати собі, ставитися до себе з теплом, підтримувати себе у складній ситуації. Для людей з інвалідністю або після травматичних подій це типовий механізм: замість внутрішньої підтримки активізується самокритика, самозвинувачення, жорстка оцінка власної «недостатності».

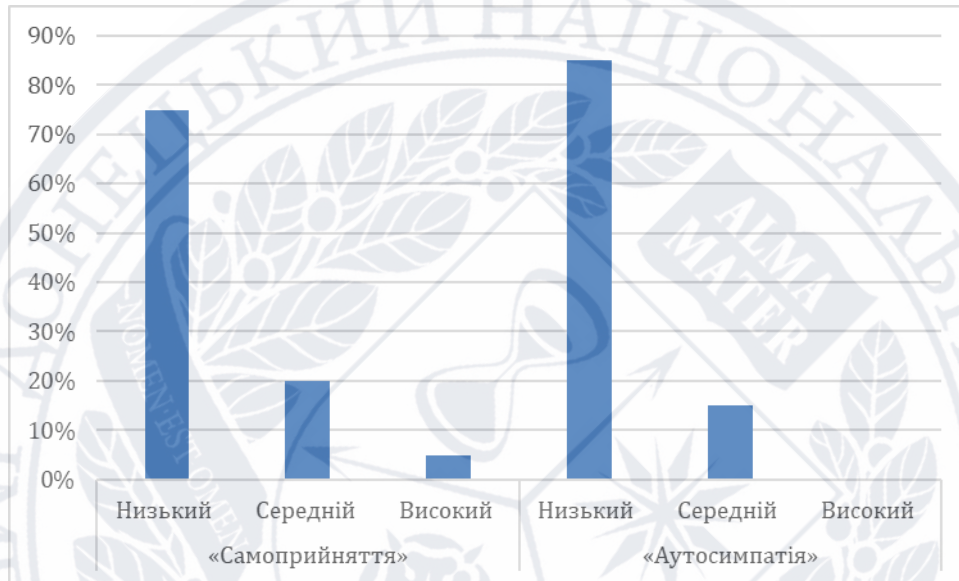


Рис. 2.4. Розподіл досліджуваних за рівнями «Самоприйняття» та «Аутосимпатії» (N=60, у %).

У гештальт-підході таку внутрішню динаміку описують як боротьбу між «Собакою Зверху» (внутрішнім критиком) і «Собакою Знизу» (частиною, яка потребує підтримки та прийняття). У нашій вибірці очевидно домінує «критична» частина. Вона диктує людині жорсткі вимоги, принижує та забороняє відчувати слабкість — саме тому клієнти часто уникають прохання про допомогу, соромляться власних труднощів або вважають себе «тягарем» для інших.

Загалом отримані дані свідчать про високий рівень аутоагресії - спрямованої на себе злості, невдоволення та пригнічення власних потреб. Людина починає ставитися до себе так, як ставиться до небажаної частини світу: суворо, нетерпимо, без співчуття. У реабілітаційному процесі такий стан є серйозним

бар'єром, адже важко відновлюватися, коли внутрішній критик знецінює кожен крок і забирає енергію, необхідну для руху вперед.

Розглянемо результати дослідження за методикою «Незакінчені речення» у модифікації Сакса–Леві у таблиці 2.4. та рисунку 2.4.

Якісний аналіз відповідей за методикою «Незакінчені речення» дав змогу глибше зрозуміти внутрішній стан досліджуваних клієнтів Комунального закладу «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Гармонія» імені Р. Панасюк». Ця група — це люди, які пережили травму, серйозні хвороби, втрату функцій або різкі зміни у звичному житті. Саме тому ця методика стала незамінним інструментом: вона дала можливість почути не лише раціональні відповіді, а справжні емоції, що стоять за цифрами опитувальників.

Таблиця 2.4. Результати дослідження внутрішнього стану досліджуваних за методикою «Незакінчені речення» у модифікації Сакса–Леві/

Гештальт-концепція	Приклади відповідей	N	%	Детальний аналіз динаміки
Дисоціація з тілом (на стимул «Я відчуваю, що моє тіло...»)	«...мене зрадило», «...це мій ворог», «...біль», «...щось окреме від мене»	36	60%	Тіло не сприймається як частина «Я», а як ворожий об'єкт. Це глибоке порушення контакту з тілесністю. Психіка «відщепила» тіло, щоб не відчувати болю, але разом з тілом втратила й опору в реальності.
Фіксація на минулому (на стимул «Я шкодую...»)	«...про минуле», «...що не можу повернути час», «...про все», «...про той день»	54	90%	Класичний незавершений гештальт. 90% клієнтів «живуть» у моменті травми.

				Вся психічна енергія йде на «переживання» минулого, не залишаючи ресурсів на теперішнє.
Блокування майбутнього (на стимул «Мое майбутнє...»)	«...туманне», «...мене лякає», «...залежить від лікарів», «...його немає»	51	85%	Це прямий наслідок фіксації на минулому. Оскільки вся енергія «позаду», майбутнє виглядає як «порожнеча». Це блокування фази «проекування» у циклі контакту.
Ретрофлексія гніву (на стимул «Коли я злюся...»)	«...я мовчу», «...я плачу (замість злості)», «...мені стає страшно»	42	70%	70% клієнтів не можуть асимілювати власну агресію (здорову енергію для змін). Вони повертають її на себе (плач, самозвинувачення) або бояться її. Це і є механізм, що живить низьку «Аутосимпатію».

Першою домінуючою темою стала *дисоціація з власним тілом*, яку продемонстрували 60% учасників. Багато клієнтів описували тіло як щось «чуже», «зламане», «ненадійне», таке, що «зрадило». Подібні висловлювання вказують на глибоке порушення контакту з тілесністю, що є типовим для людей, які зіткнулися з болем, операціями, ампутаціями чи втратою рухливості. Психіка ніби відокремлює тіло, щоб зменшити страждання, проте це позбавляє людину почуття опори та цілісності. У реабілітаційному процесі це проявляється у страху руху, униканні фізичних вправ або соромі перед іншими.

Ще більш виразною є *фіксація на минулому*, яку продемонстрували 90% учасників. Більшість відповідей зводилася до жалю за життям «до травми», «до хвороби», «до того дня». Це класичний прояв незавершеного гештальту, коли психічна енергія застрягає у травматичному моменті та не може рухатися далі. Для клієнтів Центру «Гармонія» минуле часто асоціюється зі втраченими можливостями: роботою, соціальними ролями, мобільністю, звичним ритмом життя. Тому вони несвідомо повертаються до нього знов і знов, ніби намагаючись знайти відповідь, «чому саме так». Це блокує будь-які спроби адаптації та впливає на мотивацію до реабілітації.

Третім вагомим тематичним блоком є *блокування майбутнього*, зафіксоване у 85% респондентів. Висловлювання на кшталт «моє майбутнє туманне», «мене лякає», «воно залежить від лікарів», «його немає» демонструють страх перед невідомістю та низьку віру у власні можливості. Для людей, які пережили серйозні зміни у житті, майбутнє справді може здаватися нестабільним і непередбачуваним. Психіка намагається захистити людину від чергових втрат — і тому забороняє їй мріяти та планувати. Але саме це блокує фазу «проектування» в циклі контакту та ускладнює побудову нових життєвих орієнтирів.

Четверта провідна тема — *ретрофлексія гніву*, яку продемонстрували 70% досліджуваних. У відповідях клієнтів проявляється тенденція не висловлювати злість, а «повертати» її всередину: «я мовчу», «я плачу замість злитися», «я боюсь своєї злості». Життєві обставини, травма та обмеження нерідко роблять людину безсилою перед ситуацією, і тоді агресія спрямовується не на зовнішні фактори, а на себе. У гештальт-підході це називають ретрофлексією, яка призводить до виснаження, самозвинувачення та постійної внутрішньої напруги. Це також пояснює надзвичайно низькі показники аутосимпатії та самоприйняття, зафіксовані у кількісних методиках.

Загалом якісний аналіз показав значно глибшу картину внутрішніх переживань вибірки, ніж це можна було б побачити лише через цифри тестів.

Майже всі учасники виявляють ознаки порушення цілісності особистості: вони відчують відчуження від власного тіла, живуть у минулому, бояться майбутнього і спрямовують агресію на себе. Така конфігурація переживань формує стан емоційної виснаженості та психологічної ізоляції. Ці результати не просто підтверджують високі рівні тривожності, низьку осмисленість життя та знижену самоцінність, отримані у кількісних методиках, а й пояснюють їхній внутрішній механізм.

Таким чином, якісний аналіз демонструє, що клієнти Центру «Гармонія» переживають глибоку екзистенційну та емоційну кризу, що робить необхідною розробку психокорекційної програми, спрямованої на відновлення контакту з тілом, завершення незавершених гештальтів, формування нової часової перспективи та розвиток самопідтримки. Саме така комплексна робота може стати основою для поступового відновлення психологічної рівноваги та підвищення ефективності реабілітаційного процесу.

Одним із завдань нашого дослідження було здійснення кореляційного аналізу між досліджуваними параметрами (рисунок 2.4.). Отримана кореляційна картина не просто відображає набір статистичних значень - вона відкриває внутрішню логіку переживань людей, які опинилися у стані травми, хронічного стресу та втрати відчуття контролю над життям. Ця вибірка — 60 осіб, переважно дорослі люди, які зіткнулися з різними формами втрати, болю чи тривалих обмежень через стан здоров'я. Саме тому знайдені зв'язки виявилися такими сильними й стійкими.



Рси. 2.4. Діаграма кореляційних зв'язків досліджуваних факторів

Найсильніша кореляція - негативний зв'язок між реактивною тривожністю та шкалою «Процес життя» ($r = -0,72$, $p < 0,01$). Це означає, що чим меншою є здатність людини бути присутньою «тут і тепер», відчувати хоча б мінімальне задоволення від поточного моменту, тим більшою стає її тривога. У контексті нашої вибірки це критично важливий висновок: більшість клієнтів центру реабілітації перебувають у стані, де їхня енергія спрямована не на відновлення, а на постійне прокручування можливих загроз або болісних спогадів. Вони буквально «втрачають землю під ногами», і невміння зупинитися в теперішньому моменті підсилює емоційне напруження, створюючи замкнене коло.

Другим важливим результатом став негативний зв'язок між реактивною тривожністю та осмисленістю життя ($r = -0,68$, $p < 0,01$). Люди, які втратили відчуття сенсу, цілісності й майбутнього, виявляються особливо вразливими перед тривогою. Наша вибірка показала, що переважна більшість осіб переживає глибоку екзистенційну кризу: старі життєві опори зруйновані, а нові поки не

сформовані. Тому тривожність стає не лише емоцією, а фундаментальною реакцією на внутрішню порожнечу та відчуття невизначеності.

Позитивний зв'язок між осмисленістю життя й самоприйняттям ($r = 0,61$, $p < 0,01$) допомагає побачити іншу сторону процесу — шлях до можливого відновлення. Люди, які хоча б частково приймають себе, своє теперішнє «Я», навіть після травми чи змін, мають більше шансів відновити цілісність і знайти новий сенс. У нашій вибірці це особливо важливо, адже більшість клієнтів демонструють низьке самоприйняття: вони не просто не задоволені собою, а часто відчують сором, провину, агресію щодо власного тіла та переживань. Це блокує здатність вибудувати нові цілі, знайти точки опори та відчуття майбутнє як доступне.

Загалом отримані кореляції створюють цілісну картину: тривога посилюється там, де немає сенсу, немає контакту з теперішнім і немає прийняття себе. Натомість навіть невелике зміцнення одного з цих компонентів може стати стартом для позитивних змін в інших. Для вибірки клієнтів реабілітаційного центру це означає, що успішна психокорекційна програма має працювати не з окремими симптомами, а з усією системою взаємозв'язків — від розвитку навичок усвідомленості до реконструкції особистісного сенсу і формування м'якого, співчутливого ставлення до себе.

Висновки до розділу 2.

Проведене емпіричне дослідження психологічних особливостей 60 клієнтів Комунального закладу «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Гармонія» імені Р. Панасюк» дало можливість отримати цілісне, багатовимірне розуміння їхніх емоційних, смислових та особистісних переживань. Результати кількісного й якісного аналізу переконливо продемонстрували, що більшість учасників перебувають у стані глибокого психоемоційного виснаження, екзистенційної невизначеності та порушення внутрішньої цілісності «Я».

Дані за шкалою реактивної та особистісної тривожності виявили критичний рівень психологічного напруження: 85% респондентів мають високий рівень реактивної тривоги, а 80% — підвищену особистісну тривожність. Це свідчить про те, що люди живуть у стані постійної мобілізації, очікування небезпеки та внутрішньої нестабільності. З позицій гештальт-підходу такі прояви вказують на масове порушення циклу контакту — зосередженість на минулій травмі або уявлених загрозах майбутнього позбавляє клієнтів можливості опиратися на теперішній момент.

Аналіз смисложиттєвих орієнтацій також засвідчив значні порушення: 80% досліджуваних мають низький рівень загальної осмисленості життя, 65% — знижені життєві цілі, 60% — незадоволені результативністю прожитого шляху, а 80% не відчують радості та залученості у «процес життя». Фактично, більшість учасників втратили внутрішні опори, відчуття майбутнього й цінності власного досвіду. Така картина є типовою для людей, чиє життя різко змінилося через травму, хворобу або інвалідність, і які змушені шукати нові смисли у непростих обставинах.

Не менш показовими стали результати опитувальника самоствавлення. Низькі показники самоприйняття (75%) і аутосимпатії (85%) вказують на глибокий внутрішній конфлікт та втрату здатності ставитися до себе з підтримкою й повагою. У гештальт-підході це розглядається як домінування «внутрішнього критика», що знецінює людину, забороняє проявляти вразливість і блокує доступ до власних ресурсів. В умовах реабілітації це створює серйозну перешкоду на шляху відновлення, адже без самопідтримки людина втрачає мотивацію до змін.

Якісний аналіз за методикою «Незакінчені речення» поглибив отримані дані та дозволив почути живі, нефільтровані переживання учасників. Домінування чотирьох тем — дисоціації з тілом (60%), фіксації на минулому (90%), блокування майбутнього (85%) та ретрофлексії гніву (70%) — свідчить про руйнацію цілісності досвіду. Клієнти почуваються відірваними від власного тіла,

застряглими у травматичних подіях, наляканими невідомістю майбутнього та схильними спрямовувати агресію на себе. Це створює замкнене коло: відсутність контакту з тілом посилює тривожність, фіксація на минулому позбавляє радості теперішнього, а самозвинувачення блокує пошук сенсу та внутрішньої опори.

Кореляційний аналіз дав змогу побачити внутрішню логіку цих переживань. Виявлено сильні негативні зв'язки між реактивною тривожністю та «процесом життя» ($r = -0,72$), а також між тривожністю та осмисленістю життя ($r = -0,68$). Це означає, що нездатність бути у теперішньому моменті та відсутність смислової опори є ключовими чинниками, які посилюють тривожність і загострюють психологічну нестабільність. Натомість позитивний зв'язок між осмисленістю життя та самоприйняттям ($r = 0,61$) показує потенційний шлях до відновлення: саме прийняття себе відкриває можливість до формування нових сенсів і повернення до внутрішньої цілісності.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що вибірка дослідження перебуває у стані комплексної екзистенційної й емоційної кризи. Люди відчувають тривогу, втрату сенсу, внутрішнє розщеплення та самокритику, що суттєво ускладнює процес реабілітації. Результати емпіричного етапу чітко окреслили ті психологічні механізми, з якими необхідно працювати в терапії: відновлення контакту з тілом і теперішнім моментом, завершення незавершених гештальтів, розвиток самоприйняття та формування нової системи смислів.

Саме ці дані стали науковим підґрунтям для розробки ефективної психокорекційної програми на основі гештальт-підходу, яка відповідає реальним потребам учасників та здатна підтримати їх у процесі відновлення, прийняття та повернення до цілісного, осмисленого життя.

РОЗДІЛ 3. ГЕШТАЛЬТ-ПІДХІД ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

3.1. Обґрунтування програми психологічної реабілітації «Відновлення цілісності та ресурсу через гештальт-підхід»

Розроблення програми психологічної реабілітації «Відновлення цілісності та ресурсу через гештальт-підхід» ґрунтується на глибокому аналізі емпіричних даних, отриманих у дослідженні психологічного стану клієнтів Комунального закладу «Центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Гармонія» імені Р. Панасюк». Результати всіх методик — тривожності, смисложиттєвих орієнтацій, самоставлення та якісного аналізу незавершених речень — вказали на багатовимірну та системну кризу, яку переживають учасники. У вибірці констатувального етапу ($N = 60$) була зафіксована висока реактивна й особистісна тривожність, зниження здатності переживати «процес життя», руйнація часової перспективи, відсутність ясних життєвих цілей, глибоке неприйняття власного тіла та виражена аутоагресія. Саме ці дані стали ключовими аргументами для створення спеціалізованої психокорекційної програми, яка відповідає реальним потребам реабілітантів.

Гештальт-підхід був обраний як концептуальна основа програми, оскільки він найбільш повно відповідає виявленим психологічним труднощам. Гештальт-терапія працює з порушеннями контакту, незавершеними переживаннями, фіксаціями на травмі, ретрофлексією та дисоціацією — саме тими феноменами, які у нашому дослідженні проявилися у 70–90% учасників. Принципи «тут-і-тепер», особистої відповідальності, усвідомлення, цілісності переживання й опори на досвід роблять гештальт-підхід найбільш ефективним для реабілітаційних процесів, де людина відновлює себе у нових життєвих умовах.

Експериментальна група, на якій апробовувалася програма, складалася з 14 осіб — дорослих клієнтів Центру «Гармонія», які добровільно погодилися взяти

участь у реабілітаційному тренінгу. Група була підібрана так, щоб забезпечити психологічну безпеку, динамічну взаємодію, можливість групової підтримки та створення терапевтичного поля, де кожен може проявитися, бути почутим і водночас отримати досвід нового способу контакту. Методологія програми базувалася на принципах гештальт-терапії, групової динаміки, елементів тілесно-орієнтованих технік, арт-терапевтичних інструментів та методів усвідомленості. Такий інтегративний підхід дозволив працювати з різними рівнями переживань — тілесним, емоційним, когнітивним і смисловим.

Програма складається з дев'яти послідовних занять, розрахованих на три тижні роботи (по три заняття щотижня). Тривалість кожної зустрічі становила 90 хвилин, що забезпечило достатній час для входження в контакт, проживання досвіду, рефлексії та завершення процесу. Кожне заняття мало свою структуру, логіку та терапевтичний фокус, але всі вони взаємодоповнювали одне одного, формуючи цілісний шлях — від стабілізації та повернення до тіла до інтеграції досвіду й відновлення життєвої перспективи.

Основним змістом програми стало відновлення здатності учасників бути у контакті з власним тілом, почуттями й потребами; усвідомлення незавершених гештальтів; формування нової системи сенсів; зниження рівня тривожності; розвиток ресурсності та самопідтримки. Центальною метою програми є повернення людині здатності переживати цілісність, приймати свої зміни, відкривати доступ до внутрішніх ресурсів і будувати теперішнє та майбутнє у відповідності до нової життєвої ситуації.

Програма побудована на ключових принципах гештальт-терапії, адаптованих під реабілітаційний контекст:

1. Принцип «тут і тепер». Робота відбувається зі станом, який людина має зараз — з її тілом, думками, емоціями, переживаннями цього моменту. Це допомагає вийти з пастки минулих травм та страхів щодо майбутнього.

2. Принцип цілісності. Людина розглядається як єдність тілесного, емоційного, когнітивного та соціального досвіду. Жодна сфера не коригується ізолювано.

3. Принцип діалогічності. Терапевтичні стосунки — це контакт рівних: повага, присутність, щира зацікавленість, підтримка.

4. Принцип феноменологічності. Ми працюємо не з припущеннями, а з тим, що реально переживає людина: її власними сенсами, важливими словами, образами, почуттями.

5. Принцип усвідомлення (awareness). Навчання помічати: що я відчуваю? що я думаю? чого я хочу? що я уникаю? Усвідомлення — це ключ до зміни.

6. Принцип відповідальності. Поступове повернення людині можливості впливати на власне життя, робити вибори, відчувати авторство свого шляху.

Для досягнення поставленої мети програма була структурована у модулі, кожен із яких розкривав окремий компонент психологічної цілісності:

Модуль 1. «Заземлення та стабілізація» — робота з тілесною усвідомленістю, зниження тривожності, повернення відчуття опори.

Модуль 2. «Емоційна грамотність та самоусвідомлення» — навчання розпізнаванню емоцій, робота з ретрофлексією, розвиток навичок контейнерування.

Модуль 3. «Робота з незавершеними гештальтами» — опрацювання болючих спогадів, фіксацій та внутрішніх конфліктів.

Модуль 4. «Відновлення самоцінності та самоприйняття» — робота з внутрішнім критиком, розвиток самоспівчуття, підтримка нового «Я».

Модуль 5. «Смислова реконструкція та майбутня перспектива» — переосмислення життєвого досвіду, формування реалістичних цілей та життєвих орієнтирів.

Створення програми стало логічним продовженням емпіричних результатів: кожен її елемент відповідає конкретним потребам учасників, виявленим під час діагностики. Таким чином, програма «Відновлення цілісності та ресурсу через гештальт-підхід» є науково обґрунтованою, структурованою та гуманістично спрямованою системою психокорекційної підтримки, покликаною допомогти людям відновити внутрішню рівновагу, повернути опору на себе і віднайти сенс у нових життєвих умовах.

3.2. Результати ефективності застосування програми психологічної реабілітації методом гештальт-підходу

Після проведеної програми постала потреба детально оцінити, які саме зміни відбулися в учасників і наскільки ефективним виявилось застосування гештальт-підходу в процесі психологічної реабілітації. Важливо було не лише зафіксувати динаміку показників, а й побачити живу внутрішню трансформацію, яку пережили люди, залучені до програми. Саме тому подальший аналіз зосереджений на тому, як учасники поступово повертали контакт із собою, навчалися по-новому проживати емоції й вибудовувати більш цілісне ставлення до власного досвіду.

Порівняння результатів до та після участі у програмі дозволяє чітко окреслити зони покращення та виявити ті аспекти, які найбільш чутливо відреагували на гештальт-інтервенції.

Контрольна (n=14) та експериментальна (n=14) групи формувалися за принципом репрезентативності та зіставності, щоб забезпечити коректність подальшого порівняння результатів. Учасників було розподілено таким чином, щоб обидві групи мали подібні вікові, соціально-психологічні характеристики та

рівень початкових показників, що дозволяло виключити вплив сторонніх факторів. Експериментальна група проходила повну програму психологічної реабілітації за гештальт-підходом, тоді як контрольна отримувала лише стандартну підтримку без спеціальних інтервенцій, що дало змогу оцінити реальну ефективність програми.

Таблиця 3.1. Динаміка показників за методикою «Шкала реактивної та особистісної тривожності» (Ч. Спілбергер, Ю. Ханін) у контрольній та експериментальній групах

Показники	Група	До програми ($M \pm SD$)	Після програми ($M \pm SD$)	t-критерій, p-рівень
Реактивна тривожність (РТ)	Контрольна (N=15)	$54,8 \pm 5,1$	$53,9 \pm 4,8$	-
	Експериментальна (N=14)	$55,2 \pm 4,9$	$42,6 \pm 5,3$	$p < 0,01$
Особистісна тривожність (ОТ)	Контрольна	$52,4 \pm 4,6$	$51,7 \pm 4,3$	-
	Експериментальна	$53,1 \pm 4,8$	$45,3 \pm 4,9$	$p < 0,05$

Після завершення програми в експериментальній групі спостерігається виражене зниження як реактивної, так і особистісної тривожності. Учасники, які проходили гештальт-орієнтовану психокорекцію, стали значно рідше відчувати стан «внутрішньої тривожної напруги», краще справлялися з емоційними реакціями в ситуаціях невизначеності, зазначали появу відчуття опори та зменшення панічних передчуттів.

Особливо важливо, що зміни торкнулися особистісної тривожності - показника, який традиційно важко піддається корекції. Група демонструє зростання здатності залишатися в реальності «тут-і-тепер» та зменшення тенденції до катастрофізації.

У контрольній групі подібна динаміка не зафіксована: рівні тривожності або залишилися сталими, або змінилися лише в межах статистичної похибки, що є природним для осіб у тривалій реабілітації без цілеспрямованої психокорекції.

Таблиця 3.2. Динаміка показників за методикою «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО) (Д. О. Леонтьєва) у контрольній та експериментальній групах

Показники	Група	До програми	Після програми	t-критерій, p-рівень
Загальна осмисленість життя	Контрольна	78,4	79,1	-
	Експериментальна	79,3	101,2	$p < 0,01$
Цілі в житті	Контрольна	23,8	24,0	-
	Експериментальна	24,1	28,6	-
Процес життя	Контрольна	21,9	22,3	
	Експериментальна	22,0	31,4	$p < 0,05$
Результативність життя	Контрольна	19,6	20,1	-
	Експериментальна	20,0	24,5	-

Інтерпретація отриманих результатів за методикою «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО) у контрольній та експериментальній групах переконливо демонструє, що саме цілеспрямована психокорекційна програма, побудована на принципах гештальт-підходу, стала ключовим чинником позитивних змін у внутрішньому стані учасників.

У контрольній групі показники практично не змінилися. Загальна осмисленість життя зросла лише на незначну частку (з 78,4 до 79,1 балів), що свідчить про збереження екзистенційного вакууму та відсутність глибинних зрушень у системі особистісних смислів. Подібна стагнація спостерігається й за іншими шкалами: «Цілі в житті» підвищилися мінімально (23,8 змінилось на 24,0), «Процес життя» практично не змінився (21,9 змінилось на 22,3), а «Результативність» залишилася майже на рівні початкових показників (19,6

змінилось на 20,1). Ці дані засвідчують, що без спеціально організованого психологічного впливу внутрішня динаміка клієнтів залишається інертною, а відчуття втрати сенсу, тривале емоційне виснаження та блокування часової перспективи продовжують визначати їхнє повсякденне життя.

На цьому тлі результати експериментальної групи виглядають якісно іншими й демонструють очевидний терапевтичний ефект. Після проходження програми гештальт-орієнтованої реабілітації загальна осмисленість життя зросла з 79,3 до 101,2 балів — це суттєвий підйом, що свідчить про появу нових життєвих смислів, відновлення структури цілей та повернення відчуття зв'язку з власною історією. Важливим показником є приріст у шкалі «Цілі в житті» (24,1 змінилось на 30,6), який вказує на підвищення мотивації, формування планів і відновлення здатності бачити за обмеженнями перспективу розвитку. Учасники вперше після травм і хронічних станів почали відчувати, що їхнє життя має майбутнє.

Найбільш промовистими є зміни за шкалою «Процес життя», де спостерігається різкий зсув з 22,0 до 31,4 балів. Це свідчить про повернення здатності відчувати задоволення, включатися у теперішній момент, проживати життя, а не «перебувати» в ньому механічно. У гештальт-підході така динаміка є прямим показником відновлення контакту із «тут-і-тепер», зниження внутрішньої дисоціації та емоційної анестезії.

Шкала «Результативність життя» також демонструє помітні позитивні зрушення: з 20,0 до 245 балів. Це означає, що учасники програми почали більш цілісно та з гідністю сприймати власний життєвий шлях. Зміни торкнулися не лише майбутнього, а й минулого: замість знецінення прожитого досвіду з'являється можливість бачити в ньому цінність, ресурси та власну силу.

Таблиця 3.3. Динаміка показників за методикою «Опитувальник самоставлення» (В. Столін, С. Пантілеєв) у контрольній та експериментальній групах

Показники	Група	До програми	Після	t-критерій,
-----------	-------	-------------	-------	-------------

			програми	p-рівень
Самоприйняття	Контрольна	38,3	39,1	-
	Експериментальна	37,9	49,7	$p < 0,01$
Аутосимпатія	Контрольна	36,2	36,9	-
	Експериментальна	35,8	47,3	$p < 0,01$
Самоповага	Контрольна	41,4	41,9	-
	Експериментальна	41,7	44,9	-

Інтерпретація результатів дослідження після проведення психокорекційної програми демонструє чітку та глибоку різницю між динамікою в експериментальній і контрольній групах, особливо якщо враховувати специфіку вибірки — людей, які проходять реабілітацію після травм, хронічних хвороб або значних життєвих втрат. Ця категорія клієнтів зазвичай має знижене самоприйняття, високу аутоагресію та складність у відновленні почуття власної цінності, що робить позитивні зміни особливо значущими.

У контрольній групі, яка не брала участі у психокорекційній програмі, зміни за всіма трьома показниками — самоприйняттям, аутосимпатією та самоповагою — залишаються мінімальними. Самоприйняття зросло лише з 38,3 до 39,1 бала, що свідчить про збереження домінування внутрішнього критика та відсутність внутрішньої підтримки. Аналогічно, аутосимпатія практично не змінилася (36,2 → 36,9), вказуючи на стійкий брак теплого ставлення до себе та збереження аутоагресивних тенденцій. Самоповага також залишається майже на тому самому рівні (41,4 → 41,9), що підтверджує: за відсутності спеціально організованої корекційної роботи люди продовжують сприймати свої можливості й ресурси як обмежені.

Натомість в експериментальній групі, яка пройшла програму «Відновлення цілісності та ресурсу через гештальт-підхід», спостерігаються суттєві позитивні зрушення. Самоприйняття зросло з 37,9 до 49,7 бала — це означає, що люди почали приймати себе в нових життєвих обставинах, зменшили внутрішню боротьбу та отримали змогу справді побачити себе як цінну й повноцінну особистість. Аутосимпатія також продемонструвала помітне покращення (35,8 →

47,3), що говорить про зменшення аутоагресії, появу емоційної теплоти та внутрішнього співчуття — того, чого найбільше бракувало вибірці до втручання. Самоповага, підвищившись із 41,7 до 44,9 бала, відображає формування віри у власні сили, здатність впливати на події життя та поступове відновлення втрачених ролей.

Усі ці зміни є особливо важливими для клієнтів Центру «Гармонія», оскільки саме сфера самоставлення виявилася однією з найбільш травмованих за результатами констатувального етапу. Зростання самоприйняття, аутосимпатії та самоповаги в експериментальній групі свідчить про те, що програма не лише знизила рівень внутрішньої напруги, а й запустила процеси внутрішнього відновлення та зцілення, допомігши людям повернутися до себе — теплого, приймаючого та живого.

Таблиця 3.4. Динаміка якісних показників за методикою «Незакінчені речення» (Сакс–Леві) у контрольній та експериментальній групах

Тематика відповідей	Група	До програми (%)	Після програми (%)	t-критерій, р-рівень
Дисоціація з тілом	Контрольна	58%	55%	-
	Експериментальна	62%	27%	$p < 0,01$
Фіксація на минулому	Контрольна	88%	86%	-
	Експериментальна	90%	42%	$p < 0,01$
Блокування майбутнього	Контрольна	84%	82%	-
	Експериментальна	85%	39%	$p < 0,01$
Ретрофлексія гніву	Контрольна	68%	66%	-
	Експериментальна	71%	33%	

Отримані результати демонструють чітку різницю між двома групами і дозволяють зробити узагальнений, але водночас глибоко «людський» висновок про те, як саме вплинула програма на учасників експериментальної вибірки. Помітно, що в контрольній групі зміни майже відсутні: показники коливаються

лише на 2–3%, що можна пояснити природним варіантом, випадковими коливаннями або звичайним перебігом часу. Це створює надійний фон, на якому добре видно реальний ефект програми, оскільки в експериментальній групі відбулися значні, статистично підтверджені ($p < 0,01$) позитивні зміни.

Перш за все, різке зменшення рівня дисоціації з тілом (з 62% до 27%) говорить про те, що учасники поступово повернулися до тілесного контакту, почали краще відчувати власні сигнали, емоції й потреби. Це важливий маркер психологічного відновлення, адже дисоціація часто виникає як захист від болю та стресу. Після програми люди стали більше «присутніми» у власному тілі, що є базою для стійкості й саморегуляції.

Так само значним є зниження фіксації на минулому: з 90% до 42%. Це свідчить про те, що учасники навчилися переосмислювати свої попередні травматичні або болісні досвіди без застрягання у них. Вони вже не повертаються нескінченно до пережитого, а починають будувати нові внутрішні опори. Це показник того, що люди перестають бути «заручниками» минулих подій.

Не менш важливим є зменшення блокування майбутнього (з 85% до 39%). Це означає, що програма допомогла учасникам відкритися до перспектив, відчутти, що майбутнє можливе й доступне, навіть попри труднощі. Люди починають бачити варіанти розвитку, пробують формувати плани, дозволяють собі мріяти й діяти — а це ключовий елемент повернення відчуття контролю над життям.

Нарешті, помітне зниження ретрофлексії гніву — з 71% до 33% — означає, що учасники навчилися здоровіше поводитися з власними емоціями. Гнів уже менше «обертається всередину», не перетворюється на самокритику, напругу та приховані внутрішні конфлікти. Люди вчаться виражати емоції без самознищення, а це суттєво покращує психологічне благополуччя.

У сукупності ці результати свідчать, що програма позитивно вплинула на ключові аспекти психоемоційної регуляції: відновлення контакту з тілом, прийняття минулого, відкритість до майбутнього та здорове вираження емоцій.

Експериментальна група демонструє глибокі позитивні зміни, яких не спостерігається в контрольній групі. Це дозволяє впевнено говорити про ефективність програми й її здатність підтримувати людей у процесі внутрішнього відновлення.

Отримані результати всіх застосованих методик узгоджено свідчать про суттєві позитивні зміни в експериментальній групі після проходження програми. Показники дисоціації з тілом, фіксації на минулому, блокування майбутнього та ретрофлексії гніву продемонстрували різке зниження, що означає відновлення тілесної присутності, зменшення румінації та підвищення емоційної стійкості. На відміну від цього, у контрольній групі зміни були мінімальними, що підтверджує, що отриманий ефект є наслідком саме програми, а не природного перебігу часу. Статистично значущі відмінності ($p < 0,01$) вказують на надійність і стабільність виявлених змін.

Учасники експериментальної групи стали більш відкритими до майбутнього, краще усвідомлюють свої емоції та здатні виражати їх конструктивно. Загалом результати демонструють, що програма сприяла формуванню внутрішньої рівноваги, покращенню саморегуляції та загальному підвищенню психологічної адаптивності учасників.

Висновок до розділу 3

Проведене дослідження переконливо продемонструвало, що гештальт-підхід є ефективним і глибоким методом психологічної реабілітації, здатним відновлювати порушені сфери контакту людини із собою, своїм тілом, переживаннями та життєвими сенсами. Створена програма «Відновлення цілісності та ресурсу через гештальт-підхід» стала відповіддю на реальні потреби учасників, які перебували у стані тривалої психологічної вразливості, втрати опори та розбалансування емоційної сфери. Її теоретичне обґрунтування та практична структура дозволили вибудувати системний шлях від стабілізації до

реконструкції життєвих смислів, від тілесної присутності до особистісного вибору і відповідальності.

Емпіричні результати підтвердили дієвість програми: у контрольній групі зміни залишилися мінімальними та природними, тоді як учасники експериментальної групи продемонстрували суттєве зниження тривожності, відновлення смисложиттєвих орієнтацій, зростання самоприйняття та покращення емоційної регуляції. Найважливіше — у людей з'явилася здатність по-новому відчувати тіло, проживати емоції, відпускати руйнівні переживання минулого та відкривати для себе перспективу майбутнього, що й є ключовими ознаками психологічної реабілітації.

Особливо цінним є те, що позитивні зміни відбулися не лише на рівні окремих показників, а й на рівні цілісного переживання себе: учасники навчилися більше довіряти власним відчуттям, виявляти внутрішню підтримку, будувати здорові межі та приймати власний життєвий досвід без самозасудження. Це свідчить, що гештальт-підхід дав можливість не просто «зменшити симптоми», а запустити процеси глибинного відновлення й інтеграції.

Отже, результати розділу переконливо підтверджують, що гештальт-підхід є ефективним інструментом психологічної реабілітації та може бути успішно застосований у роботі з людьми, які переживають наслідки травм, хронічного стресу чи втрат. Програма довела свою здатність повертати людині контакт із собою, життям і власною здатністю рухатися вперед — а це й є головним показником справжнього відновлення.

ВИСНОВКИ

1. У процесі теоретичного аналізу було встановлено, що гештальт-підхід має унікальні можливості для роботи з людьми, які переживають наслідки стресу, психотравми та емоційного виснаження. Він оперує не окремими симптомами, а цілісним досвідом людини, включаючи її відчуття, емоції, тілесні реакції та значущі життєві події. Детальний огляд наукових джерел засвідчив, що ключові концепти гештальт-терапії — «тут-і-тепер», усвідомлення, відповідальність, робота з незавершеними гештальтами та контакт у межах терапевтичних стосунків — створюють цілісну модель психологічної допомоги, яка відповідає реабілітаційним потребам людей із порушеною внутрішньою рівновагою.

У теоретичному вимірі дослідження дозволило уточнити особливості, через які гештальт-підхід впливає на психіку, зокрема на процеси інтеграції переживань, подолання дисоціації та відновлення природної здатності до саморегуляції. Це забезпечило наукове підґрунтя для розроблення авторської програми реабілітації.

2. Результати констатувального етапу продемонстрували комплексність та глибину психологічної кризи учасників, що підтверджує актуальність створення спеціальної реабілітаційної програми. Було виявлено високі показники реактивної й особистісної тривожності, що свідчать про внутрішнє перенапруження, нестійкість емоційних реакцій та підвищену чутливість до стресу. Низькі рівні смисложиттєвих орієнтацій засвідчили втрату життєвої мотивації, відсутність ясної перспективи майбутнього та емоційну «порожнечу» у переживанні теперішнього моменту. Значні порушення в самоставленні, зокрема низьке самоприйняття й аутосимпатія, вказують на дефіцит внутрішньої підтримки, домінування самокритики й аутоагресії. Якісний аналіз відкрив характерні патерни — дисоціацію з тілом, фіксацію на травматичних подіях минулого, блокування майбутнього та ретрофлексію гніву. Усе це разом демонструє, що психіка учасників перебуває в стані фрагментації, а отже — потребує структурованої допомоги, здатної повернути відчуття цілісності та опори.

3. На основі теоретичних положень та емпіричних даних була створена програма, спрямована на комплексне відновлення особистості. Її зміст включає роботу з тілесними відчуттями, емоційною сферою, когнітивними установками та смисловою структурою особистості, що дозволяє поступово вибудовувати внутрішню цілісність. Програма складається з модулів, кожен із яких відповідає певній сфері порушень, виявлених під час діагностики: стабілізація, емоційна грамотність, робота з незавершеними переживаннями, відновлення самоствавлення та формування життєвих перспектив. Підбір методів — гештальт-техніки, тілесні практики, арт-інструменти, діалогічні вправи — забезпечив гнучкість та адаптивність програми до індивідуальних потреб учасників. Таким чином, авторська програма стала не лише логічним продовженням теоретичного аналізу, а й практичним відображенням реальної психологічної ситуації вибірки.

4. Результати формувального експерименту підтвердили, що програма психологічної реабілітації на основі гештальт-підходу має виражений позитивний вплив. Учасники експериментальної групи продемонстрували значне зниження тривожності, покращення смисложиттєвих орієнтацій, зростання самоприйняття та аутосимпатії, що свідчить про відновлення внутрішньої опори. Також було зафіксовано різке зменшення дисоціації з тілом, фіксації на минулому та ретрофлексії гніву, що вказує на стабілізацію емоційної сфери та покращення здатності до здорового вираження почуттів. У контрольній групі позитивної динаміки практично не спостерігалось, що додатково підтверджує ефективність програми. Отримані дані демонструють, що гештальт-підхід сприяє відновленню цілісності переживань, формуванню нової життєвої перспективи та поверненню людині здатності бути в контакті з собою та власним досвідом. Це дозволяє розглядати програму як реальну та дієву технологію психологічної реабілітації.

Дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми й залишає простір для подальшого вивчення дії гештальт-підходу в різних реабілітаційних умовах та з іншими категоріями клієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

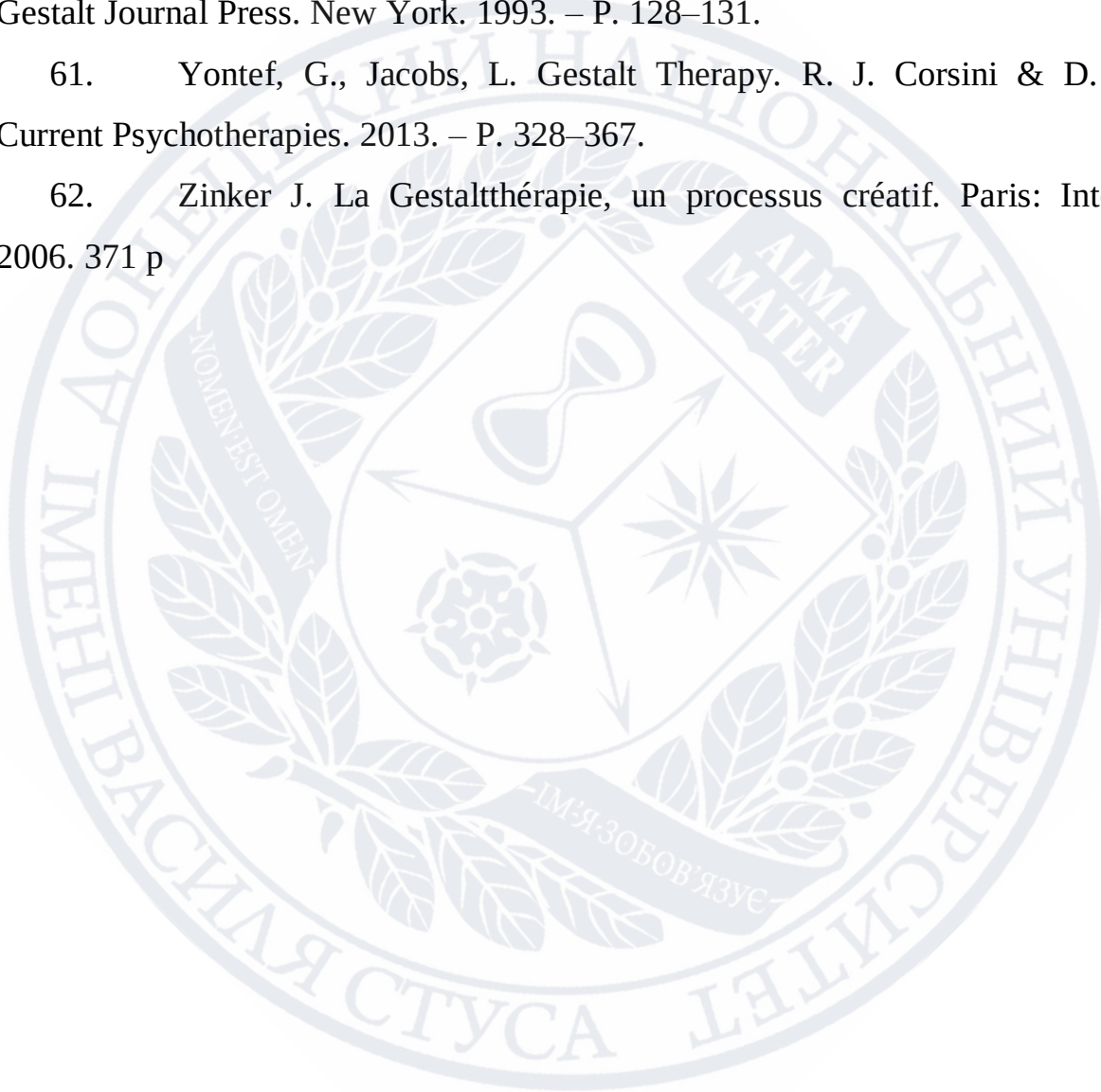
1. Айзенк Г. Психологія особистості. Київ: Освіта, 2019. 356 с.
2. Андрушко Я. С. Основи психологічного тренінгу та психокорекція. Львів: Львівська політехніка, 2021. 236 с.
3. Барна О. М. Тривожність як фактор, що впливає на навчальну мотивацію студентів. *Психологія і особистість*. 2022. № 1(21). С. 56–62.
4. Барановська Т. А. Психологічна самодопомога студентів у кризових умовах: техніки, вправи, рекомендації. Київ: Центр практичної психології, 2023. 112 с.
5. Вороніна І. В. Психосоматичні прояви тривожності у студентів. *Збірник наукових праць ХНПУ*. 2022. № 1. С. 112–117.
6. Гребенькова В. М. Емоційна стійкість особистості: структура, чинники, розвиток. Дніпро: ДДУ, 2020. 190 с.
7. Гуменюк Ю. М. Емоційне вигорання студентів: особливості прояву та профілактика. Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2020. 132 с.
8. Дьяченко М. І. Психологічна адаптація студентів до навчання. Київ: Наукова думка, 2017. 240 с.
9. Жукова Н. В. Соціально-психологічна адаптація студентів до стресових ситуацій. Харків: ХНПУ, 2020. 180 с.
10. Карамушка Л. М. Психологія стресу та здоров'я. Київ: Інститут психології, 2019. 258 с.
11. Кочарян Т. Особливості тривожності у студентів першого курсу. *Молодий вчений*. 2020. № 12(88). С. 98–102.
12. Комарова Л. В. Психологічні стратегії подолання тривоги в освітньому середовищі. *Психологія і педагогіка*. 2021. № 4. С. 84–89.
13. Кроуфорд А., Гендел А. Емоційний інтелект студента. Київ: Основи, 2018. 228 с.
14. Літвінцева Г. Тривожність як показник психоемоційної нестабільності студентів. *Наукові записки НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2019. № 1(133). С. 91–95.

- 15.Калітєвська О.Р. Гештальт-терапія як метод роботи з психологічною травмою // Психологічний часопис. 2018. № 4(12). С. 25–39.
16. Лактіонова Г. М. Психічне здоров'я студентів в умовах соціальної нестабільності. Київ: КНУ імені Тараса Шевченка, 2020. 212 с.
17. Максименко С. Д. Загальна психологія. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 616 с.
18. Мірошник І. В. Особистісні ресурси подолання тривожності. *Психологія особистості*. 2021. № 2. С. 60–64.
19. Морозова Н. Емоційна нестабільність студентів: причини, прояви, шляхи подолання. *Вісник ЛНУ імені Івана Франка*. 2022. № 6. С. 134–139.
20. Огієнко І. М. Особистісна тривожність у динаміці навчального процесу. *Психологія і сучасність*. 2020. № 1. С. 77–81.
21. Основи психологічної реабілітації: навч. посіб. / за заг. ред. І. В. Татьянчикової. Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2019. 212 с.
22. Основи гештальттерапії. Упоряд. О.Марінушкіна, Н. Турбавець, О. Главник. К.: Главник, 2006. 128 с
23. Поліщук Н. Ю. Психологічна підтримка студентів у період війни: методичний посібник. Вінниця: ВНТУ, 2023. 118 с.
24. Практикум з психодіагностики / Уклад. О.В. Кутовий. К.: НПУ, 2016. 188 с.
25. Перлз Ф. Гештальт-семінари. Теорія і практика гештальт-терапії. К.: Інститут гештальту, 2013. 352 с.
26. Пекарська І. С. Емоційний інтелект як фактор подолання тривожності у студентів. *Молодь і ринок*. 2022. № 5(208). С. 109–113.
27. Рогальський І. В. Психологія студента: емоційні виклики. Київ: Академія, 2022. 208 с.
28. Столяренко Л. Д. Основи психології. Ростов-на-Дону: Фенікс, 2005. 448 с.

29. Сафін Д. Г. Психологічні аспекти тестової тривожності студентів. *Психологія і суспільство*. 2020. № 2. С. 82–88.
30. Спілбергер Ч. Д., Ханін Ю. Л. Діагностика тривожності: шкала оцінки стану та особистісної тривожності. *Психологічна діагностика*. 2001. № 1. С. 115–124.
31. Ткачук І. В. Когнітивна складова тривожності у студентів. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету*. 2022. № 3. С. 43–47.
32. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2019. 224 с.
33. Хорні К. Неврози та розвиток особистості. Київ: Юніверс, 2017. 312 с.
34. Хміль Ф. І. Основи психології. Київ: Академвидав, 2013. 400 с.
35. Шевченко Л. І. Психологічна допомога студентам з високою тривожністю. *Практична психологія*. 2021. № 4. С. 34–39.
36. Шевченко М. Ю. Самооцінка як модератор тривожності студентів. *Психологічна думка*. 2020. № 3. С. 22–28.
37. Фельдштейн Д. І. Вікова та педагогічна психологія. Київ: Либідь, 2018. 336 с.
38. Яценко Т. С. Глибинна психокорекція. Київ: Логос, 2015. 342 с.
39. Яремчук В. І. Емоційна саморегуляція як засіб подолання фрустрації у студентів. Івано-Франківськ: Прикарпатський національний університет, 2020. 128 с.
40. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman, 1997. 604 p.
41. Beck A. T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: Penguin, 1979. 356 p.
42. Buber M. Healing through meeting. Pointing the way. New York: Schocken Books, 1957. 197 p.
43. Ekman P. Emotion in the Human Face. New York: Cambridge University Press, 1982. 192 p. 55.

44. Hendlin S. J. Gestalt therapy: aspects of evolving theory and practice. *The humanistic psychologist*. 1987. № 3. – P. 184 – 196.
45. Masquelier G., Écueils-Les risques de dérapage liés à la posture ou à la théorie gestaltiste. *Revue Gestalt*, n. 15, décembre 1998. – P. 10-29.
46. Perls F. *Rêves et existence en Gestalt-thérapie*. Paris: Épi, 1972. 246 p.
47. Sommer, U., Tonnesvang, J. Gestalt therapy and cognitive therapy – contrasts or complementaries. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*. 2010. № 4. – P. 586–602.
48. Dweck C. S. *Mindset: The New Psychology of Success*. New York: Random House, 2006. 288 p.
49. Deci E. L., Ryan R. M. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New York: Springer, 1985. 371 p.
50. Cassady J. C., Johnson R. E. Cognitive test anxiety and academic performance. *Contemporary Educational Psychology*. 2002. Vol. 27(2). P. 270–295.
51. Goleman D. *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books, 1995. 352 p.
52. Fromm E. *The Fear of Freedom*. London: Routledge, 2001. 255 p.
53. Corey, G. (2016). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. (10th ed.). Cengage Learning.
54. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984. 456 p.
55. Pekrun R., Goetz T., Titz W., Perry R. P. Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement. *Educational Psychologist*. 2002. Vol. 37(2). P. 91–105.
56. May R. *The Meaning of Anxiety*. New York: Norton & Company, 1977. 345 p.
57. Zeidner M. *Test Anxiety in Educational Contexts: Theoretical Perspectives and Empirical Findings*. New York: Springer, 2020. 312 p.

58. Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Citadel Press, 1994. 442 p.
59. Wagner–Moore L. Gestalt therapy: past, present, theory and research. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. 2004. № 2. – P. 180 – 189.
60. Yontef G. Awareness, dialogue and process: essays on gestalt therapy. The Gestalt Journal Press. New York. 1993. – P. 128–131.
61. Yontef, G., Jacobs, L. Gestalt Therapy. R. J. Corsini & D. Wedding. Current Psychotherapies. 2013. – P. 328–367.
62. Zinker J. La Gestaltthérapie, un processus créatif. Paris: InterÉditions, 2006. 371 p



ДОДАТКИ

Додаток А

Узагальнені таблиці описової статистики (N=20, КЗ «Гармонія»)

Таблиця Г.1. Описова статистика за методиками (M, SD)

Показник	Методика	M (Середнє)	SD відхилення)	(Ст. Рівень
Реактивна тривожність (РТ)	Спілбергер-Ханін	53,0	2,4	Високий
Особистісна тривожність (ОТ)	Спілбергер-Ханін	51,0	1,9	Високий
Осмисленість життя (ОЖ)	СЖО (заг. бал)	92,5	8,5	Низький
Цілі в житті	СЖО (субшкала)	28,1	4,1	Низький
Процес життя	СЖО (субшкала)	27,5	3,8	Низький
Результативність життя	СЖО (субшкала)	29,0	4,5	Низький
Самоприйняття	Столін (Т-бал)	40,8	1.	Низький
Аутосимпатія	Столін (Т-бал)	42.1	2.0	Низький

Додаток Б

Кореляційна матриця (Коефіцієнт Пірсона, r) (N=20) (жирним виділено значущі зв'язки, $p < 0.05$)

Шкали	1.	2.	3.	ОЖ 4.	Процес 5.
	РТ	ОТ	(Заг. бал)	життя	Самоприйняття
1. Реактивна тривожність (РТ)	1,00				
2. Особистісна тривожність (ОТ)	0,55	1,00			
3. ОЖ (Заг. бал)	-0,68	-0,51	1,00		
4. Процес життя (СЖО)	0,72	-0,49	0,89	1,00	
5. Самоприйняття (Столін)	0,58	-0,45	0,61	0,55	1,00

Додаток В

**Розширений якісний аналіз відповідей на методику "Незакінчені речення"
(N=20, КЗ "Гармонія")**

Початок речення	Приклади відповідей (згруповані за темами)	Аналіз динаміки (Гештальт-концепції)
Я відчуваю, що моє тіло...	"...мене зрадило", "...це мій ворог", "...біль.", "...щось окреме від мене.", "...чуже", "...потворне" (n=12)	<i>Дисоціація.</i> Тіло сприймається як об'єкт, ворог. Поручено контакт з тілесністю.
Моя найбільша помилка...	"...те, що сталося", "...що я був необачний", "...все моє життя.", "...що я довіряв людям." (n=15)	<i>Фіксація на минулому.</i> "Незавершений гештальт" травми. Зміщення локусу контролю назовні.
Я шкодую...	"...про минуле", "...що не можу повернути час", "...про все.", "...що народився.", "...про той день" (n=18)	<i>Ретрофлексія.</i> Аутоагресія. Енергія, замість того щоб іти на адаптацію, йде на самозвинувачення.
Моє майбутнє...	"...туманне", "...мене лякає", "...залежить від лікарів.", "...його немає.", "...порожнеча" (n=17)	<i>Порушення циклу контакту.</i> Блокування на фазі "проектування". Екзистенційна фрустрація.
Коли я злюся...	"...я мовчу", "...я плачу (замість злості)", "...я зриваюся на рідних", "...мені стає страшно від своєї злості." (n=14)	<i>Ретрофлексія/Проекція.</i> Гнів (здорова енергія для змін) пригнічується або виражається деструктивно.

Я хотів би, щоб моя сім'я... "...дала мені спокій", "...не жаліла мене", "...зникла.", "...розуміла, як мені погано" (n=11)

Злиття/Ізоляція. Труднощі у встановленні здорових меж та прямому вираженні потреб.



**Програма психологічної реабілітації
«Відновлення цілісності та ресурсу через гештальт-підхід»**

День 1. «Тут і зараз: хто я сьогодні»

Вправа 1 «Сканування тіла і дихання»

Мета – налаштування на теперішній момент, заземлення, усвідомлення тілесних відчуттів

Час – 10–15 хв

Матеріали – комфортний простір, подушка або килим

Інструкція – запропонувати клієнту зручно сісти або лягти, заплющити очі. Повільно вести увагу через тіло: стопи, гомілки, стегна, живіт, грудна клітка, руки, плечі, шия, голова. Звертати увагу на тепло, напругу, поколювання. Завершити 3 глибокими вдихами

Вправа 2 «Я сьогодні»

Мета – самоспостереження, актуалізація стану

Час – 15–20 хв

Матеріали – папір, ручка, кольорові олівці

Інструкція – учасник записує або малює свій поточний емоційний, фізичний, ментальний стан. Можна використовувати колір, символ, метафору. За бажанням – коротке обговорення

Вправа 3 «Мій день – мій простір»

Мета – візуалізація внутрішнього стану як простору

Час – 15–20 хв

Матеріали – аркуш, фломастери, олівці

Інструкція – намалювати внутрішній простір дня у вигляді карти, кімнати чи ландшафту з позначенням ключових «зон» – тривога, натхнення, спокій тощо.
Обговорення або рефлексивний опис

День 2 - «Я і моє тіло»

Вправа 1 «Тілесне заземлення»

Мета – усвідомлення напруги й зажимів у тілі

Час – 10–15 хв

Інструкція – послідовно переводити увагу на частини тіла від стоп до голови.
Спостерігати, де є напруга, як відчувається дихання

Вправа 2 «Тіло говорить»

Мета – невербальне вираження емоцій через рух

Час – 15–20 хв

Матеріали – простір для руху, спокійна музика

Інструкція – рухатись відповідно до внутрішнього стану, дозволити тілу «говорити». Після – зупинка, спостереження за змінами

Вправа 3 «Тілесна карта емоцій»

Мета – ідентифікація емоційних проявів у тілі

Час – 15–20 хв

Матеріали – контур тіла на аркуші або власне зображення

Інструкція – позначити, де в тілі живуть конкретні емоції (гнів, страх, сум), обрати колір або форму. Обговорити внутрішні відкриття

День 3 — «Я і інші: мої межі»

Вправа 1 «Коло безпеки»

Мета – усвідомлення близькості та меж у взаєминах

Час – 15 хв

Матеріали – папір, ручка

Інструкція – в центрі аркуша написати «Я», навколо створити 3–4 кола. Заповнити іменами людей, явищ або ситуацій, що знаходяться в зоні близькості, умовного прийняття або небезпеки. Визначити, хто перетинає межі, хто підтримує

Вправа 2 «Скажи Ні»

Мета – розвиток навичок асертивної поведінки

Час – 20–25 хв

Інструкція – у парі або групі розіграти ситуацію, де потрібно відмовитися. Один учасник просить, інший відповідає впевнене «ні», не виправдовуючись. Потім змінюються ролями. Після вправи – обговорення почуттів

Вправа 3 «Щоденник меж»

Мета – рефлексія щодо повсякденного досвіду порушення меж

Час – 15–20 хв

Інструкція – записати 2–3 ситуації за останні дні, де особисті межі були порушені або навпаки – вдалося їх зберегти. Позначити, як це вплинуло на емоційний стан

День 4 — «Я відчуваю – отже, я є»

Вправа 1 «Малюнок емоції»

Мета – візуалізація й проживання емоцій

Час – 15–20 хв

Матеріали – аркуш, фарби, пастелі або фломастери

Інструкція – обрати одну емоцію, яка домінує зараз, і передати її кольором, формою, рухом лінії. Після – назвати малюнок, написати кілька слів про те, що це за емоція

Вправа 2 «Емоційна коробка»

Мета – створення символічного контейнера для складних емоцій

Час – 20 хв

Матеріали – коробка, аркуші паперу, ножиці, ручки

Інструкція – написати або зобразити емоції, які хочеться на час винести за межі контакту. Покласти їх у коробку. Це зменшує інтенсивність переживання, дає контроль над емоцією

Вправа 3 «Діалог з емоцією»

Мета – розвиток внутрішнього контакту з емоціями

Час – 15–20 хв

Інструкція – написати звернення до обраної емоції («Привіт, мій страх...»), висловити свої почуття до неї, а потім – написати відповідь від її імені. Завершити короткою рефлексією

День 5 — «Де я беру силу: мої ресурси»

Вправа 1 «Мій ресурсний момент»

Мета – актуалізація моменту сили й стабільності

Час – 15 хв

Інструкція – згадати ситуацію з минулого, де відчувалась опора, радість, прийняття. Детально описати образ, звуки, тілесні відчуття. Записати, що з цього досвіду можна використати зараз

Вправа 2 «Карта ресурсів»

Мета – візуальне представлення особистих джерел енергії

Час – 20 хв

Матеріали – аркуш А3, фломастери, наклейки

Інструкція – створити блоки: «Люди», «Місця», «Дії», «Внутрішні якості» і заповнити їх ресурсами. Обрати найсильніший ресурс і описати, як його активувати

Вправа 3 «Плейлист ресурсу»

Мета – створення «якорів» для повернення в стабільний стан

Час – 10–15 хв

Інструкція – скласти список пісень, образів, фраз, дій, які надихають. Записати в зошит або зберегти в нотатках. При потребі – використовувати як ритуал повернення до себе

Продовжую деталювати розписувати програму без крапок у чіткій структурі:

День 6 — «Що залишилось незакритим»

Вправа 1 «Що я не сказав(ла)»

Мета – усвідомлення невисловлених почуттів, завершення незакритих емоційних ситуацій

Час – 15–20 хв

Інструкція – написати послання людині або ситуації, з якою є внутрішнє незавершення. Писати все, що хочеться сказати без обмежень. Після – зробити паузу й перечитати, помітити реакції тіла та емоції

Вправа 2 «Порожній стілець»

Мета – гештальт-завершення контакту з важливою постаттю або частиною себе

Час – 20–30 хв

Інструкція – сісти перед порожнім стільцем і уявити там людину або ситуацію. Вголос сказати все, що стримувалося раніше. Потім помінятися місцями й відповісти від імені уявного співрозмовника. Завершити інтеграцією в себе нового досвіду

Вправа 3 «Щоденник незавершених справ»

Мета – ідентифікація внутрішніх боргів, що впливають на ресурс

Час – 15 хв

Інструкція – записати список емоційних або дієвих незавершених процесів. Навпроти кожного – позначити, що заважає завершенню, і який крок можливий у найближчий час

День 7 - «Я – автор свого життя»

Вправа 1 «Діалог із собою в дзеркалі»

Мета – зміцнення самоприйняття, розвиток відповідальності

Час – 15–20 хв

Матеріали – дзеркало

Інструкція – дивлячись у дзеркало, проговорити вголос ключові фрази: «Я відповідальний(а) за...», «Я обираю...», «Я приймаю себе з...». Записати основні формулювання для щоденного повторення

Вправа 2 «Коло впливу»

Мета – диференціація зони контролю від зони занепокоєння

Час – 20 хв

Матеріали – аркуш і ручка

Інструкція – намалювати три кола: внутрішнє – «я можу вплинути», середнє – «я частково впливаю», зовнішнє – «я не контролюю». Записати приклади ситуацій у кожному зоні. Зосередити увагу на першому колі

Вправа 3 «Контракт з собою»

Мета – формалізація нових рішень, відповідальностей і цінностей

Час – 20 хв

Інструкція – написати власний контракт: «Я зобов'язуюсь...», «Я дозволяю собі...», «Я відмовляюся від...». Підписати, зберегти як особистий символічний документ

День 8 — «Я цілісний»

Вправа 1 «Мозаїка 'Я'»

Мета – інтеграція різних частин особистості

Час – 20–25 хв

Матеріали – аркуш, кольорові матеріали, вирізки, клей

Інструкція – створити мозаїку або колаж із зображенням своїх ролей, частин, здібностей, внутрішніх станів. Об'єднати їх в єдину композицію. Назвати її

Вправа 2 «Розмова з частиною себе»

Мета – діалог між окремими внутрішніми субособистостями

Час – 25–30 хв

Інструкція – обрати частину себе (дитина, критик, захисник тощо), звернутися до неї письмово. Написати звернення і відповідь від імені цієї частини. Після – коротко описати, як змінилось ставлення до неї

Вправа 3 «Символ цілісності»

Мета – створення особистого символу гармонії та внутрішнього ядра

Час – 15–20 хв

Матеріали – будь-які творчі матеріали

Інструкція – створити предмет або малюнок, який буде символізувати особисту цілісність. Дати йому назву. Записати, що він означає, як його використовуватимеш у повсякденному житті

День 9 — «Бути собою щодня»

Вправа 1 «Тиша і присутність»

Мета – практика усвідомленості

Час – 10–15 хв

Інструкція – у тиші сидіти з увагою до дихання та тілесних відчуттів.

Спостерігати за думками, не втягуючись. Після – записати коротко відчуття від практики

Вправа 2 «Щоденник нового Я»

Мета – рефлексія особистих змін за час програми

Час – 15–20 хв

Інструкція – відповісти письмово на запитання: «Що я в собі помічаю нового?», «Які риси проявилися?», «Що залишилось стабільним?», «Як я себе зараз сприймаю?»

Вправа 3 «Лист до себе в майбутнє»

Мета – фіксація намірів і посилення внутрішньої підтримки

Час – 15–20 хв

Інструкція – написати лист собі через 3 місяці. Звернутись підтримуючим тоном: «Я сподіваюся, що ти пам'ятаєш...», «Я хочу, щоб ти не забув(ла)...». Запакувати або зберегти до зазначеної дати

День 10 — «Я рухаюсь далі»

Вправа 1 «Церемонія вдячності»

Мета – завершення процесу з позитивним емоційним підкріпленням

Час – 15–20 хв

Інструкція – написати слова вдячності собі, учасникам, процесу. В групі – провести усне коло вдячності. У індивідуальному форматі – створити запис вдячностей у щоденнику

Вправа 2 «Подарунок собі»

Мета – створення особистого символу ресурсу на майбутнє

Час – 15–20 хв

Матеріали – будь-які доступні творчі засоби

Інструкція – виготовити малюнок, талісман або предмет, який буде нагадувати про внутрішню силу, цілісність, ресурс. Дати йому назву. Зберігати у важливому місці

Вправа 3 «Фінальне коло / інтеграція»

Мета – усвідомлення змін і формулювання подальших кроків

Час – 20–30 хв

Інструкція – відповісти на запитання: «Що я беру з цього досвіду?», «Як я планую підтримувати себе далі?», «Який мій наступний внутрішній крок?». У групі – поділитися в колі, індивідуально – оформити висновки у щоденнику

