



НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
"ОСТРОЗЬКА АКАДЕМІЯ"

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА
РЕАБІЛІТАЦІЯ
З ВИКОРИСТАННЯМ
МЕТАКОГНІТИВНОГО
МОНІТОРИНГУ ОСОБИСТОСТІ:
МЕТОДИЧНІ ПОРАДИ**

За редакцією Ігоря Пасічника

Острог
Видавництво Національного університету
"Острозька академія"
2025

УДК 159.922.2

ББК 88.8-69

Б 20

*Рекомендовано до друку на засіданні навчально-методичної ради
Національного університету "Острозька академія"
(протокол № 2 від 20 листопада 2025 року)*

Над виданням працювали:

Балашов Е. М., д. психол. н., професор, ректор Національного університету "Острозька академія", **Матласевич О. В.**, д. психол. н., доцент, завідувач кафедри психології Національного університету "Острозька академія" (підрозділи: 1.2; 2.2.2, 2.2.3, 2.2.4; 2.3; 3.1, 3.2).

Балашов Е. М., д. психол. н., професор, ректор Національного університету "Острозька академія", **Каламаж Р. В.**, д. психол. н., професор, проректор з навчально-виховної роботи Національного університету "Острозька академія", (підрозділи: 1.1; 2.1; 2.2.1; 3.1.1).

Гандзілевська Г. Б., д. психол. н., професор кафедри психології Національного університету "Острозька академія"; **Ратінська О. М.**, аспірантка кафедри психології Національного університету "Острозька академія";

Кулеша Н. П., к. психол. н., доцент кафедри психології Національного університету "Острозька академія" (підрозділи: 1.1; 3.2).

Рецензент: д.психол.н., доц. **Августюк М. М.**

Б 20

Балашов Е. М., Матласевич О. В., Каламаж Р. В., Гандзілевська Г. Б., Кулеша Н. П., Ратінська О. М. Соціально-психологічна реабілітація з використанням метакогнітивного моніторингу особистості: методичні поради / за ред. І. Д. Пасічника. Острог, Вид-во Національного університету "Острозька академія", 2025. 208 с.

ISBN 978-617-8041-36-6

DOI 10.25264/978-617-8041-36-6

У методичних порадах викладені теоретичні аспекти та практичні рекомендації соціально-психологічної реабілітації з використанням метакогнітивного моніторингу особистості. Для фахівців допоміжних професій.

Виконано в межах науково-дослідного проекту фундаментального дослідження Міністерства науки і освіти України № 0123U101555 «Соціально-психологічна реабілітація ветеранів та осіб, постраждалих від військових дій, шляхом формування метакогнітивного моніторингу», що реалізують у Національному університеті «Острозька академія».

УДК 159.922.2

ББК 88.8-69

© Автори, 2025

© Видавництво Національного університету
"Острозька академія", 2025

ISBN 978-617-8041-36-6

DOI 10.25264/ 978-617-8041-36-6

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
-----------------	---

РОЗДІЛ 1

ОСНОВНІ НАУКОВІ ТА ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОНЯТТЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Соціально-психологічна реабілітація як складник системи реабілітації в Україні	7
1.2. Окремі проблеми соціально-психологічної реабілітації в Україні	18
1.2.1. Психологічна культура як умова якісної соціально-психологічної реабілітації	22
1.2.2. Соціально-психологічна реабілітація військових та ветеранів російсько-української війни: потреби, проблеми, упередження	31
1.2.3. Проблеми соціально-психологічної реабілітації дітей	41

РОЗДІЛ 2

МЕТАКОГНІТИВНІ ЗАСАДИ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1. Поняття про метакогнітивний моніторинг у контексті метапізнання	46
2.2. Сучасні методи здійснення соціально-психологічної реабілітації	58
2.2.1. Методи метакогнітивної терапії для психоемоційної підтримки та самопідтримки	58
2.2.2. Практики майндфулнес у відновленні психологічних ресурсів	75
2.2.3. Техніки самотурботи і самоспівчуття в роботі з емоційною та моральною втомою	79
2.2.4. Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) у роботі з почуттям провини та моральною травмою	87

2.2.5. Методи казкотерапії у формуванні адаптивних метакогнітивних стратегій	100
3.4. Метакогнітивні процеси в посттравматичному зростанні молоді	105

**РОЗДІЛ 3
ПРАКТИЧНІ МЕТОДИКИ
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТАКОГНІТИВНОГО МОНІТОРИНГУ**

3.1. Техніки для соціально-психологічної реабілітація військових та ветеранів	113
3.1.1 Соціально-психологічна реабілітація військових та ветеранів, які страждають на ПТСР	113
3.1.2. Техніки для соціально-психологічної реабілітації УБД з ампутаціями	122
3.1.3. Побудова антисуїцидального плану в роботі з військовими та ветеранами російсько-української війни	133
3.2. Робота з втратою під час соціально-психологічної реабілітації	137
3.3. Використання українських народних казок у формуванні метакогнітивних стратегій дітей в умовах соціально-психологічної реабілітації	147

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	169
---	------------

ДОДАТКИ	180
Додаток А	180
Додаток В	204

ПЕРЕДМОВА

На сучасному етапі війни в Україні одним із головних завдань є гнучке реагування на запити суспільства. Особливо актуальною є потреба у створенні практичного інструментарію для ефективних дій у нестандартних ситуаціях, надання допомоги в процесі соціально-психологічної реабілітації постраждалих, їхнього відновлення та адаптації до нових умов життя.

З кожним роком війни зростає потреба населення у психологічній підтримці, корекції негативних емоційних і поведінкових проявів, а також у комплексній соціально-психологічній реабілітації. Дедалі більше людей звертаються до психологів – це особи, які постраждали від бойових дій, втратили близьких, мають родичів, які перебували в полоні, або є внутрішньо переміщеними особами тощо.

У контексті глибоких соціальних трансформацій, спричинених війною, кризовими явищами та зростанням психоемоційного навантаження на населення України питання соціально-психологічної реабілітації набуває особливої актуальності. Потреба в ефективних методах підтримки психічного здоров'я, адаптації особистості після пережиття травматичних подій, формування резилієнсу зростає і вимагає переосмислення наукових і практичних засад соціально-психологічної допомоги.

Мета цього посібника – систематизувати сучасні наукові і практичні підходи, що слугують основою для розроблення методичного інструментарію соціально-психологічної реабілітації, зокрема через формування метакогнітивного моніторингу особистості.

У межах трьох розділів розглянуто теоретичні основи соціально-психологічної реабілітації, актуальні проблеми в українському контексті, а також практичні методики, спрямовані на підтримку різних категорій постраждалих – військово-службовців, ветеранів, дітей, осіб із ПТСР.

Особливу увагу приділено метакогнітивному моніторингу як інструменту саморефлексії, емоційної саморегуляції та посттравматичного зростання. Представлені методи, зокрема майндфулнес-практики, терапія прийняття та відповідальності (АСТ), техніки самоспівчуття, казкотерапія тощо, демонструють потенціал інтеграції метакогнітивного, когнітивно-поведінкового і гуманістичного підходів у процес соціально-психологічної реабілітації.

Методичні поради можуть бути корисними для психологів, медичних працівників, фахівців реабілітаційних центрів, військовослужбовців, військових психологів, волонтерів, соціальних працівників.

Посібник адресовано фахівцям у галузі психології, психотерапії, соціальної роботи, педагогіки, а також дослідникам, які вивчають механізми адаптації та відновлення психіки в умовах травматичного досвіду. Сподіваємося, що запропоновані матеріали сприятимуть розвитку професійної компетентності, формуванню нових стратегій допомоги та поглибленню наукового дискурсу щодо соціально-психологічної реабілітації в Україні.

РОЗДІЛ 1

ОСНОВНІ НАУКОВІ ТА ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОНЯТТЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1. Соціально-психологічна реабілітація як складник системи реабілітації в Україні

Термін «реабілітація» здавна використовують у юридичній практиці стосовно осіб, відновлених у правах. Він походить від латинського слова *reabilitacio* (відновлення). Незважаючи на широке застосування цього терміна в медичній науці і практиці, відносно сутності реабілітації, а також її цілей і задач до теперішнього часу немає єдиної точки зору. Існує велика кількість визначень цього поняття. Тлумачення терміна зазнавало певних трансформацій. В одних країнах під реабілітацією розуміють тільки відновлення здоров'я, в інших це поняття стосується і відновлення працездатності, в третіх – надання матеріальної допомоги потерпілим тощо.

За визначенням великої медичної енциклопедії, реабілітація – це комплекс медичних, педагогічних, професійних і юридичних заходів, спрямованих на відновлення (або компенсацію) порушених функцій організму і працездатності хворих та осіб з інвалідністю (Агаєв, 2016). Як видно з цього визначення, в поняття «реабілітація» входять: функційне відновлення або компенсація того, що не можна відновити; пристосування до повсякденного життя і залучення до трудового процесу хворого або особи з інвалідністю.

Науковці, вивчаючи реабілітацію, підкреслюють важливість відновлення фізичного, психологічного і соціального статусу людини. (Сабліна, 2023). Автори розглядають реабілітацію як складний процес, у який входять: лікування хворого – медична реабілітація; виведення його з психічної депресії – психологічна реабілітація; відновлення здатності хворого для посильної участі в трудовому процесі – професійна реабілітація. Поширеним є розуміння реабілітації як відновлення в правах, відновлення працездатності та працевлаштування. Це важливі аспекти реабілітації, але вони не визначають повністю її сутності й кінцевої мети. Адже можна надати хворому або особі з інвалідністю юридичні права, сприяти їх влаштуванню на роботу, допомогти упорядкувати побут і водночас не досягти кінцевої мети – відновлення особистого і соціального статусу, тобто відчутного, передусім для самого хворого, поліпшення якості життя. Є й інші трактування реабілітації. Дуже часто її розуміють як оптимізацію традиційного лікування або його продовження у формі долікування із застосуванням фізіотерапевтичних, бальнеологічних засобів, лікувальної фізкультури (що саме по собі дуже значуще). Реабілітація передусім є складним багатоступінчастим процесом, що має свої психофізіологічні й соціопсихологічні параметри.

Якщо звернутися до історичних подій, що стали передумовами появи реабілітаційної допомоги, то варто згадати перший державний досвід опіки над ветеранами – Дім інвалідів у Парижі, притулок для солдатів-ветеранів, який збудував Людовик XIV. Якщо охарактеризувати його сучасною мовою, то там проводили соціальну та духовну реабілітацію, трудову терапію (ветерани працювали у швацькій, гобеленовій майстернях, розмальовували гравюри тощо), була сформована чітка ієрархічна система взаємин (майже 4000 ветеранів об'єднувалися в роти під керівництвом офіцерів); ветерани підтримували один одного, а психологічну підтримку їм надавали командири й духовенство (Гавловський, 2019).

Наведемо деякі позиції вчених щодо сутності наукової дефініції терміна «реабілітація». Так, реабілітацію розглядають як комплексну, етапну, багаторівневу, динамічну систему взаємопов'язаних дій, які спрямовані на відновлення людини в правах, здоров'ї, статусі, дієздатності, що охоплює корекцію і профілактику відхилень (Kulesha, Hilman, 2024); як «комплекс заходів, що допомагають людям із фізичними вадами і хронічними захворюваннями адаптуватися до вимог навчання, професійного та суспільного життя» (Шевчук, Яворовенко, Беляєва, Шевчук, 2012); як сукупність різних впливів і заходів, спрямованих на максимально швидке і повноцінне відновлення після відхилень, що виникли з різних причин (ядром цього процесу є підтримка і розвиток у людини самоповаги і віри у свої сили, формування навичок самостійного вирішення життєвих проблем) (Сиропятов, Дзеружинська, Бодян, Марущенко, 2019; Титаренко, Дворник, Климчук, 2019; Kalamazh, Voloshyna-Narozhna, Tymoshchuk, Balashov, 2024); як перебудову системи відносин особистості; як «систему різних заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності, а також на раннє і ефективне повернення людини в суспільство, до суспільно корисної праці» (Сороківська, Котовська, Луциків, 2017, с. 29); як «комплексну, багаторівневу, етапну і динамічну систему взаємопов'язаних дій, спрямованих на відновлення людини в правах, статусі, здоров'ї, дієздатності як у власних очах, так і перед обличчям навколишніх із метою максимально повної реалізації її індивідуальних можливостей» (Основи реабілітаційної психології, 2018, с.39); як соціальну інтеграцію з метою «включеності» осіб з інвалідністю до соціальних структур, пов'язаних із різними сферами життєдіяльності людини – навчальної, професійної тощо (Шевчук, Яворовенко, Беляєва, Шевчук, 2012); як процес здійснення взаємопов'язаного комплексу медичних, професійних, трудових і соціальних заходів різними способами, засобами і методами, направленими на збереження

і відновлення здоров'я людини і середовища її життєзабезпечення за принципом мінімакса (Сабліна, 2023); як системний підхід до лікування хворого (Ворона, Кривошеєв, 2018); як «систему медичних, психологічних і професійних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, які призводять до втрати працездатності; ефективне і раннє повернення військовослужбовців до професійної діяльності» (Основи реабілітаційної психології, 2018, с. 104).

Суть реабілітації полягає в тому, щоб повернути людині віру в себе і свої сили, надати їй відчуття повноцінної особистості, яка повинна і може максимально реалізовувати свої фізичні і духовні потенції, свої прагнення, здатна знаходити нові джерела самовдосконалення та саморозвитку (О. Берецька). Метою реабілітації є «забезпечення людям можливості самореалізації, допомоги у виявленні, розкритті, розвитку здібностей, створення умов для вільного розширення і закріплення різноманітних соціальних контактів, при одночасній підтримці процесу збереження, розвитку, можливої корекції соціального, культурного, духовного, біологічного життя» (Основи реабілітаційної психології, 2018, с. 69).

Зазначимо, що «реабілітація» – поняття більш містке, ніж «лікування» у традиційному розумінні. На різних етапах воно включає елементи як профілактики, так і лікування з метою повернути не тільки здоров'я, а й життєві цінності індивіда, його становище в суспільстві максимально можливою мірою (Сороківська, Котовська, Луциків, 2017). Водночас це поняття розглядають як «третинну профілактику», при цьому під первинною профілактикою розуміють попередження захворювань, а під вторинною – лікування хвороби. Дослідники цілком доречно наголошують на комплексному аспекті реабілітації, підкреслюючи, що вона є системою наукової та практичної діяльності, спрямованої на «відновлення особистісного та соціального статусу суб'єкта шляхом комплексного впливу на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів» (Шевчук,

Яворовенко, Беляєва, Шевчук, 2012). Відповідно до Законів України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я” та “Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні”, а також Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю система реабілітаційної допомоги охоплює різні напрями, які спрямовані на відновлення здоров’я, функційних можливостей, соціальної активності та психологічного благополуччя особи. Основні видами реабілітації є:

психолого-педагогічна реабілітація – система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належної самооцінки особою своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки, здійснюючи системну навчально-виховну роботу;

професійна реабілітація – система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності через адаптацію, реадаптацію, навчання, перенавчання чи перекваліфікацію з можливим подальшим працевлаштуванням та потрібним соціальним супроводженням з урахуванням особистих схильностей та побажань особи;

трудова реабілітація – система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння трудовими навичками забезпечення трудової діяльності та адаптацію у виробничих умовах, зокрема через створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць;

фізкультурно-спортивна реабілітація – система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров’я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функційних можливостей її організму для покращення фізичного і психологічного стану;

соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі в житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності з використанням соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, задоволення потреби в забезпеченні допоміжними засобами реабілітації;

психологічна реабілітація – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості.

Психологічна реабілітація – діяльність, спрямована на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сфері із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формі психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги (Августюк, 2024).

Зарубіжні науковці розглядають психологічну реабілітацію як процес відновлення психічного здоров'я і функціонування людини, що відбувається після переживання травматичної події. На їхню думку, ефективною може бути реабілітація, яка включатиме підходи, що допомагатимуть змінювати мислення та поведінку людини щодо стресових факторів. Психологічна реабілітація – це багатогранний підхід, який поєднує психотерапію, соціальну адаптацію та підвищення стійкості до майбутніх викликів (Stiers, 2016; Sánchez, Rosenthal, Tansey, Frain, Bezyak, 2010). Автори вважають, що дуже важливою є адаптація до нових умов життя через психологічну підтримку, а не тільки відновлення фізичних функцій людини (Barahmand, 2009).

Непоодинокі дослідники пропонують підхід, що включає подолання стигми, покращення функціонування в суспільстві та відновлення соціальних зв'язків людини. Вони визначають психологічну реабілітацію як процес відновлення якості життя, використовуючи Міжнародну класифікацію

функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF) для оцінювання фізичних та психологічних аспектів реабілітації, акцентуючи увагу на особистісних та соціальних факторах, що впливають на одужання (Sánchez, Rosenthal, Tansey, Frain, Bezyak, 2010).

Психологічну реабілітацію як комплексний підхід, що має на меті відновлення особистісної функційності та покращення якості життя людей відповідно до їхніх потреб, визначають Г. Вайт, М. Суховерска та М.Кемпбел. У своїх роботах вони наголошують на важливості включення в процес таких компонентів, як: оцінку психологічного стану, індивідуальну терапію, групову підтримку та навчання навичок подолання стресу та управління емоціями (White, Suchowierska, Campbell, 2004). В. Стієрс акцентує увагу на роботі з емоційними, когнітивними та поведінковими аспектами в процесі реабілітації, що сприяє адаптації до нових життєвих умов (Stiers, 2016).

Отже, поняття реабілітації становить цілісний комплекс, систему медичних, психологічних, соціальних, педагогічних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я, психоемоційного стану і працездатності людини та її інтеграцію в суспільство. Цієї мети досягають виявленням резервних прихованих можливостей організму і стимуляцією фізичних, психологічних і професійних здібностей.

О. Хаустова говорить про три підходи до надання допомоги особам, які пережили психотравму і мають певні післястресові порушення: медичний, соціальний і психологічний. Медичний підхід пропонує кваліфіковану лікувальну допомогу, організацію спеціальних закладів для надання медичної допомоги (кабінетів, клінік, санаторіїв, реабілітаційних центрів тощо). Цей підхід розраховано на достатньо наочні медичні прояви і наслідки стресу; його реалізують у межах відповідних клінічних настанов. Соціальна підтримка націлена на допомогу людині «втриматися на плаву в житті», тобто мати якийсь прожитковий мінімум, насамперед житло й роботу. Психологічну підтримку надають із метою допомогти в опануванні досвіду переживання самої психотравми й труднощів

приспосовання до життя після неї, для відновлення внутрішньоособистісної та міжособистісної гармонії, реалізації своїх можливостей та особистісного розвитку. Ці три складники підтримки – медична, соціальна й психологічна – створюють «трикутник допомоги», або трійчасту унію, ефективність якої визначено усвідомленням себе як спільноти із гнучким (відповідно до актуальної проблеми) перерозподілом зусиль (Хаустова, 2016). Дослідниця окреслює також окремі напрями міждисциплінарної допомоги постраждалому населенню: соціально-педагогічний у співпраці з освітянами, соціальними працівниками, медиками й правоохоронцями; інформаційний напрям (інформування суспільства про діяльність «трикутника допомоги»; збір інформації щодо осіб, які перебувають у важких життєвих обставинах, та її систематизація; доведення до громадськості змісту проблем цього контингенту з метою утворення стійких соціальних зв'язків; сприяння адекватному висвітленню в засобах масової інформації теми людини у скрутній ситуації); правовий напрям як співпраця соціальної, судової та правоохоронної ланок допомоги (захист прав постраждалих осіб; надання інформації щодо прав і обов'язків; правове консультування); медико-соціальний напрям – медико-соціальне консультування; надання долікарняної медичної допомоги; сприяння проведенню диспансеризації; контроль за санітарно-профілактичною і психоосвітньою роботою та дотриманням норм соціальної та психогієни тощо. У психологічному напрямі відбувається співпраця з освітянами, соціальними працівниками та медиками через надання психологічного консультування; психологічної корекції та допомоги в соціальній адаптації; психологічної допомоги в гострих кризових ситуаціях і умовах посттравматичного стресу; навчання аутотренінгу і психологічної саморегуляції; психологічної діагностики (Хаустова, 2016).

На сьогодні пріоритетним напрямком в Україні є створення цілісної системи реабілітації, що включає медичну, фізичну, психологічну, соціальну та професійну. Ця система покликана

забезпечити військовослужбовцям та ветеранам повернення до військових лав або трудової діяльності в найкоротший термін. З кожним днем зростає кількість осіб, які потребують медико-психологічної реабілітації. Це є проблемою не лише сьогодні, а й найближчих десятиліть (Назаренко, Якимець, 2019). Дослідження підкреслюють, що реабілітаційні програми мають бути адаптовані до особливих викликів, з якими стикаються військовослужбовці та ветерани після повернення з місць бойових дій. Це обумовлює акцентування уваги на запитах ветеранів під час реабілітаційних тренінгів, врахування особливих потреб ветеранів під час працевлаштування, навчання ветеранів самопомоги, використання моделі життєздатності сім'ї тощо (Sánchez, Rosenthal, Tansey, Frain, Bezyak, 2010).

Медико-психологічна реабілітація в Збройних силах України спрямована на збереження здоров'я, зниження частоти і тяжкості наслідків бойових психічних травм, таких як посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та хронічні психопатологічні зміни. Основне завдання реабілітації – найшвидше усунення хворобливих симптомів і відновлення психофізіологічних функцій (Гавенко, Вітенко, Самардакова, 2002).

Українські вчені активно досліджують психологічну реабілітацію у контексті наслідків війни, травм і ПТСР. Інтеграція різних підходів до відновлення психічного здоров'я військовослужбовців може сприяти їхній успішній адаптації до соціального середовища та виконанню професійних обов'язків.

У такому контексті, психологічна реабілітація – це “різновид психологічної допомоги, яка націлена на відновлення втрачених або порушених психічних можливостей і здоров'я” (Основи реабілітаційної психології, 2018); «комплекс заходів, спрямованих на збереження, відновлення та корекцію психофізіологічних і психічних функцій, оптимального рівня боєздатності військовослужбовців, які постраждали внаслідок психотравмуючих чинників» (Борецька, 2018); “комплексний процес, який охоплює відновлення психічного здоров'я, соціальної

адаптації та розвитку стійкості до нових життєвих викликів (Ю. Бриндіков); комплекс заходів, спрямованих на відновлення не лише психічного балансу, але й комунікативних здібностей, самооцінки та механізмів адаптації (Гавенко, Вітенко, Самардакова, 2002); процес, що включає не лише відновлення психічного здоров'я осіб із серйозними захворюваннями або травмами, але і їхню соціальну інтеграцію (Susskind, Ruzek, Friedman, 2012); «комплексний цілеспрямований процес відновлення порушених чи втрачених унаслідок перебування в зоні бойових дій психологічних, соціально-комунікативних ресурсів організму за допомогою адекватних засобів і форм соціально-культурної діяльності, що мають пізнавальну, інформаційно-просвітницьку та культурно-рекреаційну спрямованість» (Ворона, Кривошеєв, 2018).

Психологічна реабілітація військовослужбовців повинна передбачати гармонійне поєднання медичної, соціальної та психологічної допомоги. Основними **завданнями** психологічної та соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців та ветеранів є: нормалізація психічного стану, відновлення психічних функцій, гармонізація образу «Я» ветерана та допомога у встановленні конструктивних відносин з іншими; відновлення самооцінки ветеранів, оскільки внаслідок бойового стресу у них часто спостерігається втрата цілісного самосприйняття, що ускладнює їхнє повернення до мирного життя (Сабліна, 2023); зменшення впливу хронічних психічних розладів, таких як ПТСР, особливо серед військовослужбовців, які мають супутні проблеми, наприклад, зловживання алкоголем (Болтоносів, 2018); сприяння трансформації особистості військовослужбовців, сприяння перепроєктуванню ними життя, встановлення нових цілей і орієнтирів, активізація здатності до життєтворення, що дозволяє не тільки подолати наслідки травматичних подій, а й досягти якісно нового рівня функціонування (Титаренко, 2019); відновлення позитивного ставлення до себе, минулого, сьогодення і майбутнього життя, допомога військовослужбовцям та членам їхніх родин

у відновленні зв'язків із природним, соціальним і культурним середовищем, допомога особі у формуванні нової системи значимих стосунків (Бриндіков, 2018); відновлення психічного балансу та формування здатності долати наслідки травматичних подій (Данілевська, 2018); подолання емоційних бар'єрів, розвиток стійкості та повернення до активної участі в соціальному житті (Назаренко, Якимець, Печиборщ, 2019); забезпечення умов для успішної адаптації та інтеграції військовослужбовців у мирне суспільство (Сиропятов, Дзеружинська, Бодян, Марущенко, 2019) тощо.

І. Назаренко зі співавторами звертають увагу на багатогранність психологічної реабілітації, яка повинна включати як психотерапевтичні, так і соціально-адаптаційні методи (Назаренко, Якимець, Печиборщ, 2019). Ю. Бриндіков пропонує багатокомпонентний підхід, що включає врахування індивідуальних запитів ветеранів, їхніх потреб у соціальному та професійному середовищі, а також акцентує увагу на залученні членів сім'ї до процесу реабілітації. Автор розробив програму психореабілітації, яка орієнтована на відновлення не лише психічних функцій, а й системи соціальних зв'язків (Бриндіков, 2018). О. Сиропятов у своїх працях робить акцент на потребі подолання стигми, пов'язаної з ПТСР та іншими психічними розладами, а також на відновленні соціальних зв'язків ветеранів. Їхня інтеграція в суспільство має базуватися на особистісному підході, який враховує як індивідуальні потреби ветеранів, так і суспільні виклики. Важливо також створювати умови для формування позитивного соціального середовища, що сприяє зниженню рівня ізоляції ветеранів (Психологічна реабілітація військових та їхніх близьких, 2023).

Н. Володарська звертає увагу на інтеграцію психотерапевтичних і соціальних підходів до реабілітації військовослужбовців. Авторка розглядає реабілітацію як процес, спрямований на відновлення якості життя через розвиток когнітивних і поведінкових навичок. Такий підхід базується на використанні міжнародних стандартів оцінки функційних

можливостей людини, зокрема через адаптацію Міжнародної класифікації функціонування (ICF), що дозволяє враховувати фізичні, психологічні та соціальні фактори (Володарська, 2016).

В. Гавенко підкреслює потребу забезпечення доступу до кваліфікованої допомоги, яка включає як медичні, так і соціальні компоненти (Гавенко, Вітенко, Самардакова, 2002). Ю. Бриндіков у своїх дослідженнях наголошує, що психологічна реабілітація має включати не лише відновлення психічного здоров'я, а й забезпечення соціальної інтеграції ветеранів. Учений вказує на потребу враховувати як медичні, так і психологічні аспекти допомоги, що дозволяє створити цілісний підхід до реабілітації військовослужбовців (Бриндіков, 2018).

Таким чином, сучасні підходи до психологічної реабілітації військовослужбовців вимагають інтеграції когнітивно-поведінкових методів, подолання соціальних стигм, а також використання міжнародних стандартів оцінки функційного стану особи. Основною метою є не тільки відновлення психічного здоров'я, але й адаптація до нових життєвих обставин.

1.2. Окремі проблеми соціально-психологічної реабілітації в Україні

Виклики сьогодення (серед яких найбільшим є війна), без сумніву, дестабілізують емоційний стан населення та навіть спричиняють психологічну травму. На фоні війн, як показує світова практика (Ізраїль, США, Хорватія), соціально-психологічна реабілітація набуває особливого значення. Досягнення медицини дають можливість врятувати багатьох людей із важкими пораненнями, але постає серйозна проблема повернення їх у суспільство. Сьогодні цей виклик постав і перед Україною. Багато людей потребують, а після Перемоги ще більше будуть потребувати психологічної підтримки та реабілітації, щоб відновитися після травматичних подій та знайти новий сенс у житті. До цього нас, українських психологів, готують фахівці інших країн із досвідом війни.

На початку 2023 року Олена Зеленська започаткувала Всеукраїнську програму ментального здоров'я, яка має зробити психологічну допомогу не менш доступною і повсюдною, ніж медичну. Вона зазначила: *“Ми маємо пояснити, чому варто звертатися до фахівців із психічного здоров'я, не боятися психологічної підтримки, не соромитися її, прокласти для них маршрути допомоги і навчити самопомоги”*. Фактично це свідчить про створення в Україні нової культури ставлення до ментального здоров'я, бо десятиліттями вважали, що проблем із ментальним здоров'ям не існує, якщо про них не говорити.

Представник ВООЗ в Україні Ярно Хабіхт зауважує: «За оцінками ВООЗ, до 10 мільйонів людей піддаються ризику того чи іншого психічного розладу, від тривоги та стресу до важчого стану». Останні включають посттравматичний стресовий розлад, викликаний тривожними подіями.

Інші прогнозовані дані щодо ментального здоров'я українців показують, що психологічної підтримки потребуватиме приблизно 15 млн. українців, з яких 3–4 млн. потрібно буде призначити медикаментозне лікування. Кожен п'ятий із тих, хто перебуває в зонах бойових дій, страждає на психічне захворювання.

Така статистика бентежить, але одночасно стимулює нас більш ретельно проаналізувати ці прогнози, до яких реальні практики ставляться досить обережно, а подекуди критично, оскільки є ризик стигматизувати наше населення.

Сьогодні професійні кола психологів пропонують чимало різних ресурсів: тренінги та навчання, які проводять українські та зарубіжні фахівці у сфері психологічної підтримки, першої психологічної допомоги тощо; також можна знайти інформацію про підтримку людей у стані стресу й у кризові періоди, методи роботи із травмою, організацію послуг із психосоціальної підтримки тощо. Нещодавно Міністерство освіти і науки спільно з Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) та порталом «Дія. Цифрова освіта» створили освітній серіал «Бути поруч» із основ психологічної підтримки для освітян та всіх, хто працює

з дітьми; створено курс у межах ініціативи першої леді України з розроблення Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки спільно з програмою за підтримки проєктів ПРООН в Україні «Права людини для України», мета якого допомогти подолати вигорання під час війни. Це дуже важливі кроки та провідні психологічні ресурси, які можуть допомогти звичайній людині подбати про своє психічне здоров'я та зрозуміти, в якому стані людина знаходиться.

Щодо програм реабілітації, які представлені в сучасній українській практиці, то, на жаль, вони поки психологічно і науково слабо обґрунтовані, синкретичні.

Як зазначено у ст. 2 Постанови КМУ № 1338 від 29.11.2022 року, «психологічна реабілітація – діяльність, спрямована на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сфері із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формі психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги».

У цьому підрозділі представимо деякі міркування щодо побудови моделі соціально-психологічної реабілітації ветеранів та членів їхніх родин в українських реаліях. Ці думки не будуть новими, однак, на наше переконання, дещо підсвітять проблеми, які психологи-практики відстежують, працюючи з людьми, особливо мешканцями малих міст та селищ. Відразу зазначимо, що в нашій консультативній і психотерапевтичній практиці за період повномасштабної війни не було жодного клієнта з села або селища. Чи свідчить це про те, що у мешканців сіл немає проблем із ментальним здоров'ям? Чи така статистика пов'язана з іншими причинами?

Аби зрозуміти основні труднощі та пов'язані з ними особливості соціально-психологічної реабілітації в Україні, коротко зупинимося на демографічній картині нашої країни.

Система розселення (поселенська мережа) в Україні складається із мережі «глобальних» міст, великих (понад 100 тисяч населення), середніх (50–100 тисяч) та малих міст

(до 50 тисяч), селищ та сіл. Традиційно основними місцями отримання медичних та інших соціальних послуг жителями сільських поселень були і лишаються великі та середні міста, оскільки тут сконцентровані основні елементи соціальної інфраструктури.

Малих міст із населенням до 50 тисяч осіб в Україні – 243 (сюди ж належать і міста районного значення (161 місто). Ще одна категорія міст – міста районного значення з населенням до 10 тисяч осіб. Це – або міста, або селища. До початку окупації в Україні налічувалось 585 районних центрів (*Державна служба статистики України*). Міста районного значення та селища міського типу найбільш інтегровані в сільську поселенську мережу і радше відповідають сільським поселенням, ніж міським, виходячи зі щільності населення. Отже, звідси можемо зробити висновки, що більша частина населення України – це мешканці середніх та малих міст, а також сіл та селищ.

Відтак, формально можливість пройти фахову соціально-психологічну реабілітацію в мешканців малих міст, сіл та селищ є, але на практиці реалізація цього процесу має певні особливості і обмеження:

- у малих населених пунктах часто не вистачає спеціалізованих осередків, кваліфікованих фахівців або достатнього фінансування;

- доступність послуг може бути обмежена логістикою (транспорт, час), особливо якщо такий осередок розташований в обласному чи районному центрі;

- інформація про конкретні центри чи програми у віддалених селах/селищах наразі недостатньо поширена – мешканцям потрібно звертатись у місцевий відділ соціального захисту чи до місцевої ради, щоб дізнатися про наявні послуги.

У результаті, повернувшись додому, людина часто залишається без подальшої соціально-психологічної підтримки, змушена взаємодіяти зі слабко поінформованою та емоційно виснаженою сім'єю, самостійно вирішуючи складні завдання соціальної інтеграції.

Процес реінтеграції мешканців малих міст, сіл та селищ є кількашаровим, що, безумовно, ускладнює успішне повернення до соціального та професійного життя.

Варто також додати, що малі міста і селища посідають важливе місце в історичному розвитку України, оскільки саме в них найбільшою мірою зберігалася національна культура та національна ідентичність.

Все це зумовлює потребу проведення ґрунтовних наукових досліджень у цьому напрямку, на які можна було би опиратися в побудові якісної соціально-психологічної реабілітації, зокрема її організації в малих містах, вдосконалення й увідповіднення з високими стандартами надання відповідної допомоги, з перевіреними методами і підходами, адаптованими до української культури.

1.2.1. Психологічна культура як умова якісної соціально-психологічної реабілітації

Як показують результати опитувань, психологічний стан українського населення характеризується відчуттям невпевненості у завтрашньому дні, переважанням негативного настрою, агресивністю, запальністю, загальним виснаженням, збільшуються проблеми зі здоров'ям (Всеукраїнське опитування Інституту соціології НАН України, жовтень 2023). Надзвичайні ситуації в нашій країні на фоні дифузної чи фрагментарної ідентичності у значної частини населення, низької культури саморегуляції – усе це висуває підвищені вимоги до резервних механізмів психіки, зрив яких спричиняє нервово-психічні розлади.

Не меншою проблемою є недостатньо розвинена психологічна культура і навички психогігієни, що має бути вирішено системними заходами психологічної просвіти нашого населення. Можна провести паралелі із формуванням навичок і культури гігієни, наприклад, порожнини рота. Люди ж не скаржаться на те, що в них немає часу чи немає сенсу в тому,

щоб чистити зуби. Це увійшло в їхню щоденну практику. Подібно до цього важливо розвивати і навички психогієни і щодня приділяти увагу технікам стабілізації свого психоемоційного стану.

Серед населення Америки кожен третій із десяти громадян у своєму житті звертався до психолога чи іншого фахівця сфери психічного здоров'я. Натомість більшість українців, згідно з нашими спостереженнями та дослідженнями колег із Українського католицького університету (М. Миколайчук), у вирішенні своїх психологічних проблем покладаються на власні сили, уникаючи звернень по спеціалізовану допомогу. Або ж звертаються до психолога, керуючись соціальними трендами, без усвідомлення реального запиту.

Психологи-практики зазначають, що за останні двадцять років зростає кількість осіб, які володіють базовими психологічними знаннями, активно підвищують власну емоційну та соціальну компетентність, читаючи фахову літературу, відвідуючи відповідні навчальні семінари та тренінги. Однак готовність звертатися до психолога чи психотерапевта залишається низькою через стигматизованість такої допомоги, численні психологічні бар'єри.

Досліджуючи перешкоди до отримання психологічної допомоги в Австралії серед дорослих, було виявлено такі:

- дороговартісність психологічної допомоги та відсутність знань щодо того, куди звернутись по допомогу (М. Дж. Сойєер);
- сумнів щодо конфіденційності в роботі психолога (М. Дональд);
- страх, тривога, недовіра, сором і побоювання втратити власну автономію (С. Дж. Уїлсон і Ф. П. Дін).

У дослідженні С. Дж. Уїлсона, Д. Ріквуд, Дж. Чароккі, Ф. П. Діна, виконаного у двох штатах Австралії із залученням 608 студентів, виявлено такі значущі бар'єри до отримання психологічної допомоги: *«я можу вирішити власні проблеми сам»*; *«я думаю, що люди самі повинні справлятися зі своїми проблемами»*; *«мені соромно розказувати про свої проблеми*

сторонній людині (консультанту)»; «навіть, якщо б я захотів, я не знайшов би часу на психологічні консультації»; «я побоююсь, що консультант може змусити мене робити те, чого я не хочу»; «я б не хотів, щоб мої родичі дізнались, що я шукаю психологічну допомогу»; «я не можу дозволити собі так дорого платити за психологічне консультування»; «нічого не зміниться, навіть коли я звернуся до психолога»; «якщо я піду до психолога, я можу довідатись, що зі мною щось не так, що я – божевільний»; «я побоююсь, що консультант порушить мою таємницю» (Wilson, Deane, Ciarrochi, Rickwood, 2002).

Отже, як бачимо, попри значну поширеність психологічної допомоги на Заході, існують численні стигми та бар'єри на шляху її отримання.

В емпіричних дослідженнях українських дослідників щодо готовності звертатися до психолога та стигматизованості пошуку такої допомоги серед населення м. Львова було з'ясовано, що:

1. Готовність звертатись до психолога домінує над неготовністю у випадку виникнення таких проблем: проблеми з самооцінкою, виникнення суїцидальних думок, депресивних станів. Опитані не звернулися б до психолога в разі виникнення психосоматичних проблем, труднощів у міжособистісному спілкуванні з родичами, труднощів з ефективним плануванням часу.

2. Найбільш значущими бар'єрами для отримання психологічної допомоги є дороговартісність психологічної допомоги (68%), брак інформації про фахових психологів та психологічні центри (56%), переконання, що власні проблеми не надто серйозні для втручання фахівця психічного здоров'я (50%), які можуть пройти без відповідного втручання (47 %) (Миколайчук, 2013).

Сьогодні рівень психологічної культури українського населення значно зріс, хоч і бажає кращого. Наразі можна зауважити збільшення інтересу людини до проблем свого психічного здоров'я. Люди цікавляться освоєнням різних технік

саморегуляції психічних станів та питаннями психології взагалі. Водночас є велика потреба у психоедукації щодо ознак, чинників загострення психологічних труднощів та наслідків ігнорування їх значущості, відтермінування належного фахового втручання. Також важливим є роз'яснення шляхів та методів різних форм психологічної допомоги та їх терапевтичної цінності.

Психологічна культура – це сукупність знань, умінь, навичок та цінностей, пов'язаних із розумінням та керуванням своїми емоціями, поведінкою та спілкуванням з іншими. Вона базується на психологічних засадах та теоріях, а також спрямована на сприяння особистісному розвитку та підвищенню якості міжособистісних стосунків.

Психологічну культуру можна розглядати як сукупність засобів, що дають людині змогу підтримувати оптимальний рівень свого психічного функціонування. Якщо людина навчиться усвідомлювати та регулювати свою поведінку, вона може навчитися гармонізувати своє життя.

Психологічна культура особистості є однією з важливих умов адаптації людини до мінливих умов сучасності та продуктивного саморозвитку; вона сприяє стійкому гармонійному функціонуванню особистості та росту зрілості особистості.

Питання розвитку психологічної культури належить до тих, що недостатньо розроблені в психології. Водночас вважаємо, що якісна соціально-психологічна реабілітація неможлива без розуміння важливості розвитку та інтеграції практичних аспектів психологічної культури в повсякденному житті.

Розвиток психологічної культури можна вважати одним із важливих засобів саморегуляції людини, цінним ресурсом протистояння негативним наслідкам інформаційного впливу та жорстокої війни проти нашої країни.

Ми згодні з науковцями, які так представляють генезис розвитку психологічної культури:

1) психологічна грамотність (наявність психологічних знань та навичок, що забезпечують ефективність самосприйняття та соціальну взаємодію);

2) розвиток рефлексії (як форми самопізнання і саморозуміння) передбачає усвідомлення особистістю потреби в психологічних засобах саморегуляції, зокрема через рефлексивні механізми (адекватна самооцінка; критичний аналіз власної поведінки) (Пророк, Кондратенко, 2014; Пухно, 2017 та ін.). Як зауважував італійський учений Р. Ассаджолі, не знаючи і не розуміючи себе, людина собою не керує;

3) психологічна компетентність; розвинута психологічна культура – це розвинені механізми саморегуляції, що забезпечують ефективну і толерантну соціальну взаємодію (Улунова, 2014). Психологічна компетентність сприяє тому, що людина починає по-іншому дивитися на себе, може керувати собою, стає більш гнучкою, починає краще сприймати та розуміти інших; у неї поглиблюється розуміння себе та свого оточення; людина починає змінювати основні якості своєї особистості у кращий бік.

Узагальнення різних сторін досліджуваного феномену дає підстави трактувати психологічну культуру / культуру психічного здоров'я як сукупність таких компонентів:

- усвідомлення потреби підтримувати та зміцнювати особистісні ресурси психіки;
- потреба отримувати потрібні знання щодо профілактики емоційних та особистісних розладів;
- планування своєї життєдіяльності відповідно до принципів збереження та збагачення ресурсів психіки, самореалізації та самовдосконалення;
- застосування потрібних знань та умінь щодо збереження власного психічного благополуччя та цілеспрямованого обмеження чинників ризику його порушення (М. Миколайчук).

Отже, сучасні умови великого потоку інформації та постійного ускладнення способу життя ставлять перед людиною складне і важливе завдання – освоювати культуру психічного здоров'я.

Культурні механізми, що сприяють підтримці психічного здоров'я, як зазначає О. Даниленко, можна поділити на три групи:

- ідеї та образи;
- ритуали та норми поведінки;
- прийоми саморегуляції психічних станів.

Усі вони можуть мати як *превентивний, так і санаційний характер.*

У контексті проблеми розвитку і формування психологічної культури в Україні доцільно представити багаторівневу структуру допомоги (піраміду), яку розробили співробітники Ірландського фонду хоспісів для допомоги тим, хто працює і підтримує людей у скорботі. Вона спрямована на оптимізацію дій тих, хто надає пряму підтримку в разі втрати (наприклад, інформаційні ресурси, групова або індивідуальна підтримка, консультації та допомога фахівців психологів), а також розроблена для того, щоб ідентифікувати та належним чином реагувати на дорослих, які пережили втрату. Ця піраміда дає можливість зрозуміти місце соціально-психологічної реабілітації в системі психологічних послуг.

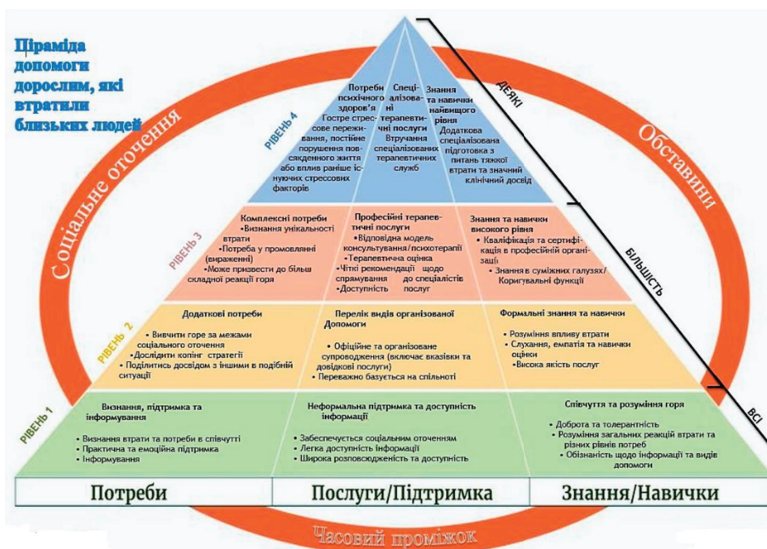


Рис. 1 Основи для відновлення особистості

З цієї піраміди бачимо, що психологічна допомога може бути здійснена на 4-х рівнях. Для більшості людей достатніми є перші два рівні – психоедукаційний та соціальний (створення відповідних спільнот, широкий спектр соціальних навичок). Перший рівень – психоедукаційний – потрібен для всіх (він лежить в основі надання допомоги іншим трьох рівнів). Професійні та спеціалізовані терапевтичні послуги потрібні лише окремим особам (3-й та 4-й рівні).

Нагадаємо визначення, загальноприйняті в міжнародних фахових спільнотах.

Реабілітація – відновлення сил, перенавчання певних навичок чи пошук нових способів роботи те, що робилося раніше, після серйозних травм, хвороб чи хірургічних втручань. Реабілітація фокусується переважно на фізичній терапії (сила, мобільність, фізична форма), ерготерапії (щоденна побутова активність), мовній терапії (читання, говоріння, розуміння, писання тощо) та лікуванні болю.

Водночас варто зауважити, що залежно від сфери, яка зазнала порушень, виникли нейрореабілітація, когнітивна реабілітація, психологічна реабілітація тощо.

Законом України “Про систему охорони психічного здоров’я в Україні” 2025 року визначено такі види допомоги у сфері психічного здоров’я:

- 1) психосоціальна допомога;
- 2) психологічна допомога;
- 3) психотерапія;
- 4) психологічна реабілітація;
- 5) психіатрична допомога.

У нормативному документі також чітко визначено конкретні завдання кожного з цих видів.

Відповідно до цього ЗУ, “**психосоціальна допомога** – це діяльність, спрямована на задоволення психологічних і соціальних потреб людей із метою покращення якості їхнього життя шляхом надання доступу до інформації про психічне здоров’я, розвитку навичок подолання стресу, психологічної

стійкості і психологічного відновлення, підтримки, орієнтованої на зменшення почуття соціальної ізоляції, розвитку здатності до самовизначення і самозарадності” (ст. 25).

Психосоціальна допомога включає види допомоги, під час яких використовують інформування, психологічну підтримку та/або консультування та інтервенції, спрямовані на поведінкову переорієнтацію. *Основними видами психосоціальної допомоги є психологічна просвіта та інформування (психоедукація), перша психологічна допомога, психологічні втручання низької інтенсивності, неформальні послуги у сфері психічного здоров'я.*

Психологічна просвіта та інформування (психоедукація) – це проведення інформаційно-просвітницької роботи з питань психічного здоров'я з метою профілактики та запобігання розвитку психічних розладів, інших проблем, що стосуються психічного здоров'я, формування загального уявлення про психічне здоров'я та навичок турботи про нього.

Психоедукація, оформлена в чіткі, цікаві та структуровані моделі, є універсальним і дієвим інструментом, який виконує багато функцій одночасно: сприяє здобуттю ясності щодо процесів, які відбуваються з людиною та її психікою, наслідком чого стає зниження рівня тривоги; підвищує рівень обізнаності клієнта, що посилює його почуття впевненості в собі; певною мірою може сприяти стабілізації психоемоційного стану, оскільки страх невизначеності та нерозуміння причини свого стану, його суті та перспектив майбутнього «лікується» підвищенням компетентності. Поінформованість заспокоює, адже нерозуміння та розгубленість змінюється розумінням і дає можливість планувати подальші дії та кроки, які слугуватимуть зціленню, адаптації, покращенню самопочуття та стабілізації психоемоційного стану (Борисова, 2023).

Психологічна реабілітація спрямована на сприяння відновленню, покращення функціонування особи та якості її життя, поєднуючи психологічну і психотерапевтичну

допомогу, діяльність із розвитку соціальних навичок та соціальної підтримки, залучення ресурсів громади.

Інший часто вживаний термін “реабілітаційна психологія” використовують для позначення цілої предметної галузі, яка сконцентрована на сприянні людині, яка має пошкодження чи хворобу (травматичного, хронічного чи вродженого характеру), та її родині в досягненні оптимального фізичного, психологічного та міжособистісного функціонування. Відтак, реабілітаційна психологія є складником комплексного процесу реабілітації.

Отже, підвищення психологічної культури є потрібною умовою для соціально-психологічної реабілітації українського населення. Вона надає людям знання та вміння, потрібні для ефективного управління своїми емоціями, взаємодії з іншими та розвитку особистості. Розуміння власних потреб, цінностей та цілей, а також здатність до співчуття та емпатії допомагають людям стати більш врівноваженими та адаптивними до нових життєвих умов.

Тому психоедукація, промоція має бути інтегрована в щоденну працю центрів соціально-психологічної реабілітації.

Завдання психоедукації: надавати наукові знання, долати міфи, протидіяти стигмам та упередженням, змінювати ставлення до осіб із проблемами психічного здоров'я та їхніх рідних, ширити та утверджувати відповідні цінності.

Цьому можуть сприяти створення психологічних лекторіїв для різних груп населення, підготовка потрібних інформаційних матеріалів, популяризація літератури, бесіди на психологічні теми (наприклад, спеціальні дні/тижні/місяці, присвячені просвітництву певних проблем), сила історій тощо.

Розвиток психологічної культури в Україні вимагає комплексного підходу та спільних зусиль громадських організацій, освітніх установ, медичних закладів та самої громади. Неможливо досягти успіху без співпраці та партнерства. Спільні зусилля науково-дослідницьких установ, професійних психологічних організацій, недержавних організацій та

громадськості мають бути спрямовані на підвищення рівня психологічної культури та реабілітації українського населення. Тому не менш важливим завданням є налагодження співпраці центрів соціально-психологічної реабілітації з освітніми інституціями, центрами соціального супроводу, правозахисними установами з метою всеохопної опіки клієнтів чи сприяння формуванню в них відповідної компетентності щодо запобігання та подолання проблем психічного здоров'я. Освіта в галузі психології та емоційного інтелекту повинна стати обов'язковим складником шкільної програми.

1.2.2. Соціально-психологічна реабілітація військових та ветеранів російсько-української війни: потреби, проблеми, упередження

Війна між росією та Україною триває вже 11 років, з яких три – у форматі масштабних бойових дій. Застосування всіх видів вогневої зброї, дронів, ракет, авіабомб призводить не лише до катастрофічних руйнувань довкілля, а й до тяжких фізичних та психологічних травм. Перебування військових у зоні бойових дій, у стані бойового стресу, виснаження та постійних втрат давно вийшло за межі фізичних можливостей.

Відтак, потреба створення нових підходів, концепцій, алгоритмів та протоколів психологічного відновлення українських Захисників і Захисниць є викликом як для теоретичної науки, так і для практичної психології. Досвід інших країн, яким вони діляться з українськими колегами, важливий, але він не враховує тих безпрецедентних умов, у яких перебувають наші військові.

Українська психологиня О. Борисова виділила та узагальнила **особливості українського досвіду ведення бойових дій наших захисників** (Борисова, 2024):

- бойові дії відбуваються на рідній землі бійців;
- війна триває увесь рік, за будь-яких погодних умов (як у літню спеку, так і в люті морози);

- немає чітких строків служби (демобілізація можлива лише через серйозні поранення);
- ротацій немає або вони вкрай рідкісні (на відміну від армій НАТО);
- численні черепно-мозкові травми, спричинені дією вибухової хвилі (контузії), які наявні в різноманітних кількостях (від 1-2 до 7-8, зі слів солдатів) в анамнезі 99% бійців таких підрозділів, як піхота, розвідка, десантно-штурмові, аеророзвідка, артилерія, танкісти; а також серед особового складу підрозділів, що забезпечують логістику (підвіз палива, озброєння тощо);
- ворог – колишній культурно та історично близький сусід;
- вплив масштабних інформаційно-психологічних операцій противника;
- активне використання дронів-камікадзе, що створює постійну загрозу життю;
- досвід зрад місцевого населення та бойові втрати через це;
- досвід масових ліквідацій ворога, що формує особливий тип травматизації (авторка позначає це поняттям «травма припинення життя» (Борисова, 2023);
- масові випадки катувань і каліцтв полонених із боку ворога;
- “травми несправедливості” – досвід бюрократичної, кадрової та побутової несправедливості як у війську (наприклад, таке явище, як виведення поза штат, яке існує в українській армії; неповажне ставлення командування; загублені рапорти про лікування; несвоєчасні виплати; проблеми з документами тощо), так і під час проходження лікування після поранення в закладах охорони здоров’я, під час проходження військово-лікувальної комісії, під час спілкування із цивільним населенням тощо;
- формальне існування, але практична недоступність соціально-побутових сервісів для ветеранів.

До цього варто додати ще той факт, що українські захисники не є професійними військовими – це “вчорашні” поети, художники, будівельники, програмісти, бухгалтери тощо, які не мали відповідної належної підготовки.

Усе це – специфіка українського досвіду, а точніше – його проблематика, яка визначає складність і глибину психологічних наслідків. Українські фахівці, що працюють із військовими, мають розуміти весь спектр цих особливостей, щоб оцінити індекс травмованості та рівень виснаження психофізичних ресурсів наших захисників.

Відтак, ключове завдання психолога – з урахуванням індивідуальних реакцій та життєвих обставин створити дієвий і комплексний план психореабілітації, який допоможе учаснику бойових дій / ветерану:

- відновитися та зцілити внутрішні рани;
- осмислити пережитий досвід;
- адаптуватися до нових умов життя;
- досягнути посттравматичного зростання та гідної якості життя.

Проблема збереження психологічного здоров'я військово-службовців була актуальною ще під час Першої світової війни. Саме тоді вперше заговорили про так званий “синдром війни”, психологічні наслідки пережитого бойового досвіду та “синдром того, хто вижив”. Відтоді розпочався активний пошук ефективних методів підтримки й реабілітації учасників бойових дій, спрямованих на відновлення їхнього повноцінного життя в мирному суспільстві.

Процес надання психологічної допомоги ветеранам/ветеранкам і особам, що мають статус, прирівняний до ветеранського, в Україні регламентований окремим нормативно-правовим актом – Постановою Кабінету Міністрів України № 1338 від 29 листопада 2022 р., у яку було внесено зміни в грудні 2023 р.

Показання для проведення психологічної реабілітації військовослужбовців також розглянуто в науковій літературі

(Гульбс, Кобець, 2021), де обґрунтовано, що методи психологічної реабілітації потрібно обирати з урахуванням особливостей функційного стану соматичної й психічної сфер ветеранів після бойової травми й терапії, яку призначив лікар.

Реабілітаційний процес загалом та психореабілітаційний процес зокрема мають стадії/етапи, які різні автори описують відповідно до власної методології. Так, Пітер А. Левін у своїй праці “Зцілення від травми” пропонує **8 ключових етапів** психологічної реабілітації, побудованих на тілесних практиках, які сприяють відновленню відчуття безпеки та внутрішньої цілісності (Левін, 2022):

1) **відновлення відчуття безпеки** – створення внутрішнього ресурсу через тілесні відчуття, вправи на дотик, постукування, усвідомлення власного простору;

2) **повернення контакту з тілом** – розвиток сенсорної усвідомленості: відчуття тепла, дотику, дихання;

3) **дослідження тілесних відчуттів** – поступове входження у контакт із реакціями тіла без надмірного занурення в біль;

4) **вивільнення заблокованої енергії** – дозволити організму завершити “незавершені дії” (тремтіння, рухи, які були заблоковані під час травми);

5) **завершення захисних реакцій** – відновлення природних інстинктивних дій (наприклад, руху втечі чи опору, які не відбулися під час травми);

6) **формування нових ресурсів** – відчуття внутрішньої сили, контрольованості, здатності справлятися;

7) **інтеграція досвіду** – усвідомлення, що травма – це лише частина досвіду, а не вся особистість;

8) **повернення до життя** – відновлення здатності жити повноцінно, будувати стосунки, планувати майбутнє.

Модель психологічної реабілітації *військовослужбовців* описана в дисертаційному дослідженні О. Блінова. У програму реабілітації автор пропонує включити такі етапи:

1) **підготовчий** – проходить, за можливості, до того, як людина потрапить у зону бойових дій; передбачає проходження тренінгів на підвищення стресостійкості та здобуття навичок подолання реакцій на стресові ситуації;

2) **стабілізаційний** – відбувається в гострий період та ґрунтується на стабілізації психічного стану з використанням психологічних технік і кризової інтервенції надалі; триває до 72 год.;

3) **діагностично-лікувальний** (тривалість – до 21 доби) – передбачає медичну реабілітацію, діагностику, психологічний супровід та підтримку;

4) **реабілітаційний** (тривалість – до 28 діб) – включає психологічний блок (психокорекція) і, за необхідності, продовження медичної реабілітації й індивідуального консультування, групову роботу, заходи з адаптації та ресоціалізації;

5) **підконтрольний** (тривалість етапу – від 3 місяців до 1 року) – віднесення до групи ризику та перебування під контролем фахівців за місцем проходження служби (Блінов, 2020).

Тривалість психологічної реабілітації ветеранів, які мають показання, має тривати не менше 14 діб.

Показаннями до психологічної реабілітації є поєднання таких негативних ознак у ветеранів:

1) перенесені безпосередньо в момент загрози короткочасні гострі реакції на ситуацію у формі загальмованості (“ступору”) або збудження (“паніка”) незалежно від наслідків виходу із вказаних станів;

2) тривалі стани емоційної напруги – тривоги, занепокоєння, повторні переживання подій і фіксація на них, зокрема відображених у сні, у розмовах із товаришами по службі чи родичами або виявлені під час медичного обстеження;

3) підвищення дратівливості, невмотивованої агресивності, конфліктності, помірна зміна особливостей характеру

та особистісних установок, що призводить до тимчасового порушення соціального та службової адаптації;

4) вегетативні прояви, що з'являються після незначної психоемоційної напруги у формі порушення серцевого ритму, коливань артеріального тиску, відчуття ознобу або жару, головні болі, відчуття нудоти, неприємних відчуттів у різних частинах тіла або в ділянці внутрішніх органів із відчуттям занепокоєння за власне здоров'я (іпохондрична фіксація) без об'єктивних даних про органічну патологію;

5) зниження маси тіла на 15% і більше від контрольних показників зважування;

6) функційні розлади шлунково-кишкового тракту, не пов'язані з режимом і якістю травлення, які зберігаються більше трьох діб, а також після виключення соматичної та інфекційної патології;

7) больові синдроми після перенесених раніше травм, поранень або захворювань, що викликають стійкі порушення функцій і без ознак розвитку органічних змін у місцях пошкоджень або органах;

8) стани після впливу несприятливих чинників зовнішнього середовища в період виконання службово-бойових завдань (теплові удари, переохолодження і озноблення, умови високого гір'я, тривале перебування у вимушеному положенні тощо).

Потрібно розуміти, що кожному Захиснику чи Захисниці для відновлення та зцілення ран, завданих війною, буде потрібно різна кількість часу, різні підходи, різні методологічні інтервенції. Адже обсяг травматичного матеріалу та його вплив на людську психіку буде відрізнятися залежно від того, скільки часу людина провела в зоні бойових дій, які саме бойові завдання та розпорядження виконувала, який її характер та світогляд, життєвий досвід тощо (Борисова, 2023).

Українські дослідники І. Крук та І. Григус зазначають, що завдання реабілітації, її засоби та методи мають змінюватися залежно від того, на якому етапі відбувається її проведення. Узагальнюючи основні підходи до психологічної реабілітації

військових, згадані автори визначають такі основні **завдання** психологічної допомоги учасникам бойових дій:

- нормалізація психологічного стану;
- відновлення психічних функцій, які постраждали внаслідок війни;
- примирення із власним «Я-образом», якщо йдеться про важку фізичну травму, наприклад, втрату кінцівки, зору;
- налагодження взаємозв'язку з оточенням;
- пошук нових цінностей та смислів у житті;
- самоідентифікація – пошук відповідей на запитання «Хто Я?»;
- формування внутрішнього світу з урахуванням отриманого досвіду на війні;
- супровід у посттравматичному зростанні (Крук, Григус, 2023).

Нам імпонує позиція Олесі Борисової, яка зазначає, що найбільш вдалою є модель, оформлена в сучасній нормативно-правовій базі, а саме – три рівні психологічної допомоги. Кризова допомога – тобто допомога на місці події або в перші години/дні після зіткнення із психотравматичною подією – є першою психологічною допомогою, але не є психореабілітацією. Про психореабілітацію можна вести мову тоді, коли людина не перебуває в колі стресових обставин, стосовно військовослужбовців – коли вони покидають зону бойових дій і потрапляють в середовище більшої безпеки. Для відновлення порушених психічних функцій потрібні спеціально створені умови та розроблений план лікування тіла та душі (Борисова, 2024).

Психореабілітація має свою структуру та складається з різноманітних блоків психопослуг, кожен із яких наповнено спеціальними техніками та методиками, які застосовують у формі інтервенцій низької та високої інтенсивності. Дослідниця метафорично представляє процес психореабілітації у вигляді потяга, кожен вагон якого становить структурну одиницю (блок заходів), яка водночас може бути представлена

комплексом тестів/інструментів/методик/технік, об'єднаних
обраною ціллю (Рис. 2).



Рис. 2. “Потяг психореабілітації” (за О. Борисовою).

Так, блок «психодіагностика» передбачає проведення діагностувальних досліджень із застосуванням формалізованих і малоформалізованих методик, опитувальників, тестів, проєктивних технік, психофізіологічних методик, включати в себе патопсихологічну діагностику, нейродіагностику тощо. У межах психоедукації має відбутись психологічне інформування (бажано із застосуванням спеціально розроблених інформаційних моделей) за темами, актуальними для отримувачів послуг – учасників і учасниць бойових дій (наприклад, такими темами можуть бути питання стресу (еустресу, дистресу, бойового стресу), адаптаційних можливостей людського організму та його відновлювального потенціалу самоцілення, емоційної грамотності тощо); навчання навичок розпізнавати свої емоції й тілесні реакції, стрес-менеджменту, технік самопомоги та саморегуляції психоемоційного стану. О. Борисова у своїй статті пропонує низку психоедукаційних моделей у роботі з учасниками бойових дій у межах психореабілітаційного процесу, сформованих на основі досвіду надання психологічних послуг ветеранам (Борисова, 2023). Блок “ресурсування” наповнюється різноманітними техніками, які дозволяють людині усвідомити наявність своїх ресурсів, посилити зв'язок із ними. Тут можна використовувати когнітивні інструменти (складання таблиць, схем, переліків, їх аналіз і синтез), метафоричні й образні (“місце, де мені добре” або “безпечне місце”), з використанням метафорично-асоціативних карт,

арттерапії, контакт із тваринами, соматичні вправи та техніки тощо.

Кількість “вагончиків” у наведеній схемі не є остаточною, під час складання індивідуального плану психореабілітації вона може змінюватись. Наприклад, може бути доданий блок “робота з почуттям провини”, “робота із втратою” тощо.

Якщо доповнити цю метафоричну модель психореабілітації (пам'ятаючи, що потяг рухається в напрямку відновлення психічної, соціальної та духовної цілісності людини) нашими ідеями про здійснення соціально-психологічної реабілітації через метакогнітивний моніторинг, то функцію “рейок” або “енергетичного живлення” для цього потяга буде виконувати метакогнітивний моніторинг. Такий підхід може підсилити суб'єктну позицію учасника реабілітації, активізувати саморефлексію, відповідальність і внутрішню мотивацію до змін, роблячи процес відновлення більш цілісним і продуктивним. Без “рейок” потяг не має шляху. Без “струму, живлення” він не має сили рухатись. Так само й психореабілітація без метакогнітивного моніторингу втрачає саморегуляцію і гнучкість.

Метакогнітивний моніторинг – це усвідомлення людиною власних психічних процесів, здатність спостерігати, як вона думає, відчуває, діє та відновлюється.

У соціально-психологічній реабілітації це:

- спостереження за власними реакціями на інтервенції;
- оцінка ефективності власних способів подолання;
- розвиток саморегуляції, відповідальності за власне відновлення.

Рейки / живлення (метакогнітивний моніторинг) дають опору і енергію саморефлексії – усвідомлення, як саме особа проживає реабілітаційний процес, що їй вдається, які внутрішні ресурси вже активізовані.

Тобто якщо потяг – це послідовність зовнішніх втручань (психолог, група, вправи), то метакогнітивний моніторинг – це внутрішній контроль і саморозуміння пасажира (клієнта), який усвідомлює, що з ним відбувається.

Таблиця 1

**Як метакогнітивний моніторинг “підтримує / живить”
процес психореабілітації?**

Функція метакогнітивного моніторингу	Його роль у «русі потяга»	Результат для учасника реабілітації
Навігаційна (рейки)	Задає напрямок руху – допомагає не “з’їхати” у дезадаптивні патерни (уникнення, ізоляція, самозвинувачення).	Спрямованість на цілі реабілітації, підвищення усвідомленості.
Енергетична (живлення)	Дає внутрішню мотивацію і “пальне” для участі у процесі; людина бачить власний прогрес.	Відновлення внутрішньої активності, відповідальності.
Регуляційна	Дозволяє коригувати швидкість руху (інтенсивність інтервенцій) відповідно до стану людини.	Індивідуалізація, профілактика перевантаження.
Рефлексивна	Забезпечує усвідомлення особистих змін і внутрішнього зростання.	Підвищення само-ефективності, відчуття контролю над життям.

Так, у результаті розвитку навичок метакогнітивного моніторингу:

- зменшується роль пасивного “отримання допомоги” → людина стає *активним учасником* свого відновлення;
- активізується зворотній зв’язок між фахівцем і учасником – моніторинг допомагає коригувати план реабілітації в реальному часі;
- зменшується ризик регресу після завершення програми – розвинений метакогнітивний моніторинг стає внутрішнім інструментом самопідтримки.

1.2.3. Проблеми соціально-психологічної реабілітації дітей

Психореабілітація є мультидисциплінарним процесом, який спрямований на відновлення, підтримку та розвиток психологічного, емоційного та соціального функціонування людини, яке було послаблене або порушене внаслідок психологічних розладів, інвалідності, травматичних подій або хронічного стресу (Jankovsky, 2001). У плануванні психологічної реабілітації дітей важливо враховувати вік дитини, етап її психофізіологічного розвитку, характер пережитих травматичних подій, особливості взаємодії в батьківській родині, особливості психологічного комфорту в нових умовах життєдіяльності, а також пам'ятати, що діти значно вразливіші до психотравми, ніж дорослі (Гридковець, Запорожець, 2018, с. 97).

Сучасна російсько-українська війна, яка досі триває, диктує нові виклики, які потрібно врахувати у процесі реабілітації дітей. Адже для ефективності цього процесу потрібно мати чітке розуміння проблем, спричинених травматичною ситуацією (Кулакова, Кулаков, 2022). Так, спираючись на результати сучасних наукових досліджень, зокрема О. Гнатюк, Н. Пророк, О. Чекстере (Гнатюк, Пророк, Чекстере, 2023), організацій НІАС (міжнародної європейської гуманітарної організації) та ГО «Дівчата» (громадська організація з надання гуманітарної та психологічної допомоги дітям, підліткам та жінкам) 2023 року, О. Ратінська наголошує на таких стресогенних факторах сучасності, як невпевненість у завтрашньому дні та складність планування; занепокоєння про безпеку сім'ї та друзів; втрату зв'язку з родиною (включно з домашніми тваринами) й розлука з ними, та відповідно характеризує ключові проблеми дітей і підлітків й пояснює причини їх, що може сприяти кращому розумінню ситуації та плануванню психосоціальної реабілітації (Ратінська, 2024) (Таблиця 2).

Таблиця 2

Проблеми сучасних дітей та підлітків

Проблеми	Причини
Втрата друзів та брак спілкування	Зміна місця проживання, переїзд друзів, дистанційне навчання.
Складнощі у створенні нових дружніх стосунків	Діти витрачають багато сил на підтримку старих зв'язків, ізоляція, а в ситуації виїзду за кордон – мовний бар'єр.
Втрата комунікативних навичок у цілому	Недостатня соціалізація, брак спілкування, тривала ізоляція.
Втрата довіри до світу та дорослих	Небезпека для членів сім'ї, економічна нестабільність батьків, розрив сімейних ролей, нестабільний емоційний стан батьків.
Асоціальні цінності та поведінкові порушення	Відсутність відчуття справедливості, дружби та співпраці.
Уникнення реальності	Вільний час діти проводять в інтернет-мережі або в іграх, що формує залежність від гаджетів.
Труднощі з адаптацією до нових освітніх умов	Нові формати навчання, перервані уроки через сирену, це формує напруження, тривогу, злість
Нестабільна поведінка	Тривога формує сильне напруження в тілі, яке в дітей реалізується через рухливість; перешкоди в розвитку навичок самоконтролю.
Низька інтеграція в суспільство	Ізоляція та замкненість усередині сімейної системи заважає інтеграції в нове суспільство за умов переїзду.
Переживання через чужі травми; зниження емпатії "втома від співчуття" (Кісарчук та ін., 2020)	Вплив новин, розповідей про війну, виснаження через постійний стрес.
Розлади сну, харчування, психосоматичні симптоми	Тривога, напруга, емоційне виснаження; травматичний досвід, відсутність методів підтримки та самопідтримки.
Невпевненість у майбутньому	Нестабільність умов життя, труднощі з плануванням, зміна в умовах вступу у ВНЗ України та за кордоном.

У зв'язку з цим у соціально-психологічній реабілітації дітей важливо допомогти сім'ям навчитися підтримувати себе та практикувати самодопомогу (Ратінська, 2024).

Психореабілітація є ключовою частиною комплексної допомоги особам із психологічними розладами або психо-соціальними труднощами. Вона спрямована не лише на полегшення симптомів, але й на підтримку здатності індивіда вести повноцінне та осмислене життя, так зменшуючи його залежність від інших і підвищуючи задоволеність життям (Jankovsky, 2001).

Озираючись на теоретичний аналіз проблеми, виокремимо **особливості та основні принципи** психореабілітації:

комплексність та інтеграція: психореабілітація інтегрує знання з психології, психіатрії, соціальної роботи, фізіотерапії, ерготерапії та інших дисциплін, враховуючи біопсихосоціальну модель здоров'я;

індивідуальний підхід: враховує унікальні потреби, здібності та цілі людини, наголошуючи на активній участі її в реабілітаційному процесі;

цілеспрямованість і системність: психореабілітація орієнтована на досягнення конкретних цілей, таких як поліпшення когнітивних функцій, емоційної стабільності, управління стресом або поліпшення соціальних відносин;

сприяння автономії: посилення здатності людини контролювати власне життя і справлятися з проблемами, пов'язаними з його станом;

довгострокова перспектива: цей процес може бути безперервним і довготривалим, оскільки психологічні розлади або наслідки травм потребують поступової адаптації та повторних втручань.

Процес психологічної реабілітації охоплює широкий спектр терапевтичних підходів, спрямованих на поліпшення якості життя людини, зміцнення її психологічної стійкості та максимізацію здатності самостійно брати участь у повсякденній діяльності та соціальному житті (Jankovsky, 2001). Напрямки

втручань у психореабілітації включають психотерапію, реабілітацію когнітивних функцій, соціальну реабілітацію, едукативні (освітні) заходи, а також техніки релаксації та управління стресом.

Психотерапія: використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), психодинамічних підходів, арт-терапії, музикотерапії та інших методів для опрацювання травми, сприяння емоційному вирівнюванню та покращення міжособистісних стосунків. Психотерапевтичний процес із дітьми та підлітками відрізняється від роботи з дорослими, адже діти, які пережили травматичні ситуації, важко йдуть на контакт. А тому для його втілення варто застосовувати ігрові методи та методи творчої самореалізації (Кулакова, Кулаков, 2022, с.6).

Реабілітація когнітивних функцій: тренування пам'яті, уваги та інших аспектів пізнання для відновлення або компенсації їх порушень.

Соціальна реабілітація: підтримка реінтеграції в суспільство, розвиток соціальних навичок і стосунків, а також допомога справлятися з вимогами повсякденного життя.

(Психо) едукативні заходи (психо) освіта: підвищення обізнаності індивіда та його родичів про свій (його) стан, розвиток навичок управління симптомами та планування життя в умовах обмежень.

Релаксація та управління стресом: такі техніки, як майндфулнес, прогресивна м'язова релаксація або дихальні вправи для зменшення психологічного напруження.

Щодо **психоконсультативної роботи**, то у взаємодії із дітьми та підлітками першопочатковим є повернення віри у власні сили та відновлення довіри до інших задля усвідомлення й прийняття власних проблем та проектування майбутнього. Досить важливими завданням у цьому процесі є формування кола значущих людей, вибір стратегій досягнення поставлених цілей, корекція деструктивних форм поведінки та емоційних станів; «пропрацювання» перешкод, що стоять на заваді (Кулакова, Кулаков, 2022, с.6).

Здатність контролювати та регулювати власні когнітивні та емоційні процеси створює адаптивну силу для процесу психологічної реабілітації як дорослих, так і дітей. Зазвичай, цей процес включає **такі етапи:**

Підготовчий етап: фокус на мотивації до самотрансформації через техніки активації рефлексії, ресурсів подолання перешкод, зараження позитивним досвідом тощо.

Основний (базисний) етап: фокус на «самовідновленні» через техніки оцінювання наявних можливостей та обмежень, вибору актуального вектору самозмін

Заключний (завершальний) етап: фокус на психоосвіті та профілактиці регресії через техніки позитивної переоцінки ситуації, перетворення руйнівної енергії стресу у відновлювальну» (Титаренко, 2019).

У роботі з дітьми з травматичним досвідом окрім методів індивідуальної та групової роботи, використовують сімейне консультування та сімейну психотерапію (Гридковець, Запорожець, 2018). Щодо ефективних методів психологічної допомоги дітям на всіх етапах психологічної реабілітації виокремлюємо казкотерапію. Багатофункціональність казки (діагностична, прогностична, розвивальна, терапевтична, реабілітаційна та ін. функції) дозволяє психологу використовувати її у різних видах своєї діяльності (корекційній, медитативній, розвивальній, терапевтичній та ін.) застосовуючи, як традиційні методи і прийоми роботи з казкою (наприклад, читання чи розповідь), так й нетрадиційні технології (наприклад, складання авторської казки) (Василевська, Дворніченко, 2020). А тому в наступних розділах розглянемо цей метод детальніше, зокрема його можливості у формуванні адаптивних метакогнітивних стратегій дітей під час психологічної реабілітації.

РОЗДІЛ 2

МЕТАКОГНІТИВНІ ЗАСАДИ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1. Поняття про метакогнітивний моніторинг у контексті метапізнання

Унаслідок повномасштабного вторгнення в Україні дедалі більша кількість осіб переживають наслідки стресу, відчувають тривогу і паніку, мають ризик розвитку різних розладів психіки та поведінки. Відтак, дедалі більша кількість людей потребуватимуть надання психологічної допомоги, яка полягає у “психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмисленні досвіду, розширенні самоусвідомлення та можливостей самореалізації, а також допомоги з метою розв’язання психологічних проблем, зумовлених складними життєвими обставинами, кризовим станом, надзвичайною ситуацією та/або катастрофою, воєнними діями”. Психологічна допомога може бути надана у вигляді психологічної діагностики, першої психологічної допомоги, психологічного консультування, психотерапії, групової роботи.

Результати теоретичного аналізу відповідної наукової психологічної літератури, який ми здійснили, проведені власні емпіричні дослідження дали змогу зробити висновок, що підвищенню ефективності надання психологічної допомоги, зокрема здійснення соціально-психологічної реабілітації осіб, які постраждали під час війни, може сприяти врахування особливостей метапізнання.

Терміни “метапізнання”, “метакогніція”, “метакогнітивний моніторинг” найчастіше застосовують у когнітивній психології та педагогічній психології. Однак їх також використовують і в контексті надання психологічної допомоги, зокрема, метакогнітивної терапії.

Проаналізуємо ключові поняття й концепції, які допоможуть зрозуміти внутрішню природу метакогнітивних аспектів психосоціального відновлення та реабілітації.

Проблематика метапізнання стала відомою ще в 1970-х роках завдяки роботі J. Flavell, який визначив чотири ключові компоненти метапізнання: метакогнітивні знання, метакогнітивний досвід, цілі та стратегії. Ці елементи взаємодіють, підтримуючи розвиток самосвідомості та контролю у навчанні, а досвід відіграє центральну роль. Пізніше L. Baker та A. Brown розширили цю концепцію, розмежувавши знання про пізнання та механізми саморегуляції, такі як планування, моніторинг та оцінювання (В. Волошина-Нарожна, 2025)

Метапізнання часто розглядають не лише як здатність усвідомлювати та контролювати власне мислення, а і як ключовий компонент, що інтегрується з мотиваційними, поведінковими та емоційними аспектами навчальної діяльності. Так, дослідження підкреслюють тісний зв'язок між метапізнанням та саморегульованим навчанням. Також дослідники акцентують увагу на ролі метакогнітивного моніторингу, планування, цілепокладання та самооцінювання як компонентів ефективної саморегуляції навчання (там само).

Розглянемо більш докладно метакогнітивні механізми, які мають важливе значення у психосоціальній реабілітації.

Метакогнітивне знання. Метакогнітивні знання містять знання суб'єкта про те, які фактори чи змінні впливають на хід і результат навчання. J. Flavell виокремив три основні категорії цих факторів: особистісні фактори, змінні завдання, змінні стратегії. Враховуючи також сучасні дослідження про взаємозв'язок метакогнітивного моніторингу та емоційного інтелекту (М. Августюк, І. Пасічник) розглянемо види

метакогнітивного знання в контексті психосоціальної реабілітації: 1) особистісні змінні, тобто метакогнітивні знання та відчуття, пов'язані з особливостями функціонування власних когнітивних та емоційних процесів (пам'яті, уваги, мислення, занепокоєння, реакцій на стрес тощо), напр., “Я не довіряю власній пам'яті”, “Я знаю, що мені важко зосередитися в шумному середовищі”, “Я знаю, що після гучних звуків у мене виникає тривога, і я стаю дратівливим”; 2) змінні завдання, що містять знання про завдання, вимоги та умови його розв'язання і допомагає оцінити, скільки часу і зусиль потрібно для виконання (напр., “Це завдання потребує більш детального аналізу, бо воно містить суперечливі дані”, “Це заняття буде важким для мене, бо ми будемо говорити про бойовий досвід, і це може викликати спогади”). Для військовослужбовців і ветеранів це може означати розуміння суті реабілітаційних завдань, наприклад, участь у груповій терапії, виконання вправ на емоційну саморегуляцію, робота з травматичними спогадами тощо; 3) змінні стратегії, що містять знання стратегій вирішення завдання, напр., “Якщо я перечитаю умови задачі декілька разів, мені буде легше спланувати дії для її розв'язання”, “Коли я відчуваю напругу, я використовую дихальні вправи, щоб заспокоїтись, і це допомагає мені не зриватися на навколишніх”. Для військовослужбовців і ветеранів це може означати знання про способи подолання емоційної напруги, тривоги, агресії; вміння застосовувати техніки емоційної саморегуляції, когнітивної реструктуризації, тілесної релаксації тощо.

Метакогнітивне знання дозволяє усвідомлювати власний стан, прогнозувати труднощі, обирати ефективні стратегії реагування, брати активну участь у процесі реабілітації. У контексті психосоціальної реабілітації ми розглядаємо метакогнітивне знання як важливий механізм для усвідомлення, регуляції, трансформації власних когнітивних і емоційних процесів, що сприяє адаптації та відновленню особистості після травматичних подій.

Видами метакогнітивних знань є *декларативне, процедурне та умовне*. Декларативне знання включає в себе те, що саме ми знаємо, процедурне знання – як ми щось робимо, умовне – чому та коли це відбувається.

Метакогнітивні переконання. Метакогнітивні переконання часто розглядають як чинники, що сприяють підвищенню тривожності та зниженню результативності навчальної діяльності. Водночас, як зазначає В. Волошина-Нарожна, існують підстави вважати, що метакогнітивні переконання мають важливе значення у процесах саморегуляції навчання, впливаючи на оцінювання ситуацій, вибір стратегій та управління навчальною діяльністю. Вони можуть формувати характер мислення, а відтак – підвищувати або ускладнювати ефективність саморегуляції. Наприклад, переконання щодо неконтрольованості навчального процесу або очікування невдачі здатні посилювати негативні емоційні реакції та гальмувати регулятивну активність. Натомість віра в ефективність навчальних стратегій може позитивно впливати на досягнення навчальних цілей (В. Волошина-Нарожна, 2025).

Водночас метакогнітивні переконання розглядають у контексті метакогнітивної терапії (А. Wells), про що детальніше опишемо в наступному підрозділі.

Численні праці з когнітивно-поведінкової терапії, реабілітаційної психології, метакогнітивної терапії підтверджують релевантність розгляду метакогнітивних переконань у процесі відновлення особистості після травматичних подій (Августюк М., Wells А.). Важливо, щоб учасники реабілітаційного процесу формували позитивні очікування щодо його результатів та цінували навіть незначні досягнення. Водночас відновлення може ускладнюватися впливом негативного досвіду або внутрішньої демотивації. Відтак, якщо не формувати переконання про залежність процесу змін від особистих зусиль, про емоційні труднощі як природну частину реабілітаційного процесу, можливо припустити, що в людини може сформуватися пасивне ставлення до реабілітації, а також

переконання про власну неспроможність ефективно застосувати стратегії саморегуляції.

Як правило, розрізняють **метакогнітивне знання** та **метакогнітивну регуляцію**. Метакогнітивне знання – це знання людини про власне пізнання, яке включає усвідомлені пізнавальні стратегії, їхні можливості, обмеження, уявлення про власні інтелектуальні можливості, про те, які задачі є більш чи менш складними для індивіда. При цьому під задачами ми можемо розуміти сенсорні, перцептивні, мнемічні, мисленнєві задачі. Метакогнітивна регуляція передбачає моніторинг і контроль над пізнавальними процесами в ході вирішення проблемних ситуацій (І. Д. Пасічник, Р. В. Каламаж, М. М. Августюк, 2014).

Метакогнітивний моніторинг. Традиційно метакогнітивний моніторинг досліджують у контексті саморегульованого навчання, що підвищує ефективність навчальної діяльності за рахунок розвитку навичок метакогнітивного моніторингу і контролю. Метакогнітивний моніторинг є здатністю оцінити поточний стан когнітивної активності. Він спрямований на відслідковування того, чи суб'єкт правильно вирішує поставлену проблему, а також на встановлення рівня розуміння опрацьованого навчального матеріалу (В. Волошина-Нарожна, 2025).

Іншим аспектом метакогнітивного моніторингу є **метакогнітивний досвід**. Це поняття докладно проаналізовано в публікації І. Пасічника, Р. Каламаж, М. Августюк (2014). Дж. Флейвелл визначає його як будь-який свідомий (когнітивний або афективний) досвід, що належить до інтелектуальних процесів. Метакогнітивний досвід може бути короткочасним або довготривалим, простим або складним за змістом, повністю або не зовсім свідомим, може виникати будь-коли перед, під час або після виконання того чи того завдання (наприклад, відчуття задоволення або, навпаки, невдачі). Те, що він належить саме до класу метакогнітивного досвіду, а не до якогось іншого досвіду, визначається його зв'язком із певними

когнітивними зусиллями. Наприклад, якщо у суб'єкта пізнання раптом виникає відчуття занепокоєння, що він чогось не зрозумів, але він має бажання і потребу зрозуміти, то таке відчуття прийнято зараховувати до метакогнітивного досвіду. Прикладами метакогнітивного досвіду є відчуття, судження (оцінки), а також знання про характерні риси завдання та включені процедури його виконання (А. Ефклідес). У літературі з проблем метапізнання використовують такі терміни, що позначають метакогнітивні відчуття як складника метакогнітивного досвіду: відчуття знання та незнання, відчуття «на кінчику язика», відчуття певності та непевності, відчуття впевненості, відчуття легкості вивчення, відчуття компетентності, відчуття знайомості, відчуття «дежавю», відчуття раціональності та нераціональності, відчуття правильності відповіді, відчуття труднощів тощо. Метакогнітивний досвід найчастіше з'являється в ситуаціях, що стимулюють мислення, і сприяє виникненню думок та емоцій щодо нашого власного мислення. Він може виникати будь-коли – під час або після докладання когнітивних зусиль, хоча найчастіше виникає, коли когнітивна ситуація знаходиться в межах між цілковитою новизною та знайомістю. Так, метакогнітивний досвід може бути будь-яким видом афективних або когнітивних свідомих досвідів, що впливають на когнітивну ситуацію або на її результат. Метакогнітивний досвід може мати великий вплив на когнітивні цілі або завдання, метакогнітивні знання та когнітивні дії або стратегії, оскільки: 1) він спрямований на встановлення нових цілей або ж на перегляд старих (досвіди плутанини чи помилок); 2) може щось додавати, видаляти або виправляти в межах метакогнітивних знань; 3) може активувати стратегії, що спрямовані на когнітивні цілі (наприклад, суб'єкт пізнання відчуває (метакогнітивний досвід), що ще не вивчив той чи той розділ тексту, тому перечитує його ще раз – когнітивною метою тут є прагнення покращити знання) або метакогнітивні цілі (наприклад, суб'єкт пізнання цікавиться (метакогнітивний досвід), чи розуміє розділ достатньо добре

для того, щоб скласти іспит, тому ставить собі запитання про рівень розуміння, а також про те, наскільки добре може відповісти на запитання щодо змісту (метакогнітивною ціллю тут є намагання оцінити власне знання) (І. Пасічника, Р. Каламаж, М. Августюк (2014).

У контексті психосоціальної реабілітації метакогнітивний досвід можна інтерпретувати як важливий інструмент само-рефлексії, саморегуляції та розвитку особистісної автономії, що важливо для відновлення психологічного благополуччя, соціального функціонування та життєвої активності.

Зокрема, метакогнітивний досвід у психосоціальній реабілітації це: 1) формування нових цілей або перегляд старих (наприклад, людина, яка пережила травму, може спонукати себе до переосмислення життєвих цілей, пріоритетів, планів (напр., «Я не можу повернутись на стару роботу, але можу навчитися новому»); 2) коригування метакогнітивних знань шляхом переосмислення уявлень про себе, свої можливості, ресурси, обмеження (напр., «Раніше я думав, що мені важко спілкуватися з незнайомими людьми, але після участі в груповій терапії бачу, що можу бути відкритим»); 3) активація стратегій саморегуляції. Метакогнітивний досвід допомагає людині усвідомити потребу в дії: «Я відчуваю, що не розумію, чому мені тривожно – треба поговорити з психологом».

На відміну від навчального контексту, де метакогнітивний моніторинг спрямований на перевірку розуміння матеріалу, у реабілітації, на нашу думку, він, насамперед, повинен фокусуватися на оцінці власного емоційного стану, відстеженні реакцій на відповідні завдання («Чи я справляюся з вправами, чи уникаю?»), усвідомленні прогресу («Чи я рухаюсь вперед, чи застряг у своїх проблемах?»). Відповідно, ми можемо рекомендувати застосовувати метакогнітивний моніторинг шляхом самоспостереження у процесі та після виконання відповідних завдань. Моніторинг розуміння завдання можливо здійснювати за допомогою таких запитань:

- Чи було мені зрозуміло, що саме потрібно зробити?

- Чи я правильно виконав(-ла) вправу?
2. Моніторинг емоційного стану
- Який емоційний стан я мав(-ла) до виконання вправи?
 - Що змінилося після виконання?
 - Чи помітив(-ла) я якісь тілесні або психологічні зміни?
3. Моніторинг ефективності стратегії
- Чи допомогла мені ця техніка впоратися з емоцією?
 - Що я зроблю інакше наступного разу?
 - Чи хочу я спробувати іншу стратегію?

М. Августюк зазначає, що “найімовірніше, метакогнітивний моніторинг може допомогти ветеранам та особам, які постраждали від військових операцій, контролювати свої когнітивні функції та оцінювати їх результати в процесі одужання. Правильно організований та високоточний метакогнітивний моніторинг може допомогти людям тренувати когнітивні функції отримання знань на метакогнітивному рівні про процес психосоціальної реабілітації та використовувати відповідні стратегії для вирішення проблем у процесі одужання” (М. Августюк).

Метакогнітивний контроль. Метакогнітивний контроль спрямований на регулювання певних аспектів навчальної діяльності, що знаходить своє вираження, наприклад, у доцільності використання нового підходу у вирішенні навчального завдання або в тому, чи варто витратити більше часу, намагаючись пригадати відповідь тощо. Один зі способів метакогнітивного контролю полягає в розподілі навчального часу (В. Волошина-Нарожна, 2025). На нашу думку, метакогнітивний контроль у психосоціальній реабілітації проявляється у здатності особи свідомо обирати або змінювати власні копінг-стратегії, оцінювати їхню ефективність, а також ухвалювати рішення щодо доцільності продовження певної реабілітаційної практики чи потреби її корекції. Один із проявів такого контролю – це розподіл часу як важливого особистого ресурсу.

Складниками метакогнітивного контролю є метакогнітивні вміння (або навички), котрі як вид процедурного знання належать до свідомих процесів контролю пізнання, а саме – до планування, моніторингу розвитку процесу, розподілу зусиль, використання стратегій та регуляції пізнання.

Виділяють чотири види метакогнітивних умінь (А. Браун): 1) передбачення рівня складності завдання; 2) планування (те, що потрібно зробити для виконання завдання); 3) моніторинг (те, що варто знати, щоб досягти об'єктивності); 4) оцінка.

А. Ефклідес до структури метакогнітивних умінь включає такі компоненти: 1) орієнтаційні стратегії, спрямовані на полегшення процесу розуміння завдань, щоб суб'єкт пізнання мав змогу ставити відповідні цілі (самоопитування за вимогами завдань, перегляд потрібного для опрацювання матеріалу, створення діаграм, таблиць, використання символів, виділення основних думок тощо); 2) стратегії планування (встановлення додаткових цілей та осмислення їхньої послідовності, орієнтація на процедури, часові відрізки та ін.); 3) стратегії регулювання процесів пізнання (початок і завершення когнітивних процесів, нарощення зусиль, керування часом); 4) стратегії перевірки (моніторингу) втілення на практиці запланованих дій, тобто стратегії, які людина використовує для моніторингу когнітивної діяльності відповідно до запланованого; 5) стратегії оцінювання результату виконання завдання (порівняння отриманого результату з попередньо встановленими критеріями (якісний рівень); стратегії оцінювання якості планування, регуляції та практичного застосування використаних стратегій); 6) стратегії повторення та саморегуляції (за І. Пасічником, Р. Каламаж, М. Августюк, 2014). У контексті психосоціальної реабілітації кожен компонент структури метакогнітивних умінь за А. Ефклідес може бути врахований для формування адаптивної поведінки та відновлення після травматичних подій. Зокрема, формування орієнтаційних стратегій у реабілітації допомагає людині усвідомити власний стан, потреби та завдання, які стоять

перед нею; стратегії планування сприяють формуванню реалістичних цілей (наприклад, повернення до соціального життя, працевлаштування) та визначенню шляхів їх досягнення на основі врахування власних ресурсів і обмежень; стратегії регулювання процесів пізнання дозволяють людині керувати розподілом власних зусиль, уникати перевантаження, контролювати емоційні реакції; стратегії моніторингу забезпечують постійне спостереження за прогресом, корекцію дій відповідно до змін у стані; стратегії оцінювання результатів допомагають людині усвідомити ефективність своїх дій, зміцнити мотивацію, скоригувати підходи; стратегії повторення та саморегуляції сприяють закріпленню позитивних змін, формуванню стійких навичок самодопомоги на основі регулярного повторення технік саморегуляції, формування звичок здорової поведінки, самостійного коригування планів.

Як зазначають І. Пасічник, Р. Каламаж і М. Августюк, метакогнітивну регуляцію реалізують індивіди з різними метакогнітивними здібностями та якостями, за допомогою різноманітних стратегій та рівнів психофізіологічних затрат. Так, високорефлексивні індивіди здійснюють метакогнітивний контроль за рахунок метакогнітивної обдарованості, а низькорефлексивні – за рахунок успішного свідомого навчання та використання навчених когнітивних стратегій та навичок (І. Пасічник, Р. Каламаж і М. Августюк, 2014).

Водночас взаємозв'язок між метакогнітивним моніторингом і метакогнітивним контролем є окремою дослідницькою проблемою, яку досить докладно розглянула у своїй публікації М. Августюк. Метакогнітивний моніторинг як суб'єктивне оцінювання власних пізнавальних процесів і знань неможливо розглядати окремо від метакогнітивного контролю, що стосується стратегій регуляції когнітивних операцій та ресурсів. Процеси метакогнітивного моніторингу є важливою умовою актуалізації метакогнітивного контролю. Зміни в моніторингу обумовлюють зміни в характері контролю суб'єкта за власною пізнавальною активністю. Коли моніторинг не є

точним, контроль базується на неоптимальній інформації, що ускладнює досягнення бажаних результатів під час виконання завдання. Метакогнітивний контроль розглядають як процес регулювання визначених аспектів будь-якої пізнавальної діяльності, спрямований на ухвалення рішень про використання нових підходів до вирішення складних проблем, якою є, наприклад, потрібна часова затратність під час опрацювання того чи того завдання. Складниками метакогнітивного контролю є метакогнітивні вміння (або навички): планування, моніторинг розвитку процесу, розподіл зусиль, використання стратегій та регулювання пізнання (М. Августюк, 2021).

Таблиця 3

Розмежування понять метакогнітивного моніторингу та метакогнітивного контролю (за М. Августюк, 2021)

Поняття	Тлумачення терміна	Процесуальні приклади застосування	Види
Метакогнітивний моніторинг	оцінювання поточного стану когнітивної діяльності	1) судження про те, чи відбувається наближення до правильного вирішення проблеми; 2) оцінювання того, наскільки вдалими є розуміння вивченого/прочитаного	метакогнітивні судження
Метакогнітивний контроль	регулювання визначених аспектів когнітивної діяльності	1) ухвалення рішень щодо потреби використання нового підходу до вирішення складного завдання; 2) ухвалення рішення щодо потреби збільшення часових затрат на пригадування відповіді на запитання	1) розподіл часу, витраченого на навчання; 2) вибір того, що вивчати; 3) вибір потрібних стратегій

Моніторинг на рівні особистої обізнаності забезпечує передумови для свідомого та навмисного регулювання пізнанням; свідомий або навмисний контроль передбачає використання когнітивних стратегій та метакогнітивних навичок.

На соціальному рівні моніторинг базується на відображенні та спостереженні за суб'єктивними переживаннями, думками або діями інших; інакше кажучи, це стратегія звернення по допомогу.

Як зазначає М. Августюк, “метакогнітивний моніторинг може сприяти особам, які постраждали внаслідок травматичних подій, контролювати власний когнітивний потенціал і оцінювати його в процесі відновлення” (М. Августюк, 2024), а також, що “правильно організований і точний метакогнітивний моніторинг має сприятливий вплив на тренування когнітивного потенціалу отримання знань на метакогнітивному рівні, допомагаючи таким чином у використанні відповідних стратегій для вирішення проблем, що лежать в основі” (там само).

У контексті психосоціальної реабілітації метакогнітивний моніторинг допомагає усвідомити власні неадаптивні думки, емоції, реакції, копінг-стратегії – це перший крок до відновлення внутрішньої стабільності. Контроль – це здатність змінити ці патерни, обрати іншу стратегію реагування, здійснити перерозподіл часу, обрати інше завдання тощо (наприклад, людина може навчитися розпізнавати, коли її охоплює тривога, і свідомо застосовувати релевантні саме для неї техніки заспокоєння).

Згідно з М. Августюк, під час врахування важливості метакогнітивних умов психосоціальної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок травматичних подій, варто взяти до уваги виокремлені постулати ефективності будь-якої діяльності, що направлена на вирішення тих чи тих завдань. До складу свідомого керування своїми пізнавальними процесами входять: 1) ідентифікація проблеми – умови формування знання про проблему та зовнішні стимули (експліцитні та імпліцитні вірування щодо своїх думок, що за змістом можуть бути як позитивними (пов'язані з перевагами стилів мислення), так і негативними (можуть бути неконтрольованими або небезпечними); 2) розуміння проблеми – здатність розуміти,

яким чином відбувається процес формування метакогнітивних суджень про природу проблеми, яку потрібно вирішити, що представлена оцінюванням власного психічного стану. Відповідно до цього, основними стратегіями метакогнітивного моніторингу є самоспостереження у процесі пошуку та ухвалення рішень, зокрема в ситуаціях морального вибору, направлених на ефективне вирішення тих чи тих проблем. Іншими словами, це відслідковування прогресу та дієвості застосованих стратегій; 3) причинно-наслідкова атрибуція – здатність усвідомлювати причини виникнення тієї чи тієї проблемної ситуації (чому така ситуація виникла), а також можливі наслідки (врахування мети та просторово-часових показників). Потрібними кроками є застосування метакогнітивних стратегій, які відображають емоційну та когнітивну саморегуляцію, ідентифікація можливих стратегій поведінки, що має на меті здійснити керування власними пізнавальними процесами, і, нарешті, сприяння саморегуляції та самокорекції. Основною функцією метакогнітивного контролю є здійснення ефективного керування у процесі вирішення тих чи тих проблем. Зазначені підходи беруть початок із моделі саморегуляції виконавчих функцій (з англ. – Self-Regulatory Executive Function Model, S-REF): 1) початковий (низький) рівень обробки автоматичної інформації, 2) рівень свідомої обробки інформації (когнітивний стиль) і 3) рівень контролю за метакогнітивними знаннями (мета-система) (М. Августюк, 2024), про що більш детально буде викладено в наступному підрозділі.

2.2. Сучасні методи здійснення соціально-психологічної реабілітації

2.2.1. Методи метакогнітивної терапії для психоемоційної підтримки та самопідтримки

Одним із вагомих механізмів розвитку психопатологій є порушення регуляції когнітивних процесів – сприймання, уваги,

обробки інформації. Метакогнітивна терапія (як доказова психотерапія) спрямована на зміну дисфункційних режимів обробки тієї чи тієї інформації, що лежать в основі таких розладів, як соціальна тривожність, генералізований тривожний розлад, ПТСР і депресія.

Метакогнітивна терапія (МКТ) (з англ. – *metacognitive therapy*, МСТ) спрямована на виявлення та модифікацію малоадаптивних метакогнітивних переконань, а також на зменшення використання неефективних способів реагування на тривожні думки, переживання, румінації (нав'язливе повторення тих самих думок, здебільшого негативних, які витісняють іншу психічну активність) тощо. Зміна способу реагування на думки, а не лише їхнього змісту, сприяє зниженню емоційного дистресу. На відміну від традиційної когнітивної терапії, МКТ фокусується на зміні способу мислення, що дозволяє ефективніше впливати на перебіг таких розладів, як тривожність, депресія чи ПТСР.

Відомо, що система метапізнання людини включає певні переконання про процеси мислення, концентрацію уваги, а також про самі думки. Це, наприклад, такі метакогніції, як “Тривога допомагає мені краще підготуватися до неприємних подій”, “Я можу захворіти, якщо буду хвилюватися”, “Ці спогляди зведуть мене з розуму” тощо. Згідно з метакогнітивною теорією, саме ці переконання визначають, як ми реагуємо на автоматичні думки та емоції, що виникають у різних життєвих ситуаціях. Вони впливають на вибір стратегій мислення, таких як румінація, тривожне прогнозування чи уникнення, що може підтримувати або посилювати психічні розлади.

У метакогнітивній терапії акцент роблять на тому, ЯК людина мислить, а не ЩО вона думає. Основну увагу приділяють процесу мислення – метакогнітивним стратегіям і переконанням, які визначають реакції на автоматичні думки та емоції. Завдання терапевта полягає у фокусуванні на механізмах, що лежать в основі розвитку та підтримки психологічних розладів, з метою їх модифікації.

Зазначимо, що у метакогнітивній терапії розглядають два різних стилі сприйняття думок та внутрішніх образів: *предметний* та *метакогнітивний*. У предметному стилі людина сприймає думки, внутрішні образи чи спогади як реальні факти, а не ментальні явища. В екстремальних випадках це може проявлятися у формі флешбеків, коли особа, що пережила травму, вважає себе в іншому місці чи ситуації, яка фактично не відбувається. Предметний стиль підсилює емоційне сприйняття думок та внутрішніх образів і може бути корисним у певних контекстах, коли потрібна швидка реакція, однак у випадку травми такі думки можуть стати джерелом страждання. Натомість у метакогнітивному стилі людина усвідомлює, що її думки – це просто думки, а не факти, що дозволяє дистанціюватися від негативного мислення і зменшити емоційне залучення. Цей стиль є ключовим у метакогнітивній терапії, бо дозволяє змінити ставлення до думок, а не зміст самих думок. Наприклад, думка «Я невдаха, я в будь-якому випадку провалю співбесіду» є прикладом автоматичної негативної думки, яка не відображає об'єктивну реальність і не визначає особистість, здібності чи потенціал людини. Метакогнітивний стиль дозволяє зменшити емоційну інтенсивність думок, спогадів, образів, і в багатьох випадках корисно свідомо перемикається з предметного на метакогнітивний режим. Для того щоб тренувати цю корисну навичку, доцільно виконувати вправи на *відсторонену усвідомленість* (англ. *detached mindfulness*). Важливо підкреслити, що остання не є способом уникнути небажаних думок, емоцій, образів, спогадів. Навпаки, відсторонена усвідомленість заснована на ідеї, що думки, образи та емоції – це нормальні ментальні явища, які є частиною життя людини, і боротьба з ними часто лише посилює страждання. Відсторонена усвідомленість змінює сприйняття – допомагає перейти від ототожнення з думками до спостереження за ними. Крім того, відсторонена усвідомленість перериває автоматичні процеси мислення і концентрації уваги, що посилюють неприємні емоції та сприяють їх закріпленню.

На відміну від автоматичних думок, які виникають спонтанно та не потребують значних когнітивних зусиль, процеси мислення характеризуються послідовністю ментальних актів («ланцюжками» думок), що зазвичай вимагають часу та свідомої уваги. Як автоматичні думки, так і мисленнєві процеси можуть виконувати адаптивну функцію або ж бути нефункційними. Зокрема, повторюване застосування таких способів (стратегій) мислення, як тривожне прогнозування чи румінація, у широкому спектрі ситуацій, часто асоціюється з підвищеним емоційним навантаженням і підтримкою психопатологічних симптомів. У межах метакогнітивної моделі ці способи мислення розглядають як мішені для терапевтичного втручання.

Водночас потрібно зазначити, що в метакогнітивній терапії увагу розглядають як активну регуляторну функцію, що визначає, які когнітивні процеси активуються та підтримуються. Надмірне фокусування на внутрішніх загрозах або симптомах (наприклад, тривожних думках чи тілесних відчуттях) сприяє формуванню когнітивно-атенційного синдрому (Cognitive Attentional Syndrome, CAS), який є центральним у розвитку та підтримці психологічних розладів. Характерними ознаками когнітивно-атенційного синдрому є негнучке та вкрай часте застосування згаданих шкідливих стратегій мислення та концентрації уваги. Такі стратегії, як «тривожне обмірковування» та «заціклення на негативі» домінують. Терапевтичне втручання спрямоване на зміну стилю уваги, зокрема, розвиток здатності до відстороненого спостереження за думками без залучення в їх зміст.

Метакогнітивна теорія пояснює індивідуальні відмінності у виборі адаптивної чи дезадаптивної стратегії мислення чи концентрації уваги за допомогою поняття метакогніції. Метакогніції – це переконання про думки, процеси мислення, пам'ять та концентрацію уваги. Вони визначають, як саме індивід інтерпретує свої ментальні події та як реагує на них. Наприклад, «Якщо у мене з'явилися ці жахливі думки, то це

значить, що саме це я й зроблю” або “Якщо я буду сильно тривожитись, то краще підготуюся до негативних подій у майбутньому” є типовими прикладами метакогнітивних переконань, що можуть підтримувати патогенне мислення.

При цьому у найбільш загальному плані розрізняють позитивні й негативні метакогніції. *Позитивні метакогніції* – переконання, що певні стилі мислення (наприклад, румінація або тривожне прогнозування) є корисними або потрібними (напр., “Якщо я буду багато думати про проблему, я знайду рішення”, “Якщо я знову і знову буду обстежувати своє тіло, щоб виявити ознаки хвороби, то з більшою ймовірністю помічу хворобу й швидше зреагую”). *Негативні метакогніції* – переконання, що думки або процеси мислення є неконтрольованими, небезпечними або шкідливими (напр., “Я не можу зупинити ці думки, і вони зведуть мене з розуму”, “Якщо мені приходимуть такі жахливі думки, то вони можуть змусити мене зробити щось жахливе, навіть якщо я цього не хочу”).

Якщо в людини складається враження, що вона не має жодного контролю над своїми думками, стилями мислення та концентрації уваги, то це свідчить про надмірну автоматизацію когнітивних процесів та зниження гнучкості у їх регуляції. Такий стан часто асоціюють із підвищеною вразливістю до емоційних розладів, оскільки людина не здатна ефективно змінювати фокус уваги або припиняти дезадаптивні ментальні стратегії, як-от румінації чи тривожне прогнозування. Водночас метакогнітивна терапія підкреслює, що усвідомлення автоматичних процесів та розвиток навичок саморегуляції дозволяють відновити контроль над мисленням. Потрібно вчити людей опановувати такі технології, які сприяють формуванню більш адаптивного стилю уваги та мислення, що, своєю чергою, покращує емоційне функціонування та якість життя.

Метакогнітивна терапія базується на моделі саморегуляції виконавчих функцій (модель S-REF), яку запропонував Андріан Веллс, що містить чотири складники:

1) **когнітивно-атенційний синдром (КАС)** (з англ. – *Cognitive Attention Syndrome, CAS*), який є основним фактором психологічних розладів, що виникає з метакогнітивних знань і переконань. CAS проявляється у формі надмірного занепокоєння (англ. *worry*), румінації (англ. *ruminaton*), моніторингу загроз (з англ. – *threat monitoring*) і неадаптивних копінг-стратегій, спрямованих на контроль або уникнення уявних загроз. Хоча ці стратегії мають на меті знизити тривоги або запобігти негативним наслідкам, на практиці вони часто призводять до підсилення симптомів і підтримки розладів. CAS підтримується як позитивними, так і негативними метакогнітивними переконаннями щодо корисності або небезпеки певних стилів мислення;

2) **метакогнітивні переконання** (з англ. – *metacognitive beliefs*), які стосуються лише значення та значущості пізнавальних процесів і не стосуються їх змісту. Ці метакогніції відповідають за вибір та приведення в дію тих чи тих стилів мислення, а також за когнітивно-атенційний синдром. Розрізняють позитивні та негативні метакогнітивні переконання. Позитивні метакогніції пов'язані з певною користю, яку людина очікує отримати від певної стратегії мислення чи концентрації уваги. Наголосимо, що негативні метакогнітивні переконання щодо когнітивного контролю (наприклад, “занепокоєння неконтрольоване”) вважають найвпливовішими порівняно з позитивними метакогнітивними переконаннями (наприклад, “тривога допомагає мені уникати помилок”) та іншими видами метакогніцій. Негативні метакогнітивні переконання також вважають найстійкішими, вони посилюють чутливість до загрози, безнадійності або неефективності;

3) **увага або контроль за виконанням** (з англ. – *attention, executive control*) – неадаптивний спосіб контролю уваги, що виникає внаслідок постійного, неконтрольованого розумового переосмислення (румінації) і проявляється у звуженні фокусу на загрозі, що знижує гнучкість мислення. МКТ спрямована на розвиток гнучкого стилю уваги, що дозволяє переключатися

між внутрішніми та зовнішніми стимулами без надмірного фіксування;

4) **ментальні режими (стилі)** – структури, що визначають взаємозв'язок людини з власними когнітивними процесами. Відповідно до цього розрізняють два стилі мислення – предметний (актуалізація КАС) та метакогнітивний (інтерпретація клієнтом подій через встановлення відстані між думками, самим собою та зовнішнім світом).

Для використання методів МКТ для самопомоги радимо визначити **індивідуальний метакогнітивний профіль**, який включає компоненти метакогнітивної моделі, зокрема метакогнітивні переконання, стиль уваги, ментальні режими та ознаки когнітивно-атенційного синдрому. Для цього корисно проаналізувати життєві ситуації, в яких проявляються ознаки когнітивно-атенційного синдрому. Це, наприклад, ситуації, що містять такі ознаки:

- відчуття, що думки є нав'язливими та неконтрольованими, ніби людина є їх “заручником”;
- відчуття, що людина почувається значно гірше, ніж інші почуваються в аналогічній ситуації;
- відчуття, що думки “захоплюють” тіло (напруга, тремтіння, головний біль, серцебиття, що виникають після інтенсивного мислення);
- надмірне обмірковування проблеми, яке триває довго і не дає результатів;
- фізичні симптоми унаслідок когнітивного перевантаження (напр., безсоння, напруга, втома);
- неадаптивні способи поведінки, які ускладнюють життя (напр., зловживання алкоголем, уникнення певних ситуацій, людей);
- негативна реакція навколишніх (інші люди демонструють роздратування, втому або дистанціювання у відповідь на часті нав'язливі звернення до них, повторювані скарги чи обговорення проблем, що не змінюються з часом);

– постійне порівняння себе з іншими, що викликає почуття меншовартості або сорому;

– надмірна потреба в запевненнях від інших (наприклад, постійні запитання “Чи все гаразд?”, “Чи я не образив тебе?”);

– спроба “перевірити” або “переконатися”, що негативна подія не станеться (наприклад, перевірка дверей, пошти тощо).

Виявлення таких патернів дозволяє краще зрозуміти власний стиль мислення та сформуванню основу для подальшої роботи над метакогнітивною регуляцією. Для цього варто відрефлексувати такі запитання щодо ситуацій:

– Коли Ви перебували в такій ситуації, що відбувалося з вашим мисленням? Ви тривожились, були роздратовані чи “застрягли” на негативі? Як довго це тривало?

– Ви зробили щось, щоб вплинути на власні думки та емоції? Що це було? Ці стратегії були корисними чи їх можна зберегти до когнітивно-атенційного синдрому?

– Ви намагалися уникнути чи відмовитись від певних думок?

– Чи має тривога, “застрягання” на негативі якусь користь?

– Що могло б відбутися в гіршому випадку, якби Ви й далі так мислили?

Для первинного метакогнітивного самопізнання доцільно використовувати прості психодіагностичні інструменти, розроблені в межах метакогнітивної терапії. Серед них – опитувальники, які запропонував А. Веллс та його колеги:

- Опитувальник когнітивно-атенційного синдрому (CAS), що оцінює рівень румінації, тривожного прогнозування, самоспостереження та неадаптивних копінг-стратегій;

- Опитувальник метакогніцій (MCQ-30), який розробили А. Веллс і С. Картрайт-Хаттоном, який дає змогу виявити позитивні та негативні метакогнітивні переконання;

- Опитувальник метазабезпечення (MWQ) – оцінює переконання щодо неконтрольованості та небезпеки занепокоєння.

Метакогнітивні стратегії можуть бути корисними не лише для психічно здорових людей, які періодично стикаються з тривожними думками чи схильністю до застрягання на негативних переживаннях, але й для осіб, які страждають від цих процесів у більш вираженій формі. Метакогнітивна терапія (МКТ) продемонструвала свою ефективність у лікуванні низки психічних розладів, зокрема генералізованого тривожного розладу, соціальної тривожності, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та депресії. Зауважимо, що в українських наукових психологічних джерелах практично не наведено емпіричних даних щодо взаємозв'язку між складниками моделі S-REF та тривогою, депресією, ОКР, ПТСР та іншими розладами. Водночас у зарубіжній літературі дослідження, що підтверджують модель S-REF, непоодинокі представлені як на клінічних, так і на неклінічних вибірках, на різних вікових і гендерних групах. Проте отримані дані є досить різномірними та часто суперечливими і вимагають проведення додаткових досліджень (Wells, 2008).

Так, у дослідженні Томаса Фергуса зі співавторами на клінічній вибірці вивчали зв'язок між CAS і симптомами депресії й тривоги (генералізованої тривоги, соціальної тривоги, ОКР та паніки). Було встановлено, що CAS мав значні позитивні зв'язки з усіма симптомами, але виявився особливо актуальним для симптомів депресії та генералізованої тривоги. Відтак, ці результати підтвердили теорію Уеллса та вказали, що стратегії втручання, спрямовані на CAS, можуть бути корисними для лікування певних розладів (Fergus, Valentiner, McGrath, Gier-Lonsway, Jencius, 2013).

У публікації U. Barahmand представлено результати вивчення взаємозв'язку між метакогніціями та тривожними розладами і визначено конкретні метакогніції як унікальні предиктори генералізованого тривожного розладу, депресії та ОКР. Було встановлено, що всі п'ять типів метакогніцій, виміряних за допомогою опитувальника Meta-cognitions Questionnaire (MCQ), суттєво корелюють між собою та

з показниками Anxious Thoughts Inventory (AnTI) і Thought Control Questionnaire (TCQ), за винятком метакогніції CSC (когнітивна самосвідомість), яка не корелювала з TCQ. Багатофакторний аналіз показав, що клінічні випадки відрізнялися від звичайних суб'єктів метакогнітивними віруваннями щодо неконтрольованості та небезпеки (NEG), щодо когнітивної компетентності (CC) та загальними негативними переконаннями. Пацієнти з ОКР відрізнялися від звичайних суб'єктів та пацієнтів із ГТР за показниками когнітивної самосвідомості (CSC). Занепокоєння здоров'ям було підвищене у пацієнтів із ГТР, тоді як метазанепокоєння (meta-worry) було підвищеним у пацієнтів з ОКР. Дискримінантний аналіз успішно передбачив результат для понад 70% випадків. Тим самим результати підтвердили згадану модель (Self-Regulatory Executive Function model) (Barahmand, 2009).

У своєму дослідженні Хенрік Нордал зі співавторами повідомляють, що отримані висновки щодо проспективних взаємозв'язків між дезадаптивними метакогніціями, метакогнітивними стратегіями та тривогою узгоджуються з попередніми проспективними дослідженнями щодо зв'язку між дезадаптивними метакогніціями та тривогою (Ryum та ін.), між метакогнітивними стратегіями та симптомами тривоги (Ebrahimi та ін.), а також між дезадаптивними метакогніціями та метакогнітивними стратегіями (Johnson & Hoffart). Автори отримали подібні результати до тих, де було з'ясовано, що негативні метакогнітивні вірування викликають занепокоєння (але не навпаки) і що занепокоєння має взаємний зв'язок із проблемами сну (Thielsch та ін.), а також, що віра в неконтрольованість занепокоєння та моніторинг загроз (тобто CAS) були центральними предикторами тривоги під час пандемії COVID-19 (Nordahl, Anyan, Hjemdal, 2023).

Особливості взаємозв'язку між негативними дезадаптивними метакогніціями (NEG) та тривогою обговорювали в численних працях, зокрема в метааналізі Köcher та ін. встановили, що в 17 з 19 досліджень існує велика кореляція між негативними

метакогнітивними віруваннями (NEG) і тривогою (тобто $0,46 < r < 0,60$) (Köcher, Schneider, Christiansen, 2021).

Висновки цих авторів підтверджують метакогнітивну модель Уеллса, згідно з якою оцінка та реакція на занепокоєння важливіші для психічного здоров'я, ніж саме занепокоєння.

І. Пасічник, О. Матласевич, Р. Гущук у своєму дослідженні отримали підтвердження значущої ролі метакогнітивних переконань у забезпеченні емоційно-вольової саморегуляції лікарів. Було встановлено, що ефективна регуляція емоцій і поведінки у професійній діяльності медичних працівників має циклічну структуру та суттєво залежить від метакогнітивних процесів, зокрема від переконань про власне мислення та емоційне реагування. Отримані емпіричні дані засвідчили тісний зв'язок між позитивними метакогнітивними переконаннями (особливо щодо тривоги) та адаптивними емоційними стратегіями, такими як когнітивна переоцінка та самомотивація. Водночас наявність дезадаптивних переконань (зокрема переконань про неконтрольованість думок, надмірну потребу в контролі та низьку когнітивну впевненість) корелює з підвищеним рівнем пригнічення емоційної експресії. Міжгрупові відмінності показали, що лікарі, які часто надають допомогу військовим та ветеранам, характеризуються вищим рівнем дезадаптивних метакогнітивних переконань, що, ймовірно, є наслідком підвищеного психоемоційного навантаження, складності клінічних випадків та частого контакту з травматичним досвідом пацієнтів. Це створює ризики для формування ригідних стратегій саморегуляції, що можуть знижувати ефективність професійної діяльності та якість медичної допомоги. Дослідники вважають, що саме позитивні метакогнітивні переконання щодо тривоги є найбільш вагомим предиктором ефективної емоційно-вольової саморегуляції лікарів, зокрема довільного управління емоціями та когнітивної переоцінки. Інші компоненти метакогнітивної сфери мають помірний або опосередкований вплив на емоційно-вольову регуляцію (І.Пасічник, О. Матласевич, Р. Гущук, 2025).

Результати дослідження В. Любомирського, І. Лис засвідчили наявність тісного взаємозв'язку між метакогнітивними переконаннями, метазабезпеченням, копінг-стратегіями та симптомами посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців із бойовим досвідом. Було виявлено статистично значущі кореляції між шкалами PCL-M, MCQ-30, MWQ та копінг-стратегіями за опитувальником Лазаруса, які вказують на те, що негативні метакогнітивні переконання (зокрема щодо неконтрольованості думок) тісно взаємопов'язані з вираженістю симптомів ПТСР. Метазабезпечення та віра в неї значно корелюють із симптоматикою, вказуючи на роль когнітивно-атенційного синдрому у підтримці ПТСР. Серед копінг-стратегій найбільш виражений позитивний зв'язок із симптомами ПТСР виявлено у "втечі-уникненні". Здобуті дані підтверджують важливість метакогнітивних факторів у розвитку та підтримці ПТСР. Відтак, застосування метакогнітивного моніторингу як компонента психологічної допомоги може сприяти формуванню більш адаптивних стратегій подолання травматичного досвіду (В.Любомирський, І. Лис, 2025).

Метакогнітивна теорія припускає, що в основі ПТСР лежать метакогнітивні переконання (тобто переконання про мислення), а не змістовні переконання. Дослідження Т. Фергуса зі співавторами (2017) показало, що метакогнітивні переконання щодо неконтрольованості та небезпеки мислення мали спільні кореляції з кожним кластером симптомів посттравматичного стресу після врахування впливу змістовних переконань та інших коваріат. Індивідуальні змістовні переконання не мали послідовних асоціацій із симптомами посттравматичного стресу в регресійному аналізі. Внесок індивідуальних переконань, пов'язаних із певним змістом, у симптоми посттравматичного стресу послідовно зменшувався або вважався незначним після врахування метакогнітивних переконань. Ці результати узгоджуються з метакогнітивною теорією, припускаючи, що метакогнітивні переконання можуть бути

важливішими, ніж зміст думок, пов'язаних із травмою, стосовно посттравматичного стресу.

М. Такарангі зі співавторами (2017) досліджували, чи може метакогніція збільшити ризик розвитку та підтримки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у людей, які пережили травму. Було встановлено, що учасники з більшою кількістю симптомів ПТСР мали більше проблемних метакогніцій, ніж учасники з меншою кількістю симптомів дистресу. Більше того, люди, які підтримували дезадаптивні метакогніції до впливу травми, частіше відчували симптоми ПТСР після впливу. Відтак, результати підтверджують метакогнітивну модель ПТСР та вказують на важливість метапам'яті (англ. *metamemory*) як недостатньо вивченого фактора в дослідженнях ПТСР.

У дослідженні Й. Нордаль зі співавторами (2024) щодо чинників, які сприяють розвитку та підтримці посттравматичного стресового розладу (ПТСР), вчені порівнюють когнітивну та метакогнітивну моделі. Когнітивна модель наголошує на тому, що саме порушення автобіографічної пам'яті про травму, когнітивні переконання та дезадаптивна поведінка підтримують симптоми травми. Втручання базуються на когнітивній реструктуризації та поведінкових експериментах для зміни цих переконань. На противагу цьому, метакогнітивна модель наголошує на тому, що саме метакогнітивні переконання породжують когнітивно-атенційний синдром (CAS), який підтримує симптоми травми. Основну увагу лікування приділяють зменшенню (CAS) та роботі з метакогнітивними переконаннями. Було досліджено внесок когнітивних функцій та метакогнітивних переконань у симптоми травми та прогноз навантаження симптомів у травмованих пацієнтів. Були включені учасники (N = 290) з діагнозом ПТСР і проведено ієрархічний множинний регресійний аналіз, щоб з'ясувати, чи пояснюють когнітивні функції та метакогнітивні переконання додаткову та незалежну дисперсію симптомів травми у розрізі віку та статі. Було з'ясовано, що як когнітивні функції, так

і метакогнітивні переконання незалежно та суттєво сприяли прогнозуванню симптомів травми.

В опублікованому дослідженні Є. Тимощук, Р. Каламаж наведено дані, отримані за допомогою ієрархічного регресійного аналізу щодо взаємозв'язку між показниками метазанепокоєння, виміряного за допомогою MWQ, шістьма показниками метакогніцій, виміряних за допомогою MCQ-30, шістьма стратегіями подолання, виміряними за допомогою WCQ, та особистісною й ситуативною тривожністю. Встановлено, що серед аналізованих чинників метазанепокоєння передбачає розвиток особистісної тривожності ($\beta = .509$, $p < .001$) як провідний чинник. Деадаптивні метакогнітивні переконання також виявилися статистично значущими предикторами особистісної тривожності: негативні метакогнітивні вірування (N : $\beta = .361$, $p < .001$), а також відсутність когнітивної впевненості ($\beta = .162$, $p < .001$). Найбільший внесок зробили метазанепокоєння й негативні метакогнітивні вірування, що підтверджує модель Wells (2000), відповідно до якої саме ці компоненти забезпечують хронічність тривожного реагування (Є.Тимощук, Р. Каламаж, 2025).

Так, можемо зробити висновок, що врахування під час надання психологічної допомоги метакогнітивного контексту виникнення психологічних розладів є досить перспективним як у теоретичному, так і в практичному плані. Зокрема подальших досліджень і дискусій вимагає перевірка ефективності окремих складників моделі S-REF для надання психологічної допомоги в контексті різних психологічних розладів (ГТР, ОКР, депресія, ПТСР тощо), різних вікових та соціальних груп, комбінації різних методів метакогнітивної терапії тощо.

Нагадаємо, що відповідно до моделі Уеллса, не зміст думок або інтенсивність занепокоєння характеризує людей з емоційними розладами, а метакогнітивні переконання про занепокоєння. У зв'язку з цим увагу приділяють метакогнітивним феноменам (метазанепокоєння, метакогнітивні вірування), які забезпечують або, навпаки, знижують

ефективність індивідуальних копінг-ресурсів у подоланні стресу та тривоги.

Психолог або психотерапевт допомагає зрозуміти причини тривоги, навчити стратегій зниження рівня тривожності та розвитку копінг-механізмів. Для розладів, пов'язаних із тривогою і страхом, характерні надмірні переживання страху та тривоги й відповідні порушення поведінки, що призводять до порушень в особистій, соціальній, сімейній, навчальній, професійній та інших сферах функціонування. Тривожні розлади, що виникають внаслідок війни, мають свою специфіку клінічних ознак, а також супроводжуються соціально-психологічною дезадаптацією, високим рівнем нервово-психічної напруги та соціальної фрустрованості, наявністю високих показників за клінічними шкалами та соматизацією (Загора, 2023).

У цьому контексті викликає зацікавлення дослідження М. Августюк, І. Пасічника зі співавторами, яке присвячене румінаційному мисленню військовослужбовців ЗСУ. Респонденти (297 військовослужбовців) у віковому діапазоні від 20 до 58 років ($M = 40.1$, $SD = 6.38$) відповідали на запитання опитувальника "The Ruminative Responses Scale", що включає 22 твердження і є сумою балів румінації загалом, а також її субшкал: скрупульозного розмірковування, рефлексії та депресії. Для оцінювання румінації також враховували вікові особливості військовослужбовців, діагнози лікарів-спеціалістів. Для оцінювання метакогнітивних переконань (занепокоєння) щодо румінації, контролю над думками та когнітивної самосвідомості використали опитувальник "Metacognitions Questionnaire-30" ("MCQ-30", Wells, Cartwright-Hatton, 2004). Результати дослідження засвідчили значні варіації рівнів румінації, скрупульозного розмірковування, рефлексії та депресії серед військовослужбовців. Переважна більшість респондентів продемонструвала середній рівень румінації, тоді як скрупульозне розмірковування є більш поширеним, ніж рефлексія. Упевненість у відповідях виявилася вищою при нижчих рівнях румінації та депресії, а також при вищих рівнях

скрупульозного розмірковування й рефлексії. Військовослужбовці зі встановленими медичними діагнозами мали значно вищі рівні румінації та депресії порівняно з тими, у кого таких діагнозів не було; особливо високими ці показники є при ПТСР. Також встановлено, що рівень занепокоєння суттєво впливає на всі досліджувані показники: респонденти з високим рівнем занепокоєння демонструють підвищені рівні румінації, скрупульозного розмірковування, рефлексії та депресії, тоді як респонденти з низьким рівнем занепокоєння мають більш збалансовані показники. Дослідження підкреслює потребу враховувати особливості румінаційного мислення у програмах психологічної реабілітації військовослужбовців (М. Августюк, І. Пасічник, Е. Балашов, Р. Каламаж, 2025). Відповідно до метакогнітивної моделі румінації (“The Self-Regulation Executive Function Model”, “The S-REF Model”) A. Wells та G. Matthews (1996) румінацію розглядають як неадаптивну стратегію подолання, тісно пов’язану з метакогнітивними переконаннями. Автори згаданої публікації звертають увагу на те, що метакогнітивні компоненти, румінаційні реакції, когнітивно-атенційний синдром і метатривожність мають значні відмінності в роботі з суб’єктами без посттравматичного стресового розладу та нетравмованими взагалі. Метакогнітивна модель пояснює процеси, пов’язані з підтримкою розладу. Придушення думок, румінація, занепокоєння й вибіркова увага до потенційних причин небезпеки є причинами когнітивно-атенційного синдрому (там само). У контексті цього дослідження можемо зробити висновок про важливість формування навичок метакогнітивного моніторингу, адже його порушення призводить до того, що людина не усвідомлює, що її думки є нав’язливими, неефективними або шкідливими. Військовослужбовець може помилково оцінювати румінації як корисні, вважаючи, що вони допомагають “розібратися” з проблемою, хоча насправді це лише поглиблює тривогу. Низький рівень моніторингу ускладнює перехід до метакогнітивного контролю, тобто до активного припинення румінацій.

Лаура Мертенс зі співавторами (2025) вказують, що румінативне мислення може відігравати вирішальну роль у розвитку симптомів ПТСР. Однак посттравматичне зростання – позитивні психологічні зміни після несприятливих подій – також пов'язане з формами румінації. Вивчаючи унікальні взаємозв'язки між різними стилями румінативного мислення, метакогнітивними переконаннями, зусиллями та посттравматичними наслідками, вчені встановили центральну роль депресивних румінацій, навмисних румінацій та негативних метакогнітивних переконань щодо румінацій.

Таким чином, лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на основі метакогнітивної моделі (Wells, 2000) не вимагає уявного переживання травми або когнітивного оскарження думок та переконань про травму. Воно дозволяє пацієнтам розвинути метакогнітивну перспективу та відмовитися від некорисних стилів мислення, таких як занепокоєння/румінація та моніторинг загроз, які блокують природну схильність до когнітивно-емоційної адаптації після травми.

Підсумовуючи, зазначимо, що метакогнітивна терапія (МКТ), яку розробив Е. Веллс, є доказовим підходом, що фокусується не на змісті думок, а на тому, як ми думаємо, тобто на метакогнітивних процесах. Її центральна ідея полягає в тому, що психологічні розлади підтримуються не змістом думок, а стратегіями мислення про них. До таких стратегій належать:

- румінації – нав'язливе обмірковування проблем без продуктивного результату;
- негативні метакогнітивні переконання (наприклад, “я не можу контролювати свої думки”);
- надмірне фокусування уваги на загрозах, як внутрішніх (думки, емоції), так і зовнішніх.

МКТ базується на моделі саморегуляції виконавчих функцій (S-REF), яка включає: когнітивно-атенційний синдром (CAS); метакогнітивні переконання; стиль уваги; ментальні режими (предметний і метакогнітивний).

Практичні інструменти МКТ, такі як відсторонена усвідомленість, зміна стилю уваги, ідентифікація CAS, можуть бути ефективними як у клінічній терапії, так і в самопомозі. Вони допомагають зменшити емоційне залучення до негативних думок, розірвати автоматичні патерни мислення, відновити гнучкість уваги та саморегуляцію.

2.2.2. Практики майндфулнес у відновленні психологічних ресурсів

У сучасній практичній психології та науці практики майндфулнес (mindfulness), або усвідомленої присутності, є ефективним інструментом саморегуляції, стрес-менеджменту та відновлення психологічних ресурсів особистості. Поняття “mindfulness” у сучасному розумінні запровадив Джон Кабат-Зінн (Kabat-Zinn, 1990), визначивши його як “увагу, спрямовану на теперішній момент, без осуду, з прийняттям”. Відтоді численні дослідження (Hölzel et al., 2011; Creswell, 2017; Baer et al., 2019) доводять, що систематичне практикування усвідомленості сприяє відновленню емоційної рівноваги, зниженню рівня тривоги та депресивності, покращенню концентрації, сну, мотивації та відчуття сенсу.

Основний механізм впливу майндфулнес пов'язаний із нейропластичністю мозку – здатністю нервової системи змінювати структуру та функції у відповідь на досвід. Під час регулярної практики усвідомленості спостерігається зниження активності мигдалеподібного тіла (що відповідає за страх і реакцію “бий або тікай”) та підвищення активності префронтальної кори, яка регулює самоконтроль, увагу й рефлексію (Tang et al., 2015). Так, людина краще розпізнає свої емоції, реагує менш імпульсивно, швидше відновлюється після стресу.

Крім того, майндфулнес посилює інтероцептивну усвідомленість – здатність помічати сигнали власного тіла (дихання, напруга, серцебиття). Це допомагає своєчасно помічати виснаження, втому, тривогу й запобігати перевантаженню. Така

тілесна уважність стає своєрідним “психологічним барометром”, що підтримує баланс між напругою та відпочинком.

Практики усвідомленості допомагають людині зберігати внутрішню стійкість (resilience) – здатність адаптуватися до стресу без руйнівних наслідків. Дослідження показують, що майндфулнес розвиває метапізнання (усвідомлення власних думок як процесу, а не реальності), завдяки чому людина перестає “застрягати” у тривожних або негативних сценаріях (Garland et al., 2015). Це знижує рівень румінацій (нав’язливих думок про минуле), полегшує прийняття складних емоцій і зменшує ризик емоційного вигорання.

На рівні психічних ресурсів майндфулнес підсилює такі складники, як самоприйняття, емоційна стабільність, оптимізм, надія та відчуття контролю над життям. У дослідженнях серед медиків, військових і працівників кризових служб (Gilmartin et al., 2017; Lindsay et al., 2018) доведено, що регулярні практики майндфулнес знижують ризик професійного вигорання, сприяють емпатії, зменшують психосоматичні прояви тривоги.

В умовах російсько-української війни практики усвідомленості активно інтегрують у програми психологічної реабілітації військових, ветеранів, переселенців та медиків. В українських центрах психічного здоров’я проводять адаптовані тренінги на основі протоколів Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) та Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT). Вони допомагають учасникам навчитися “зупиняти” автоматичні стресові реакції, відновлювати концентрацію, знижувати гіперактивність нервової системи, поліпшувати сон і міжособистісну взаємодію.

Майндфулнес базована когнітивна терапія (MBCT) підтверджує свою ефективність у запобіганні рецидивів депресії, особливо в осіб із значним депресивним розладом. У практиці MBCT використовують як традиційні для когнітивно-поведінкової терапії техніки, так і майндфулнес медитації. Когнітивні техніки полягають у психоосвіті людей щодо їхніх

негарздів, натомість медитація дозволяє зосередитися на усвідомленні всіх вхідних думок та почуттів, приймати, але не реагувати на них. Цей процес отримав назву *децентрації*, спрямованої на звільнення людини від самокритики, румінації і дисфоричного настрою, що виникають як реакція на негативні моделі мислення (Piet, Hougaard, 2011).

МВСТ базується на багаторівневій теорії психіки під назвою “Взаємодіючі когнітивні підсистеми” (Barnard, Teasdale, 1991). Ключовим положенням теорії є те, що психіка має декілька режимів, які відповідають за когнітивний і емоційний прийом та оброблення нової інформації. Відповідно, схильність людини до депресії зумовлена мірою, якою вона базується лише на одному з режимів психіки, ненавмисно блокуючи інші. Два основні режими психіки – “діяти” та “бути”. Перший режим – орієнтований на досягнення мети – активується тоді, коли людина усвідомлює відмінності між тим, як є, і тим, як має бути. Другий режим не спрямований на досягнення конкретних цілей, а зосереджений на прийнятті реальності, без потреби у її зміні. Центральним компонентом теорії є метакогнітивна обізнаність, тобто здатність людини відчувати негативні думки і почуття як психічні події, які проходять через розум, а не є її безпосередньою частиною. Особи із вираженою метакогнітивною обізнаністю здатні уникнути депресії та негативних моделей мислення у стресових життєвих ситуаціях. Метакогнітивна обізнаність по суті є здатністю до децентрації (вміння сприймати думки і почуття як нетривалі і об’єктивні явища свідомості). Згідно із цією теорією, психічне здоров’я пов’язане зі здатністю людини абстрагуватися від одного режиму і легко переключатися на інший. Основним у профілактиці рецидивів депресії є розвиток режиму “буття”, що дозволяє стабілізувати емоційний стан особи.

Для військовослужбовців майндфулнес є способом переорієнтації уваги з минулого (травми) на теперішнє (життя тут і тепер), для медиків – методом зниження професійного

виснаження, для цивільного населення – ресурсом стабілізації емоцій у хронічно небезпечних умовах.

Результати досліджень вікових аспектів розвитку здатності усвідомлювати життєвий досвід із метакогнітивної позиції свідчать про те, що вже в ранньому дитячому віці майндфулнес сприяє нейропсихологічному розвитку та соціально-психологічній адаптації дітей (Allen, Romate, Rajkumar, 2021).

Систематичні огляди та метааналізи досліджень результатів застосування програм майндфулнес у вищій освіті показав, що такі практики сприяють покращенню позитивного настрою, зменшенню кількості думок, що відволікають, зниженню рівня тривоги та симптомів депресії, покращенню соціальних та емоційних навичок і самосприйняття, що супроводжується підвищенням здатності долати стреси та покращенням психологічного благополуччя й адаптивності (Allen, Romate, Rajkumar, 2021).

Тому все більш активне використання програм розвитку майндфулнес в освітніх установах у багатьох країнах світу (наприклад, у США, Великобританії, Ісландії, Нідерландах) спрямоване не тільки на розвиток інтегральних навчальних навичок (таких як концентрація уваги, усвідомлення, об'єктивність, залученість, сприйняття та аналіз інформації), але й на зміцнення загального психічного здоров'я студентів, що відбувається значною мірою за рахунок покращення їхньої соціально-психологічної адаптації.

Так, майндфулнес-практики сприяють відновленню психологічних ресурсів через:

- 1) зменшення фізіологічних проявів стресу (регуляція дихання, серцебиття, напруги);
- 2) розвиток емоційної регуляції (усвідомлення, прийняття, безоцінне ставлення);
- 3) покращення когнітивної гнучкості (вихід із автоматичних реакцій);
- 4) відновлення присутності у власному житті.

2.2.3. Техніки самотурботи і самоспівчуття в роботі з емоційною та моральною втомою

"Любити себе набагато складніше,
ніж любити когось іншого,
оскільки наші вимоги до себе більш жорсткі,
ніж до інших" (Kristin Neff, 2011)

Однією з умов ефективної соціально-психологічної реабілітації є робота щодо зменшення почуття провини та сорому, які часто притаманні особистості з травматичним досвідом та дуже виснажують психоемоційні ресурси людини, призводячи до моральної та емоційної втоми. Такі види втоми виникають на тлі довготривалого стресу, в обставинах непереборної сили, невизначеності, безсилля. Людина відчуває себе пригніченою, домінантними стають стан апатії, необґрунтовані претензії до себе, виникає занижена самооцінка.

Загалом **втома** – це суб'єктивна нестача фізичної та/або розумової енергії, яка, на думку людини, заважає звичній та бажаній діяльності.

Виділяють декілька видів втоми, які тісно пов'язані між собою: фізичну, психоемоційну, інтелектуальну (когнітивну), моральну та вольову.

Фізична втома (фізіологічна втома) – тимчасова нездатність підтримувати оптимальну фізичну працездатність після фізичних навантажень. Скоротливість м'язів знижується, і продовжувати виконання навантаження стає важко, доки м'яз не відпочине. Включає центральний і периферичний компонент.

Коли розвивається *центральна втома*, ЦНС не в змозі достатньо іннервувати м'язи для підтримки оптимальної м'язової активації, що призводить до зниження м'язової сили, а також до загального відчуття втоми, втрати піднесення та сонливості. Як правило, має меншу інтенсивність і тривалість, ніж периферична втома. Центральна втома пов'язана

зі змінами синаптичної концентрації нейромедіаторів у ЦНС (передусім, серотоніну, норадреналіну та дофаміну, які пов'язані зі збудженням, сонливістю та настроєм), включаючи головний і спинний мозок, що впливає на виконання вправ і функцію м'язів і не може бути пояснена іншими факторами.

Периферична втома виникає внаслідок внутрішніх змін у скелетних м'язах і нервовом'язовому з'єднанні під час тренування, через що м'язи не можуть продовжувати забезпечувати той самий рівень сили. Периферична втома спричинена зниженням доступності енергетичних ресурсів у м'язах та збільшенням у них молочної кислоти та інших метаболітів.

Емоційна втома – форма втоми, яка виникає під час життєвих подій, що викликають інтенсивні емоційні реакції – почуття страху, жаху, розгубленості, горя або гніву, які сприймаються як непереборні та викликають загальний стрес для організму. Цей стан постійної напруги може виснажувати енергію та залишати відчуття вичерпання емоційних і фізичних ресурсів.

Когнітивна втома – тимчасове посилення розумового виснаження внаслідок тривалих періодів когнітивної діяльності.

Деякі автори виділяють ще *вольову* та *моральну (духовну) втому*.

Моральна втома настає через обставини непереборної сили, коли людина не хоче, щоб було те, що є; коли її моральні цінності вступають у суперечність із моральними цінностями інших людей. Такі ситуації дуже виснажують психічну енергію.

З моральною втомою тісно пов'язана втома вольова – втома від зусиль щось контролювати (емоції, інстинкти, потреби тощо). Сучасні психологи, які вивчають депресію, часто вважають перенапруження волі одним із вагомих чинників розвитку депресії, бо на вольову регуляцію мозок витрачає найбільше енергії організму. Якщо людина мала сильне вольове перенапруження, зазвичай потрібно мінімум 2–3 дні на відновлення, а якщо була під обстрілами і примушувала себе далі чимось займатися через силу – орієнтовно 2–3 тижні.

Ефективним методом роботи з такими станами є терапія самоспівчуттям (CFT – self-compassion therapy). Це метод, який вчить співчуття і шанобливого ставлення до себе і свого важкого досвіду. Базовим механізмом терапії самоспівчуття є *неосуджувальна увага до власного досвіду*. Це прямо корелює з функцією метакогнітивного моніторингу – спостерігати за перебігом мислення, не потрапляючи під його вплив. Наприклад, коли людина помічає думку “я слабкий, бо не впорався” і реагує на неї з добротою (“це природна людська реакція, мені зараз важко”), вона виконує акт метакогнітивного моніторингу з елементом емоційного прийняття.

Метакогнітивна теорія А. Wells стверджує, що психологічні проблеми підтримують дисфункційні метапереконання (“я повинен завжди контролювати свої емоції”, “якщо я слабкий – це небезпечно”). Самоспівчуття допомагає ці переконання *помічати та коригувати*, формуючи адаптивну установку: “Я можу помилятися й при цьому залишатися цінним”. Таким чином, терапія самоспівчуття діє як м’яка форма метакогнітивної реструктуризації. Класичний метакогнітивний підхід (Wells, 2008) часто зосереджується на регуляції мислення через контроль. Самоспівчуття ж розширює цей підхід – воно вчить *м’якого моніторингу без примусу*, що знижує внутрішню боротьбу. Так формується *“гнучке метакогнітивне управління”*, у якому прийняття і моніторинг діють спільно.

Ефективність цього методу доведена в роботі з депресією, тривожними розладами, а також із розладами харчової поведінки. Адже він містить у собі компоненти, які позитивно впливають на самосприйняття, самоповагу та самооцінку загалом. Саме це і є цілями терапії у процесі повернення до повноцінного, якісного життя.

Аби зрозуміти, як працює цей метод, доцільно розглянути протилежний процес – самокритики. Самокритику визначають як “форму негативної самооцінки, яка направляє на себе думки, засудження, з акцентом на помилки, невдачі та власну неспроможність відповідати стандартам суспільства” (Smart,

Peters, Baer, 2015). Негативне самооцінювання, самозвинувачення звучить у форматі циклічного внутрішнього діалогу (який дуже важко зупинити), що активується як реакція на невдачу (тригер) або невідповідність очікуванням (це можуть бути навіть буденні речі).

Існує низка досліджень, що свідчать про негативний вплив самокритики. Так, самокритика є предиктором депресії (Murphy JMet al, 2002; Brewin, FirthCozens, 1997); самокритика пов'язана з перфекціонізмом та суїцидальними ідеями, збільшенням ризику летальних спроб самогубства (Fazaа, Page, 2003; Blatt, 1995); сором та самокритика впливають на розвиток і перебіг ПТСР, депресії, соціальної тривоги, страхів (Luoma & Platt, 2015; Kannan, Levitt, 2013); самокритика є чинником розвитку соціальної фобії (Cox, Fleet, Stein, 2004; Shahar, Doron, Szepeswol 2014; Shahar, Doron, Ohad, 2015).

Це далеко не повний перелік негативних наслідків самокритики, яка породжує і запускає низку когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій, зокрема труднощі в міжособистісних стосунках, проблеми з самооцінкою, плануванням життя, відчуттям щастя.

Самоспівчуття – це ставлення до себе з добротою, визнання своєї людяності та усвідомлення цього під час оцінювання негативних аспектів самого себе (Мушак, 2023).

На противагу самокритиці, самоспівчуття має чотири базові компоненти:

- усвідомлення страждання;
- співчутливий інтерес, викликаний емоційною відповіддю на споглядання страждання;
- бажання полегшити страждання;
- готовність допомогти полегшити страждання (за Jazaieri, 2013).

Інтенсивне фокусування на собі, яке виникає, коли ми зустрічаємось із власними невдачами, призводить до заглиблення в негативні думки та почуття, і ми забуваємо, що невдачі та недосконалість є частиною спільного людського досвіду,

а не чимось, що характерне лише нашій особистості. Самоспівчуття є ключем до психологічного здоров'я – учасники досліджень, що володіли високим його рівнем, демонстрували значно вищу задоволеність життям, високий рівень емоційно-го інтелекту, мотивацію до досягнення цілей, а також меншою самокритикою, депресією, занепокоєнням та перфекціонізмом. Р. Девідсон провів дослідження, в якому група ченців Тибету практикували медитацію, основою якої було співчуття собі та всім істотам. Під час цього дослідники синхронно фіксували активність зон мозку (Мушак, 2023). Вони з'ясували, що під час практики співчуття мозкові центри щастя (ліва префронтальна кора) ченців були надзвичайно активні. Також під час медитації за допомогою електроенцефалографії було зафіксовано переважання гамма-випромінювань – високий рівень когнітивного функціонування, що корелює з високим IQ, чудовою пам'яттю та відчуттям щастя.

К. Нефф припустила, що самоспівчуття є альтернативою здорової позиції відносно себе, яка не передбачає самооцінювання, адже оцінювання переважно є токсичним і прирівнюється до осуду. Самоспівчуття робить нас більш стійкими до стресу, допомагає прожити негативні емоції і навіть зцілити болісні спогади.

Нейробіологічною основою цього є активація так званої “системи догляду”, яка спонукає батьків і нащадків залишатися поруч. Коли система догляду активується, вивільняються окситоцин (гормон прив'язаності, любові) і ендорфіни (природні опіати для гарного самопочуття), які допомагають зменшити стрес і підвищити відчуття безпеки. Два надійних способи активації системи догляду – це заспокійливий дотик і ніжне озвучування (наприклад, згадайте кішку, яка муркоче та облизує своїх кошенят). Ось чому співчуття до самих себе змушує нас відчувати безпеку – ми самі здатні дати собі ту турботу, яку дитина відчуває тільки на батьківських руках.

Коли ми практикуємо самоспівчуття, ми вимикаємо систему захисту від загроз і активуємо систему догляду.

К. Нефф визначила 3 взаємопов'язані компоненти доброго ставлення до себе. Ми вчимось здійснювати ці кроки у складні моменти, під час болю та невдач, а також коли помічаємо, що почали себе критикувати. Кожен компонент складається із двох частин:

1) бути добрим і розуміти себе, а не бути самокритичними;
2) розглядати свою помилку як частину глобального людського стану та досвіду, а не як притаманну лише своїй особистості;

3) утримувати свої негативні думки та почуття в полі усвідомленості, дозволити їм бути, а не уникати їх чи надмірно ідентифікувати (Мушак, 2023).

Базовою ціллю CFT є допомога людині у зміні перспективи сприйняття складних думок і почуттів із звинувачень та осуду на співчутливе розуміння та помічні дії. Навичками співчуття є роздуми, контакт із відчуттями, контакт із емоціями, уважність, уява (Gilbert 2009, Constable, Robinson).

Техніки самотурботи і самоспівчуття:

- техніка “Підтримувальні обійми”;
- техніка “Вдячність собі”: листи вдячності, щотижневі списки, “банка вдячності”;
- техніка “Перерва на самоспівчуття”;
- техніка “Сократівські запитання” щодо того, як це – співчувати іншому та собі?;
- дослідження та когнітивна реструктуризація тверджень щодо самоспівчуття.

Перша техніка співчуття самому собі – це **власний заспокійливий дотик**. Спробуйте віднайти саме те фізичне доторкання до себе, яке вам комфортне, яке заспокоює саме вас. Для кращого розуміння можна виконати пошук із заплющеними очима.

1. Знайдіть місце, де ви можете спокійно виконати вправу.

2. Спробуйте різні жести, якими люди найчастіше заспокоюють себе:

- прикласти руку (або обидві руки) до серця;

- прикласти руку (або обидві руки) до місця, де зазвичай люди показують “душу”;
- погладити себе в ділянці грудної клітки;
- прикласти зімкнуту в кулак долоню до серця;
- прикласти руку до серця, іншу – на ділянку живота;
- прикласти обидві руки до живота;
- прикласти одну долоню до щоки;
- обійняти обличчя долонями;
- погладити себе по руках;
- обхопити руками зону ближче до плечей, обійнявши себе;
- узяти себе за руку;
- з’єднати разом долоні.

Мета – знайти те фізичне торкання самого до себе, яке вас заспокоює.

Друга техніка співчуття самому собі – поєднання власного безпечного дотику зі словами підтримки.

Спочатку визнайте свої відчуття і скажіть собі:

- *Ось що означає переживати.*
- *Господи, як мені боляче.*
- *Так, мені дуже страшно/важко.*
- *Я більше не можу витримувати все це.*

Далі підтримайте себе, скажіть:

- *Але ж переживання – то частина життя.*
- *Але ж я не один.*
- *Але ж усі, як і я, переживають подібне.*
- *Але ж так буде не завжди.*

Тепер дайте собі любов, скажіть:

- *Я буду добрішим до себе.*
- *Я дам собі те, чого потребую.*
- *Я прийму себе таким, як є.*
- *Я собі пробачу.*

Ці дві вправи важливо виконувати регулярно, і після кожного разу ставатиме легше, “адже ви у себе є”.

Техніка “Перерва на самоспівчуття”. Ця вправа допомагає розвинути в собі три основні компоненти самоспівчуття –

турботу, людяність і доброту. Коли в нашому житті виникають труднощі, варто застосувати силу заспокійливого дотику та слів, щоб відчувати себе в безпеці. Виконання вправи може варіюватися, адже важливо знайти спосіб, що ефективний особисто для вас. Можливо, вам буде комфортніше заплющити очі, щоб глибше поринути всередину себе.

1. Подумайте про ситуацію у вашому житті, яка викликає у вас стрес, наприклад, про проблему зі здоров'ям, проблему у відносинах, на роботі чи іншу, актуальну для вас. Виберіть проблему, яка за інтенсивністю переживань є від легкої до середньої. Чітко візуалізуйте ситуацію, як кіноплівку – прокрутіть в уяві спогад, події, місце, в якому ви знаходились, та відчуття, думки, що виникали. Прислухайтеся до себе – чи відчуваєте дискомфорт у тілі, коли згадуєте про цю проблему? Якщо так, то де в тілі відображається цей дискомфорт?

2. Тепер скажіть собі: “Це болісний момент” (або якісь інші слова, якими зможете сформулювати ці переживання).

3. А тепер спробуйте сказати фразу «Страждання – це частина життя» та подаруйте собі жест заспокійливого дотику, поклавши одну чи дві руки на тіло теплим, турботливим і ніжним способом. Важливо відзначити, що різні фізичні жести викликають у кожного різні емоційні реакції, тому потрібно знайти спосіб фізичного дотику, від якого ви відчуєте щире підтримку – дотиком може бути одна чи дві руки на серці, ніжне погладження грудей, ви можете схрестити руки й ніжно обійняти себе. Для того щоб визначитись, просто дайте відповідь на запитання, який дотик вам потрібен, щоб відчувати себе в безпеці та комфорті.

4. Торкаючись до себе люблячим жестом підтримки, спробуйте сказати собі: “Я можу бути добрим до себе”, “Я можу дати собі те, що мені потрібно”. Скажіть собі ті слова доброти, які б хотіли почути. Наприклад: “Я почну приймати себе таким, яким я є”, “Я можу пробачити собі і я пробачаю собі”, “Я можу бути терплячим”. Якщо вам важко дібрати потрібні слова, уявіть, що в дорогого друга чи коханої людини така

сама проблема, як і у вас. Що б ви сказали цій людині? Яке просте послання ви хотіли б донести до неї? Подаруйте собі ці слова підтримки.

Підсумовуючи, наведемо думки К. Нефф про самоспівчуття: “Щоб відчувати себе добре, нам не треба бути ідеальними, і наше життя зовсім не обов’язково має бути наповнене надзвичайними подіями. Кожен із нас має потенціал життєстійкості, розвитку та щастя вже тому, що ми можемо ставитися до власного досвіду зі співчуттям та схваленням. І якщо ви відчуваєте, що не в змозі змінитися зараз, що для вас це надскладно, що протидіючі сили нашої культури надвисокі – тоді поспівуйте собі. Просто зараз”.

2.2.4. Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) у роботі з почуттям провини та моральною травмою

“Коли ваші цінності вам зрозумілі,
ухвалювати рішення стає легше”.
(Рой Е. Дісней)

Якщо людина пережила, стала свідком або не змогла запобігти вчинку, який порушує її глибоко укорінені цінності, наприклад, завдала комусь шкоди чи не врятувала когось із небезпечної ситуації, – вона може постраждати від моральної шкоди, тривалого психологічного й духовного болю, який часто супроводжується почуттям провини, соромом, депресією, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), зловживанням психоактивними речовинами та іншими психічними наслідками. Щоб почати зцілення, людині важливо відновити зв’язок зі своїми цінностями та тим, що для неї важливо. Потужним методом у роботі з такими проблемами є терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy – АСТ).

За допомогою цього методу людина може навчитися працювати з важкими думками, емоціями, а також моральними

проблемами; заново віднайти цінності чи духовні переконання та отримати психологічну гнучкість, потрібну для того, щоб жити повноцінним і осмисленим життям.

Терапію прийняття та відповідальності створив на початку 1980-х років американський психолог С. Хайєс. Ця модель когнітивно-поведінкової терапії утворена об'єднанням ідей, які раніше вважали непок'єднуваними – її описують як “екзистенційну гуманістичну когнітивно-поведінкову терапію”. Екзистенційний складник полягає, зокрема, у важливості контакту з цінностями. Йдеться про те, що людині для руху вперед, щоб бути вмотивованою та натхненою, потрібна опора на цінності.

АСТ базується на припущенні, що основою проблем більшості людей є **емпіричне уникнення**, яке включає уникнення думок, почуттів, відчуттів та інших внутрішніх подій. Уникнення може мати сенс щодо матеріального світу. Але в розрізі думок та почуттів спроба уникнути небажаних внутрішніх подій може парадоксально посилити неприємний внутрішній досвід і призвести до інших форм уникнення, таких як зловживання психоактивними речовинами, агорафобії, компульсивної поведінки або агресії, і викликати ще більш серйозні проблеми.

Відтак, терапія прийняття та відповідальності ставить за мету допомогти клієнтові створити повне, насичене та осмислене життя, навчившись приймати всі його аспекти, включаючи труднощі, біль, перепони та негаразди, які є невід'ємною частиною життя. Людині важливо навчитися приймати те, що знаходиться за межами її особистого контролю, і брати відповідальність за свій вибір і відповідні дії, усвідомлюючи, що лише від неї залежить, чи обере вона дії, що ведуть до розвитку та сповненого смислами життя, чи буде діяти на основі шаблонів та стереотипів.

У цьому підході також беруть до уваги таку тенденцію людського розуму, як “когнітивне сплутування”. Йдеться про застрягання людини у пастці змісту того, про що вона думає. Таке

застрягання призводить до переважання думання над іншими способами поведінкової регуляції. Наш розум практично ніколи не замовкає і постійно оцінює, порівнює, прогнозує, планує. Думки, що гудуть у голові, бувають руйнівними, коли ми зливаємося з ними – проти волі слідуємо їм, відриваючись від теперішнього моменту. Румінація думок унеможлиблює іншу психічну діяльність, яка могла б бути корисною.

У стані когнітивного сплутування і злиття людина “ловиться” своїми ж думками, потрапляє в капкан їх змісту. Думки людина починає сприймати буквально, приймає за “правду”, на віру, тобто некритично. Вони постають як правила, яких начебто треба дотримуватись, або важливих подій, які потребують повної уваги людини. Щоб не потрапити у пастку своїх думок, людині варто навчитися займати метапозицію щодо потоку своєї свідомості та диференціювати – коли корисно слідувати тому, що говорить наш розум, а коли просто спостерігати його діяльність, перебуваючи лише “тут і зараз”. Здатність займати таку метапозицію є потужним антидотом проти різних форм стресу, які за своєю сутністю є деструктивними способами уникнення, придушення або ж надмірної фіксації на негативних емоційних переживаннях та думках.

Для цього виду терапії зовсім не принципово, чи це ірраціональні, адаптивні думки, чи навпаки. Не важливі ні їх зміст, ні оцінка цього змісту. Важливим є лише зупинити думку, щоб не бути нею спійманим. Більше значення мають не запитання “Про що саме ви думаєте і чи раціональна ця думка?” або “Чи адаптивною є ваша поведінка?”, а запитання “Чи те, що ви зараз робите, зробить ваше життя більш насиченим, повним та більш значущим?”, “Що ви зараз робите і чи усвідомлюєте це?”.

Кінцевим результатом, **метою терапії прийняття та відповідальності** є не зменшення тяжкості симптомів (хоча це й відбувається), а **збільшення психологічної гнучкості**, яка надає клієнту можливість зберігати або змінювати поведінку для досягнення особисто значимих цілей та результатів.

Цілями терапії АСТ є:

- зменшити вплив емоцій та когніцій на життя;
- підкреслити/посилити цінності (значиме, важливе для людини);
- зосередитися на найважливішому у своїй діяльності та поведінці і діяти заради того, що є цінним;
- допомогти зменшити психологічне страждання та покращити щоденну діяльність.

Психологічну гнучкість може забезпечити розвиток 6 базових психологічних навичок, що представляють модель психологічної гнучкості (Рис. 3).

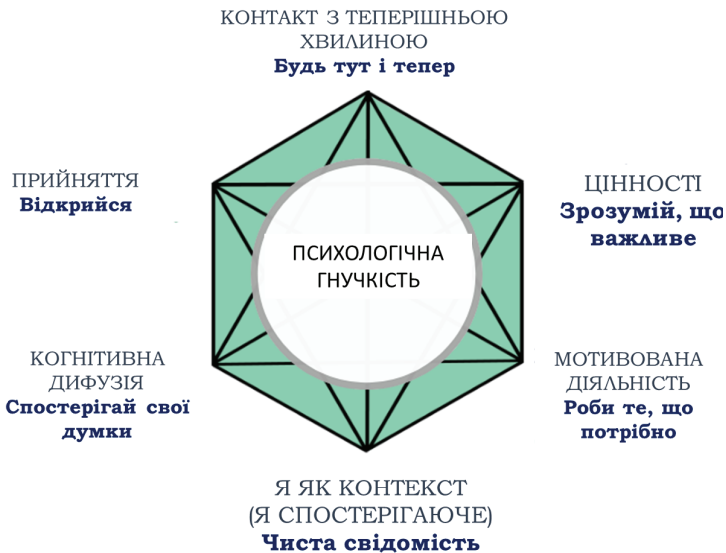


Рис. 3. Модель психологічної гнучкості

1. Контакт із теперішнім моментом (Contacting the Present Moment – Be Here Now): усвідомлення “тут і тепер”, пережите з відкритістю, інтересом і прийняттям; свідоме переживання себе в теперішньому моменті. Такий контакт передбачає

протидію життю на “автопілоті”, автоматизмам та шаблонному сприйманню себе і дійсності.

2. Когнітивне роз’єднання (розплутування, розчеплення) (Defusion – Watch Your Thinking): допомагає позбутися небажаного впливу неконтрольованих думок через дистанціювання з ними та відмежування від них. У терапії прийняття та відповідальності не прагнуть змінити форму, частоту цих думок чи ситуаційну чутливість до них, натомість намагаються змінити спосіб, яким людина з ними взаємодіє.

3. Прийняття (Acceptance – Open Up): процес відкривання і звільнення простору для хворобливих переживань, відчуттів, занепокоєнь та емоцій. Прийняття включає в себе позицію безоцінного сприйняття того, що відбувається, таку, що характеризується співчуттям, добротою, відкритістю, орієнтацією на актуальний момент і готовністю сприймати те, що відбувається. Людина ніби бере паузу між стимулом і реакцією, у якій намагається усвідомити все, що з нею відбувається на рівні відчуттів, думок і почуттів. Тільки після цієї паузи-усвідомлення людина обирає свою поведінку. Наприклад, під час переживання тривожного стану людина, застосовуючи стратегію прийняття, полишає спроби побороти тривогу, страх чи паніку, не прагне їх негайно позбутися, а дозволяє собі відкрито переживати їх, ігноруючи оцінки розуму, такі як: “Я не здатен це пережити!”, “Що я робив не так?”, “Я слабак – сильна людина не боїться!” тощо. *Прийняття базується на переживанні, а не на мисленні.* Людина не шукає термінової відповіді на запитання “Що робити?”, а говорить собі: “Так, я приймаю цей стан”. Важливо зауважити, що прийняття – це не пасивність чи повна бездіяльність, а навпаки, це навмисна і вольова дія, яка передбачає вибір чіткої позиції сприймання. Тобто, відповідно до ідеології прийняття, проблема не в самих почуттях чи думках, а в тому, як ми до них ставимося і що робимо. Контроль може бути корисним, але в ситуаціях, коли він стає руйнівним, потрібне застосування стратегій його нейтралізації.

4. Спостереження себе як контексту (Self-as-Context – Pure Awareness): прагнення до трансцендентного відчуття себе, безперервність, незмінність свідомості. Зазвичай ми не зважаємо на відмінність між такими двома елементами сфери нашого розуму, як роздуми про себе і спостереження себе. Перший елемент стосується генерації думок (думання), спогадів, фантазій тощо, які стосуються себе. Другий елемент – це спостереження себе. Більшість людей погано уявляє, що означає спостерігати себе. Це аспект знання про те, що і як ми думаємо, відчуваємо, бачимо або робимо в будь-який момент. У терапії прийняття та відповідальності для позначення цього аспекту використовують вислів “спостереження себе як контексту”. Є певна сфера нашої особистості, що не змінюється протягом життя, є сталою та такою, що спостерігає ті зміни, що з нами відбуваються. Змінюються параметри нашого фізичного тіла, наші думки й почуття, але наше Я залишається незмінним, що дає нам можливість розуміти, хто ми. Можна назвати це почуттям самості, пов’язаним із чітким переконанням щодо себе.

Якщо людина зосереджується на аспекті свого розуму, пов’язаному з самістю, – вона займає метапозицію щодо аспектів, пов’язаних із думанням, відчуттям тощо; вона отримує можливість не потрапляти під вплив автоматизованих, шаблонних когнітивних процесів та не вести себе відповідно до їх “диктату”. Така метапозиція може бути розвинена за допомогою прийняття та когнітивного роз’єднання. Людина навчається сприймати різні думки, ідеї, концепції без осуду й оцінювання, залишаючи у пріоритеті глибоке переживання себе, а не зміст досвіду. Як правило, людина переживає “себе як контекст” не постійно, а лише короткими моментами, але саме ці моменти є прикладами від’єднання від своїх думок, дистанціювання від них, і одночасно – присутність у контакті з ними.

5. Прояснення цінностей (Values – Know What Matters): відкриття найбільш важливих принципів істинного себе. Це стосується таких питань, як “Чому ви хочете присвятити своє

життя?”, “Що для вас є найважливішим у вашому житті?”, “Що ви хочете підтримувати?”. Цінності описують те, як людина хоче проживати своє життя, що саме робити передусім. Прояснення цінностей є важливим кроком у створенні змістовного життя. Цінності – це своєрідний компас, що вказує людині напрямок руху, тому доречно сказати, що прояснення цінностей – це вибір життєвих напрямків. Загальноприйнятими життєвими цінностями є: активне, діяльне життя, здоров’я, любов, матеріальна забезпеченість життя, дружба, суспільне визнання, свобода, сім’я.

6. Активні дії (Committed Action – Do What It Takes): визначення цілей, які відповідають цінностям, і відповідальність щодо їх досягнення. Йдеться про те, що окрім усвідомлення та прийняття себе, прояснення своїх цінностей, є ще один важливий складник, без якого повне, осмислене життя буде неможливим. Це зобов’язання до дії, відповідальна поведінка у напрямку власних цінностей. Користуючись метафорою компасу, можна сказати, що мандрівник, який просто дивиться на компас, залишаючись на місці, нікуди не прийде. Щоб потрапити в бажане місце, йому потрібно, визначивши напрямок, піти, тобто вчинити конкретні дії. Важливо розуміти, що ціннісно орієнтовані дії викликають не лише приємні переживання, а можуть приносити як задоволення, так і біль. Тому жити на основі наших цінностей означає “робити, що потрібно”, навіть коли це приносить біль і дискомфорт. У цій частині терапії можна використовувати будь-які традиційні поведінкові втручання, такі як постановка цілей, демонстрація, активація поведінки і навчання, тренінг впевненої поведінки тощо. Головна вимога до них – це їх спрямованість на забезпечення життєвих цінностей, а не на уникнення досвіду.

Ці 6 процесів не є ізольовані один від одного або такі, що слідує у певному порядку. Вони тісно взаємопов’язані і впливають один на одного.

Протилежними до цих 6 центральних процесів є відповідні їм 6 центральних патологічних процесів, які ведуть до

розвитку різних негараздів. Ними можуть бути: 1) домінування концептуалізованого минулого та майбутнього, обмежене самопізнання; 2) сплутування з думками; 3) уникання досвіду; 4) прив'язаність до наративів щодо власного Я; 5) неясність цінностей та відсутність контакту з ними; 6) дії, що не дають бажаного результату.

Проживаючи травматичний досвід війни, людина змушена вирішувати чимало моральних дилем. Іноді здається зрозумілим, що є морально правильним, а в інших випадках важко знати відповідь. І деякі моральні порушення, які трапляються в одному параметрі, можуть не бути порушенням в інших параметрах. Іноді доводиться ухвалювати рішення за долі секунди.

Людська мораль є досить складною. І травматичний досвід може змусити нас засумніватися в наших моральних світоглядах або в нашому розумінні того, ким ми є як особистість. Коли в обставинах високого ризику найглибші цінності порушуються, людина може поставити під сумнів свою віру, ті моральні істини, які відстоює в житті.

Дослідники моральної шкоди W. Evans, R. Walser, K. Drescher, J. Farnsworth зазначають про дві паралельні моральні системи, які разом становлять нашу особисту мораль і впливають на наші моральні дії та реакції в повсякденному житті – мораль розуму і мораль серця (Evans, Walser, Drescher, Farnsworth. 2020).

Мораль розуму стосується здебільшого того, чого нас навчають: це всі наші думки і розмови про мораль, все те, що ми засвоїли, як правильне і неправильне, у наших сім'ях, культурі, релігії та правовій системі. У результаті такого навчання формуються наші основні переконання та цінності.

Другий тип моралі, *мораль серця*, стосується емоційного досвіду – це те, що ми відчуваємо, а не думаємо. Ці емоційно заряджені реакції про добро і зло виникають спонтанно, занадто швидко, щоб виникнути з логічних міркувань (Haidt, 2001). Подібні реакції позначають поняттям “моральна інтуїція”.

Джонатан Гайдт і його колеги визначили принаймні п'ять типів ситуацій, які викликають сильні емоційні моральні реакції в різних культурах:

- шкода, заподіяна іншим, особливо слабким і вразливим;
- несправедливість;
- нелояльність або зрада сім'ї, громади чи країни;
- неповага з боку керівництва та влади;
- осквернення або неповага до ідеалів чи речей, які вважають священними.

Буває так, що мораль розуму і серця не збігаються. Іноді наш розум каже нам, що вчинок правильний, а серце каже, що це неправильно, або навпаки.

Відповідно, якщо людина порушує якісь норми моралі (або думає, що порушує), у неї може з'явитися **почуття провини**. Почуття провини потрібне для того, щоб бути членом групи; вона підказує, що потрібно робити (відповідає за взаємодопомогу); провинна стимулює людину виправити ситуацію, відновити нормальний хід справ; узяти відповідальність за свої вчинки. Однак, часто провинна стає постійним, щоденним супутником без об'єктивної причини. Така провинна є **токсичною, невротичною**.

Найчастіше в капкан провини потрапляють:

- чесні, порядні люди, які прагнуть *справедливості* (образу і провинна – два боки несправедливості);
- *перфекціоністи* (мені недодали (образу), я недодав (провинна));
- люди, які цінують *сім'ю, традиції* (розрив емоційних зв'язків важкий).

Після кризових і травматичних ситуацій зазвичай виникають такі види провинни: провинна відповідальності, провинна через безсилля, безпорадність, провинна вцілілого (того, хто вижив; перед померлим).



Рис. 4. Типи провини

Серед психологічних причин нездорового почуття провини є:

- відчуття всемогутності (вважають нормальним у дитини віком від 2 до 6 років);
- захисна реакція на власну безпорадність (внутрішній критик, неможливість контролювати смерть);
- уникнення горювання (людина часто порівнює свої страждання зі стражданнями інших);
- базові переконання (“Я повинен був це передбачити”, “Я мав би знати, що це станеться” тощо).

Аби допомогти людині усвідомити рівень своєї відповідальності, а відтак і провини, **корисними є запитання:**

- Чи маєте Ви дар передбачення?
- Яким чином Ви могли знати, що буде такий сценарій подій?
- Яку інформацію Ви насправді мали, коли це сталося?
- Що Ви сказали би потім друзі в тій же ситуації?

У роботі з почуттям провини ефективними є техніки для розвитку навичок когнітивного роз'єднання, а також спостереження за власним Я як контексту.

Наприклад, «Коли я згадую події цієї операції, я відчуваю, що в моїй голові є дуже багато думок». Потрібно з'ясувати: які думки найбільше докучають? які думки засуджують мене? При цьому важливо не досліджувати історію цих думок, не

давати оцінку цим думкам, не давати їм пояснення, а просто називати.

Вправа “Когнітивне роз’єднання”

Уяви, що листя є твоїми думками, а травичка – емоціями. Можеш це робити з заплющеними очима. Роби, як зручно. Назви всі думки/емоції, які можеш помітити. Не критикуй і не оцінюй. Просто назви їх і все.

Вправа на від’єднання від думки

– Визначте думку.

– Озвучте думку у звичний вам спосіб (я не вартий, я невдаха).

– Дозвольте підчепитись на гачок.

– Додайте: «Маю думку, що я не вартий».

– Я усвідомлюю, що маю думку про меншовартість.

Із часом людина відчуває послаблення емоційної напруги стосовно цієї думки.

Вправа “Руки як думки”

– Покладіть руки на коліна долонями вгору.

– Почніть потрохи підіймати долоні до обличчя.

– Закрийте долонями обличчя.

– Потрохи почніть опускати долоні на коліна.

Що ми розуміємо за допомогою цієї вправи? Долоні є нашими думками-емоціями. Коли вони нас заповнюють собою, тоді ми не можемо бачити те, що знаходиться навколо нас. Коли ми поволі опускаємо долоні (емоції/думки), тоді перестаємо на них реагувати, але починаємо бачити те, що відбувається навколо нас. Висновок – ми здатні бачити світ навколо нас навіть тоді, коли емоції/думки нікуди не зникають.

Психологи, які працюють із військовослужбовцями та учасниками бойових дій, зазначають, що вони (військовослужбовці) часто страждають через почуття провини та гнів, які виникли в результаті вибору, який вони зробили під час бою і який призвів до шкоди чи смерті інших або містив поведінку, що не відповідала їхнім цінностям.

Моральні цінності – це ті керівні принципи, які допомагають нам встановлювати або підтримувати зв'язки та згуртованість, щоб ми могли виживати та процвітати в наших стосунках та спільноті. Загальні моральні цінності включають турботу, доброту, приналежність, любов і безпеку тощо. Дії відповідно до наших моральних цінностей дають життю сенс, мету та реалізацію не лише для нас самих, але й для наших спільнот.

Коли моральні цінності порушують, це потенційно морально шкідлива подія. “Потенційно” морально шкідлива, тому що різні люди, а також різні спільноти мають різні цінності або можуть по-різному визначати пріоритети цінностей. Подія, яка морально завдає шкоди одній людині, може не бути такою для іншої. Відповідно – морально шкідлива подія завдає людині морального болю, страждання.

Морально шкідлива подія – це ситуація, яку особа сприймає як порушення важливої моральної цінності, зокрема:

- щось, що ви зробили або не змогли зробити;
- те, що хтось інший зробив або не зміг зробити для вас;
- щось, свідком чого ви стали;
- те, про що ви дізналися після того, як це вже сталося.

Ці переживання часто породжують сильні моральні емоції та судження, що виникають у момент події або після неї.

Щоб зрозуміти різні способи, якими людина може пережити морально шкідливу подію, корисно розглянути, як ці події розміщені вздовж двох різних вимірів. Перший вимір відповідає на запитання “Чия поведінка призвела до порушення? Ваша, чиясь? Поведінка групи, установи або організації?”. Другий вимір відповідає на запитання “Хтось зробив щось не так чи комусь не вдалося зробити щось правильно? Тобто чи це був акт вчинення (Ви або хтось інший щось зробив) або бездіяльність (Ви або хтось інший не зміг зробити)?”.

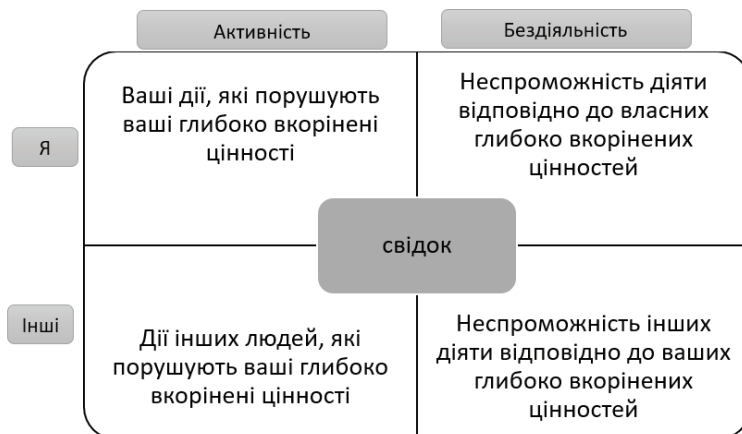


Рис. 5. Виміри моральних порушень

Морально шкідливі події часто не потрапляють лише в один із чотирьох квадрантів. Крім того, порушення може завдати шкоди людині, яка не є ні тією, ні іншою відповідальною стороною, ні потерпілим. Людина може бути в позиції свідка, який не здатний вплинути на порушення, але незважаючи на це, може звинувачувати себе, відчувати сором, гнів, відразу і навіть ненависть.

Працюючи з моральними травмами і почуттям провини, важливо розуміти, що **моральні рани є соціальними ранами**. Функція моралі – тримати спільноти разом і координувати наші дії щодо інших. Коли хтось порушує цю мораль, це створює розрив, роз'єднання між людиною та її спільнотою – родиною, друзями, релігійною громадою тощо. Це означає, що для того, щоб залікувати соціальну рану моральної шкоди, потрібно збільшити обізнаність людини про її власні соціальні групи та зв'язки, а також розвивати важливі навички психологічної гнучкості:

- розширити уявлення про себе;
- відійти від історій, думок, у яких застрягли;

- відновити зв'язок зі своїми цінностями;
- збільшити свою готовність відчувати і навіть приймати біль у служінні своїм цінностям;
- діяти відповідно до своїх цінностей у цей момент.

Узагальнюючи практичний досвід роботи українських психологів з учасниками бойових дій, членами їхніх родин та іншими категоріями постраждалих внаслідок цієї жакливої війни, можна окреслити такі основні напрями роботи з почуттям провини та моральною травмою: розвиток навичок психологічної гнучкості, розвиток і використання навичок самоспівчуття та самотурботи, а також розвиток навичок прощення.

2.2.5. Методи казкотерапії у формуванні адаптивних метакогнітивних стратегій

Ефективним психологічним інструментом для розвитку метакогнітивних навичок, спрямованих на моніторинг, оцінку та корекцію когнітивних процесів, можуть слугувати **казки**. Адже через ідентифікацію з героєм та відповідно «зараженням» його позитивним досвідом, через аналіз модельних ситуацій, у яких персонажі стикаються з викликами, діти активують рефлексію, навчаються різних стратегій подолання перешкод, стратегій саногенного, адаптивного мислення, зокрема вчать контролювати та рефлексувати свої думки й реакції, передбачати наслідки дій, змінювати негативні або дисфункційні моделі мислення на більш позитивні та реалістичні тощо (Handzilevska, Korol & Škorvagová, 2025). Окрім того, казки, згідно з Марі-Луїзою фон Франц, здатні втішати та лікувати. Описуючи несвідомі процеси психічного розвитку – ті внутрішні трансформації, які переживає кожна людина, – вони пропонують відповіді на важливі питання (Marie-Louise von Franz, 2012, p. 11). Різноманітність казок (реалістичні казки; казки, що базуються на психотерапевтичній метафорі; казки, написані разом із дитиною; казки,

адаптовані до дитини; казки, які склав психолог або психотерапевт, що працює з дитиною (Гридковець, Сиротич, 2018), відкриває для психолога широкі можливості їхнього використання від психоедукації до психотерапії та реабілітації. Водночас казки можуть слугувати важливим інструментом для розвитку метакогнітивних стратегій, які мають вирішальне значення для ефективного розв'язання проблем та адаптації до нових ситуацій. Метакогнітивні стратегії сприяють підвищенню здатності рефлексивно оцінювати та регулювати власні думки, що веде до кращого подолання складних ситуацій, розвитку критичного мислення та емоційного інтелекту. Метакогнітивні стратегії лежать в основі здатності дітей не лише реагувати на стимули навколишнього середовища, а й свідомо та ефективно керувати своїми психічними процесами. Ці навички включають здатність ідентифікувати та рефлексувати власні думки та почуття, здатність критично оцінювати свої рішення та поведінку, а також здатність планувати, контролювати та коригувати свої дії на основі попереднього досвіду. Казки з їхніми різноманітними персонажами, ситуаціями та моральними уроками є ідеальною основою для розвитку цих навичок, оскільки діти можуть ототожнювати себе з героями, розмірковувати над своїми рішеннями та випробовувати різні способи розв'язання проблем.

Експерти (Савченко, 2019; Škorvagová та ін., 2024) виділяють низку метакогнітивних стратегій, які дають змогу людині відстежувати, контролювати і регулювати своє мислення та емоційні реакції. Задля їхнього розвитку метод казкотерапії є неоціненним, адже формує:

Контрфактичне мислення: аналіз можливих альтернативних сценаріїв дозволяє дітям передбачати наслідки своїх рішень, краще адаптуватися до нових ситуацій, замислитися над наслідками власної поведінки та рішень. Казка може слугувати модельною ситуацією, де діти досліджують наслідки маніпуляцій та власних помилок. Аналіз ситуації розвиває навички передбачливості та адаптивності, умінь визнавати

свої помилки та недоліки, формувати установку на зміни моделі мислення.

Самоконтроль і регулювання емоцій: здатність контролювати власні дії, емоції та наміри, відволікатися від негативних емоцій. У казках герої часто зустрічаються з труднощами та, незважаючи на це, здатні зберігати контроль над своїми діями, емоціями та намірами, що дозволяє для них мобілізувати свої зусилля та приймати допомогу від інших у досягненні поставленої мети, долати ненависть через знаходження своєї цінності в оточенні, яке забезпечує їй прийняття.

Орієнтацію на інтелектуальні емоції: здатність керувати емоціями, використовувати їх як сигнали для ухвалення рішень. Казки можна використати для демонстрації того, як емоції слугують індикаторами правильних або неправильних рішень.

Уміння виявляти когнітивні викривлення (розвивати саногенні стратегії): здатність усвідомлювати власні помилки мислення (чорно-біле мислення, генералізація або катастрофізація), виявляти ірраціональні думки або автоматичні шаблони мислення, які можуть негативно впливати на емоційні та поведінкові реакції, змінювати неадаптивні моделі мислення. Завдяки казкам діти отримують уявлення про негативні моделі мислення і вчать їх переоцінювати.

Життєстійкість: казки пропонують моделі подолання труднощів і пошуку підтримки, що особливо важливо для дітей, які постраждали від війни. Казки можуть підтримати пошук зовнішніх джерел допомоги та боротьбу за справедливість.

Казки вчать дітей знаходити в собі сили та внутрішні ресурси, щоб впоратися зі стресом і відновити емоційну рівновагу. Водночас психологічні техніки казкотерапії, такі як “позитивна переоцінка ситуації” та “перетворення руйнівної енергії стресу на відновлювальну”, пов’язані з меседжами казок. А тому дуже важливо психологам бути чутливими, коли добирають чи аналізують казки.

Окрім того, казка допомагає психологу створити зону безпеки для дитини, адже дитина має можливість не лише ототожнюватися з головним героєм, але й стати на позицію спостерігача, тим самим врегульовувати свої емоції і не дозволити для них «взяти вгору над розумом» (Гридковець, Сиротич, 2018). Досить ефективним методом казкотерапії є написання групової казки, яку діти можуть писати разом, супроводжуючи цей процес малюванням та драматизацією (Гандзілевська, 2024). Історії дозволяють дитині відчувати, що вона не самотня в своїх страхах і переживаннях (Гридковець, Сиротич, 2018), що є важливим у процесі реабілітації в сучасних умовах війни.

Психологічні функції українських народних казок під час війни

Результати психологічного аналізу семи українських народних казок, зокрема “Як соловейко чоловіка розум навчив”, “Рукавичка”, “Кривенька качечка”, “Лисичка-Сестричка”, “Цап та Баран”, “Тхір”, “Лисичка-Сестричка і Вовк-Панібрат” підтверджують, що казки презентують цінні метакогнітивні стратегії і можуть слугувати практичним інструментом для вчителів та психологів, які прагнуть розвивати метакогнітивні навички в дітей, а також їхній саногенний та резиліентний потенціал в умовах війни (Гандзілевська, Ратінська & Škorvagová, 2025).

У той час, коли діти стикаються з раптовими змінами, розлукою з сім'єю, своєю домівкою, втратою безпеки, українські народні казки, завдяки позитивним культурним ролевим моделям, можуть допомогти їм:

- *зміцнювати стійкість та самоконтроль*, справлятися з емоційними викликами, керувати негативними емоціями, такими як страх, гнів або відчай, боротися за справедливість і право захищати себе і свою власність (наприклад, казка “Тхір”);
- *долати труднощі та адаптуватися до нових ситуацій*, робити вибір і приймати нові починання, інтегруватися в нове середовище (наприклад, казка “Кривенька качечка”);

- *розвивати вміння будувати стосунки, розпізнавати деструктивні стосунки (наприклад, “Лисичка-Сестричка та Вовчик-Братик»), співпрацювати навіть у складних обставинах та шукати підтримки в громаді (наприклад, казки “Цап та Баран”, “Рукавичка”);*

- *активізувати критичне мислення та рефлексію (наприклад, казка “Як соловей чоловіка розуму навчив”), збереження психологічної цілісності (наприклад, казка “Лисичка-Сестричка”).*

Водночас зміст казок варто акуратно інтерпретувати у світлі поточних викликів і потреб дітей. Наприклад, казка “Рукавичка” може сприяти ретравматизації тих, хто пережив втрату дому чи родичів. *Важливо підходити до казки делікатно і забезпечити, щоб її зміст інтерпретувався з урахуванням актуального емоційного стану дітей.*

Таким чином, казки:

- *забезпечують дитячий світ важливими моделями вирішення конфліктів, відновлення психологічної цілісності та сприяння адаптації у складних обставинах;*

- *сприяють емоційній регуляції, розвитку стійкості та соціальної згуртованості в дітей, які постраждали від війни;*

- *розвивають вміння справлятися з труднощами, тим самим сприяючи емоційній та соціальній стабільності, психологічній адаптації дітей;*

- *для дітей, які були переміщені або втратили близьких, можуть стати мостом до розуміння, прийняття та подолання змін у їхньому житті;*

- *містять метафоричні образи та ситуації, які дозволяють дітям розвивати важливі життєві навички;*

- *ілюструють різні способи подолання труднощів, слугують практичним інструментом для розвитку метакогнітивних стратегій.*

3.4. Метакогнітивні процеси в посттравматичному зростанні молоді

Травматичні події, серед яких найбільш глибокою та руйнівною є війна, – це серйозна проблема не лише в сьогоденні, а і в довгостроковій емоційній перспективі. Травматичні події значною мірою “похитують, кидають виклик або іноді руйнують” сприйняття людиною світу (Calhoun et al., 2014). Відомо про багато потенційних негативних наслідків травматичних подій, таких як посттравматичний стресовий розлад, депресія, дисоціація, зловживання психоактивними речовинами тощо. Водночас протягом останніх десятиліть дослідники травм дедалі більше цікавляться **посттравматичним зростанням (ПТЗ)** – концепцією, згідно з якою деякі люди розвиваються в результаті впливу травматичних або важких подій (Tedeschi, 1995, 2018; Dewey, 2021).

У системному огляді та метааналізі, проведеному в 2019 році, було проаналізовано 26 статей, зосереджених на конкретних видах травм і посттравматичному зростанні, які демонстрували люди (Kaminga та ін., 2019). У результаті проведеного аналізу автори зробили висновок, що майже половина тих, хто пережив травматичні події, показали помірний або високий рівень ПТЗ. ПТЗ було виявлено і в біженців, які стали свідками смерті членів сім'ї чи друзів, сексуального насильства та/або тортур і які були змушені покинути свою рідну країну, зіткнувшись із різними небезпеками та приголомшливим досвідом на цьому шляху (Acar et al., 2021). У дослідженні ПТЗ серед ветеранів було виявлено, що 50,1% мали помірний або вищий рівень ПТЗ (Tsai та ін., 2015). Розвиток соціальних зв'язків і цілеспрямованість були віднесені до найважливіших факторів у ПТЗ серед ветеранів. Ці статистичні дані показують велику надію для наших Захисників.

У ранніх концепціях посттравматичного зростання виділено три категорії, за якими його можна виміряти:

- зміни у сприйнятті себе;
- зміни в міжособистісних стосунках;
- змінена філософія життя (Tedeschi&Calhoun, 1996).

Зміни в самосприйнятті відображають покращене уявлення про свою силу, здібності, що, своєю чергою, покращує самооцінку компетенції людини. Якщо ці люди в майбутньому будуть переживати травматичні події, то будуть мати джерело впевненості, на яке вони можуть опиратися зі свого минулого. Жити з такою впевненістю – це майже як мати суперздібність.

Зміни в міжособистісних стосунках характеризуються покращенням як у глибині, так і в якості, завдяки усвідомленню їхньої важливості. Певні травматичні події спонукають людину бути більш емоційно експресивною, щоб проговорити події або попросити допомоги. Це спонукає до використання нових ресурсів або більшої кількості тих, які є в людини.

Змінена філософія життя передбачає боротьбу за розуміння травматичної події та пошук нового сенсу в житті. Створення сенсу – це когнітивний процес, який дозволяє людині інтегрувати нові життєві події в наявні психічні структури (Mangelsdorf&Eid, 2015; ParkandAi, 2006). Дослідники стверджують, що “отримання нового погляду на змінену реальність може полегшити використання адаптивних стратегій подолання та стимулювання ПТЗ після сильного стресу” (Rogan та ін., 2013, як цитується в Grace та ін, 2015, с. 12).

Відтак, аби могли процвітати, а не просто виживати після травматичної життєвої події, важливо розуміти ті психологічні механізми, які будуть сприяти адаптації та розвитку особистості. На сьогодні встановлено, що на ПТЗ мають сприятливий вплив вдячність, навмисне роздумування, обмін негативними емоціями чи досвідом, адаптивні стилі подолання, такі як позитивна переоцінка, практики усвідомленості (Henson et al, 2021; Ochoa та ін., 2016; Chopko&Schwartz, 2009). Є дослідження, спрямовані на розуміння впливу метакогнітивних стратегій на здатність реагувати на негативні емоції після травматичних подій (Li, Wang, Xue, Zhao, Zhu, 2020).

Вони показали, що висока внутрішня увага до своїх емоцій допомагає підтримувати емоційний баланс під час процесу відновлення та покращує здатність протистояти негараздам. М. Тедескі та Р. Калхун (2017) досліджували взаємозв'язок між метакогнітивними процесами та самоефективністю в контексті ПТЗ. Вони виявили, що здатність студентів аналізувати свої можливості та розробляти стратегії для подолання труднощів допомагає їм вірити у свої сили і ефективніше реагувати на стресові ситуації. Також виявлено, що на ПТЗ можуть впливати деякі риси особистості. Зокрема, з'ясовано, що екстраверти більш схильні демонструвати ПТЗ через їхні активні відповіді та схильність шукати допомоги та спілкування (Collier, 2016). Знизити ризик розвитку депресії після травматичної події, а також сприяти розвитку ПТЗ може вираження власних емоцій (позитивних чи негативних) у безпечній та сприятливій обстановці (Látos, 2021; Baños, Garcés, Miragall, Herrero, Vara, Soria-Olivas, 2022). До того ж, встановлено, що в тих ділянках мозку, які пов'язані з емпатією та емоційним інтелектом, зростає об'єм сірої речовини в осіб, які демонструють ПТЗ (Nakagawa et al., 2016; Ord та ін., 2020). Цікаво, що ці неврологічні ефекти виникають у тих самих ділянках мозку, що і під впливом травми та стресу, але протилежними способами.

Є дослідження, які свідчать про те, що ПТЗ може "розпадатися" з часом швидше в дітей і підлітків, ніж у дорослих (Meyerson et al., 2011). Інше дослідження показало, що підлітки старшого віку були більш здатні розвивати вищий рівень ПТЗ, ніж молодші учасники (Zhou et al., 2019). Припускають, що це зумовлено тим, що вони більше зацікавлені у зв'язках із навколишнім світом, що означає побудову більше міжособистісних стосунків і пошук соціальної підтримки.

Коли йдеться про ПТЗ, то має значення масштаб виклику. "Теорія ПТЗ стверджує, що подія може настільки засмучувати, що може кинути виклик цілям, переконанням і здатності людини справлятися з лихом або спричинити зміни в її погляді на світ або себе, щоб відбулося зростання" (Шекспір-Фінч та

інші, 2003). Цей термін підкреслює ідею, що травматичні події можуть дати людині нову мету та силу, підштовхуючи її до пошуку варіантів справлятися зі складними викликами поза межами наших можливостей. Таке мислення дає можливість знайти й усвідомити, що саме робить життя вартим того, щоб жити, і в процесі надихає людей жити життям, яким вони пишуться.

У статті П. Лушина та Ю. Сухенко представлено концептуалізацію ПТЗ із погляду діалектичної єдності процесів посттравматичного стресового розладу і посттравматичного росту. Результати дослідження свідчать про те, що процес розвитку особистості є парадоксальним, незворотнім і мало передбачуваним. У діалектичній перспективі атрактором змін є не зміст тимчасових форм (таких як травма, успіх, потік), а стабілізація їхніх змін: теза-антитеза-синтез. Порівняно з ПТЗ, результатом посттравматичного розвитку є системний перехід до нової (не кращої чи позитивної) ідентичності. ПТСР, а також ПТЗ становлять незначні цикли в межах основного циклу посттравматичного розвитку (Lushyn, Sukhenko, 2021). Автори дійшли висновку, що з погляду представленої моделі, (а) травматична подія може бути передумовою для незворотних змін особистості/ розвитку; (б) посттравматичний процес неоднозначний і виявляється в потоці відносно позитивних і негативних транзиторних форм; (с) один із них – це переживання повного глухого кута або блокування процесу фасилітації; (d) чутливість до випадкових подій і ритму їхньої зміни.

Дослідники Eranda Jayawickreme та Laura Blackie (2020) теж стверджують, що ПТЗ варто розуміти та оцінювати в термінах зміни особистості. Ця точка зору передбачає, що ПТЗ є особистісними змінами великої глибини та значення. Оскільки особистість визначають як відкриту психосоціальну систему, що спілкується з навколишнім середовищем заради свого самовідновлення та саморозвитку, то сам розвиток можна розуміти як процес постійної, спонтанної реалізації потенціалу

системи особистості у вигляді емерджентних властивостей (Берталанфі, 1972; Віланд-Берстон, 2015).

Є дослідження, які показують, що обмін інформацією з особою чи групою може допомогти людині почуватися більш “нормально” щодо своїх почуттів і переживань (Richardson, 2016). Hobfoll та ін. (2007) стверджують, що для того, щоб відбулося справжнє зростання, мають відбуватися як *пізнання* зростання, так і *дії* зростання. В іншому дослідженні автори стверджують: “Тільки тоді, коли люди були глибоко залучені в перетворення когнітивних процесів зростання в дії, ми виявили позитивну користь у посттравматичному зростанні» (Henson et al., 2021).

Теоретичні моделі посттравматичного зростання, що переважають, є фундаментально когнітивними. Проте декілька досліджень вивчали зв'язок ПТЗ із метакогнітивними переконаннями, самозосередженою увагою і пов'язане з травмою ставлення до світу та себе. Є дослідження, які підтверджують, що ці когнітивні конструкції можуть впливати на розвиток ПТЗ (Marqueses et al., 2022). Р. Тедескі зазначає, що для виникнення ПТЗ травматична подія має поставити під сумнів наявні позитивні когнітивні схеми, перевернувши припущення людини про те, що світ є справедливим місцем, де люди можуть передбачити та контролювати те, що відбувається, що більшість людей за своєю сутністю хороші, що сама людина має цінність і що світ має сенс. Ставлення під сумнів цих переконань або установок веде людину до когнітивного стану намагатися зрозуміти, що сталося, зрозуміти природу світу та саму себе. Іншими словами, ці травмовані люди вступають у **когнітивну боротьбу**, щоб відновити свої когнітивні функції, схеми про світ і про себе (Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku, Calhoun, 2018).

Як уже було зазначено, метакогнітивні переконання людини розуміють як переконання щодо її власних когнітивних процесів. Такі переконання є відображенням метакогнітивного способу обробки інформації, в якому думки не сприймають

як простий опис, але натомість розглядають як психічні події, які заслуговують на увагу (Wells, 2000). Метакогнітивний шлях мислення дозволяє людям зайняти більш критичну позицію щодо своїх пізнавальних можливостей та може допомогти полегшити ПТЗ. Наприклад, К. Таку та ін. (2012) припустили, що метапізнання може дозволити травмованим людям порівняти різні версії себе від “до” та “після” травматичної події, процес мислення, який може дозволити їм розпізнавати власне ПТЗ (Taku, Kilmer, Cann, Tedeschi, Calhoun, 2012). У 2023 році ми провели емпіричне дослідження посттравматичного зростання в українській молоді (Matlasevych, Balashov, Kotovska, 2023). Аналіз результатів емпіричного дослідження засвідчив, що середні значення показників ПТЗ серед опитаної молоді є досить високими. Це свідчить про позитивні зміни у сфері сприйняття молодими людьми власного «Я», появу нових можливостей, збільшення сили особистості та появу відчуття внутрішньої цілісності.

Ми припускали, що посттравматичне зростання студентської молоді буде пов'язане з емотивними та метакогнітивними процесами. Ця гіпотеза підтвердилася частково. Зокрема, ми не виявили зв'язку між вираженням емоцій (експресією) та ПТЗ. Водночас ми виявили зв'язок між придушенням експресії та когнітивною переоцінкою, а також значні зв'язки між когнітивною переоцінкою та ПТЗ з усіма його компонентами. Як було зазначено в проаналізованих дослідженнях, травматичні події спонукають багатьох людей бути більш емоційно експресивними, щоб проговорити свої емоційні реакції, які викликала подія. Також було зазначено, що проговорювання своїх емоцій тісно пов'язане з когнітивною обробкою травматичних переживань, що може слугувати фасилітаційним чинником ПТЗ, допомагаючи молодим людям витягувати сенс зі свого травматичного досвіду. Однак, на нашу думку, одержані результати щодо зв'язку між придушенням експресії та когнітивною переоцінкою, а також відсутність статистично значимого зв'язку між експресією та ПТЗ можна пояснити дією

механізмів психічного захисту. На жаль, ситуація в Україні не змінюється, загроза не минає, а кривавий конфлікт продовжує розгортатися. За таких обставин, аби витримати весь шквал негативних переживань, емоції можуть притуплюватися, і натомість більшою мірою запускаються когнітивні та метакогнітивні процеси для пропрацювання травматичних подій. Такі наші висновки підтверджують і результати дослідження, яке було проведено Taubman-Ben-Ari з колегами у 2021 році. Одержані результати дають підстави для висновку, що когнітивна переоцінка негативних стимулів (ймовірно, і своїх емоційних реакцій на травматичні події) може бути ключовим фактором ПТЗ. Деякі дослідження показують результати, які вказують не лише на довготривалі переваги ПТЗ, але й на збільшення цих переваг із часом.

Є дослідження, які вивчали ПТЗ у дітей, які втратили одного або обох батьків через Covid-19 (Gray та ін., 2022). ПТЗ протягом пандемії Covid-19 було зафіксовано у зв'язку із впливом декількох факторів, одним із яких було навмисне роздумування, проговорювання емоцій, пов'язаних із травматичним досвідом (Ikizer та ін., 2021). Дослідження, проведене спеціально серед американських студентів-медиків під час пандемії Covid-19, дало цікаві дані про ПТЗ (Luo et al., 2022). Ці майбутні медики часто безпосередньо доглядали хворих на Covid-19, включалися у створення підтримувальної соціальної мережі, використовували когнітивну гнучкість або демонстрували інші способи волонтерства та служіння іншим. Така поведінка вказувала на вищий рівень ПТЗ у студентів протягом усієї пандемії Covid-19.

Нещодавні дослідження працівників швидкої допомоги підтверджують більш нюансований, контекстно залежний погляд. Зокрема, переоцінка подій, імовірно, є кращою у процесі роботи з травматичними подіями низької інтенсивності, а свідомо концентрація уваги/відволікання (майндфулнес) є кращим для подолання важких емоцій високої інтенсивності (Taubman-Ben-Ari et al., 2021).

Дослідження, в якому взяли участь 176 зарубіжних студентів, показало, що особи, які мають бажання бути в контакті зі своїми емоціями та спогадами, демонструють вищий рівень ПТЗ (Kashdan & Kane, 2011). Дослідження також засвідчило, що вищий рівень дистресу в поєднанні з низьким опором щодо досвіду уникнення власних емоцій дає найвищі показники ПТЗ.

Таким чином, підтверджується ідея, що метакогнітивні процеси сприяють посттравматичному зростанню.

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ МЕТОДИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТАКОГНІТИВНОГО МОНІТОРИНГУ

3.1. Техніки для соціально-психологічної реабілітація військових та ветеранів

3.1.1 Соціально-психологічна реабілітація військових та ветеранів, які страждають на ПТСР

Інформації щодо поширеності та захворюваності ПТСР в Україні за офіційними даними МОЗ України на сьогодні немає. Відповідно до останніх опублікованих досліджень в Україні поширеність ПТСР коливалася від 11,1% до 50,8% залежно від методології та часу проведення дослідження. Як зазначено в Уніфікованому клінічному протоколі первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) “Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації” (Наказ МОЗ від 19 липня 2024 року № 1265), ризик ПТСР суттєво відрізняється залежно від типу травми, оскільки травми, пов’язані з міжособистісним насильством (наприклад, полоном, сексуальним насильством), мають найвищий ризик подальшого розвитку ПТСР. Також існує високий тягар ПТСР на рівні популяції, пов’язаний із несподіваною смертю близької людини – дуже поширеним типом травми, який асоціюється з низьким ризиком ПТСР на індивідуальному рівні.

Діти, підлітки, люди похилого віку більш вразливі до появи психопатологічних реакцій на стрес. У жінок частота ПТСР в середньому в 2 рази вища, ніж у чоловіків.

Важливо враховувати, що клінічні прояви ПТСР вкрай різноманітні і з часом можуть змінюватися. Перебіг ПТСР хвилеподібний.

Характерним є:

– повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про подію, яка травмує; кошмарні сновидіння; інтенсивні психологічні страждання або такі реакції організму, як пітливість, прискорене серцебиття й паніка під час зіткнення з нагадуванням про подію, що травмувала;

– уникнення й емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних із подією; втрата інтересу до діяльності, яка в минулому приносила радість, відсторонення або відчуження від інших, обмеження емоційної реакції (наприклад, нездатність відчувати радість або щастя);

– перезбудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість.

Може виникати невмотивована агресія, спрямована на випадкових людей, а часто на рідних і близьких. Незрозуміле почуття провини (*не виконав місію; не врятував; мав би зараз бути там*), почуття недовіри та зради, а також "несправедливості долі"; відчуття відсутності майбутнього тощо. Іноді людина не помічає своїх змін, проте це помічають інші. Оточення може сприймати людину з ПТСР як таку, яку "підмінили".

Часто люди, в яких є ПТСР, побоюються говорити про свої проблеми – бояться стигматизації через звернення по психіатричну допомогу, відчувають сором, намагаються подолати прояви розладу самостійно. На жаль, часто це відбувається за допомогою алкоголю та наркотичних препаратів, що ще більше посилює прогресування ПТСР.

Потрібно знати, що ПТСР – це медична проблема, що охоплює людину в цілому – фізично, психічно, емоційно та духовно.

Тому говорити про свою проблему – означає зробити перший крок на шляху до одужання.

Для одужання важливе значення має розуміння того, що процес лікування потребує певного часу і зусиль як від особи з ПТСР, так і від її оточення.

Підтримка з боку близьких дуже важлива!

Лише медикаментами ПТСР не вилікувати!

Потрібні щонайменше три позиції: психотерапія травми, медичний супровід у разі потреби, матеріально-побутовий комфорт людини і перебування в безпечному місці. Дуже важливим допоміжним чинником є підтримувальне та ресурсне середовище (добрі та надійні сімейні або партнерські стосунки) (Борисова, 2024).

Тому з **самого початку лікування потрібно зосередити увагу на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації**. Наявність симптомів ПТСР не повинна бути перешкодою для професійної та соціальної активності. Досвід військових психологів свідчить, що ПТСР рідко розвивається в людей, які досить швидко включилися в життя соціуму (робота, сім'я, друзі, хобі тощо). Важливо не уникати участі в програмах психологічної, соціальної та фізичної реабілітації, музикотерапії тощо (за їх наявності). За Уніфікованим клінічним протоколом первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) “Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації” (Наказ МОЗ від 19 липня 2024 року № 1265) рекомендовано слухати музику. Щоденне прослуховування класичної, народної музики – тієї, яка викликає позитивні емоції, – теж шлях до одужання. Хороший ефект мають медитаційні техніки в поєднанні з музикою. Корисним є опанування психологічними техніками управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо). Важливо дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на страшну подію, яка шокує і загрожує (бойові дії, дорожньо-транспортні пригоди, фізичне чи сексуальне насильство, стихійні лиха тощо), яка викликає низку психічних і поведінкових порушень.

Основні ознаки та симптоми посттравматичного стресового розладу упорядковано в певні діагностичні критерії, описані в діагностичному довіднику DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) Американської психіатричної асоціації (таблиця 4).

Таблиця 4

**Основні ознаки та симптоми
посттравматичного стресового розладу, DSM-5**

Критерій	Основні симптоми / прояви	Мінімум для діагнозу
A: Стресор (травматична подія)	Особа зазнала або була свідком події, що включала реальну або загрозову смерть, серйозне поранення або сексуальне насильство; пряме переживання, свідчення, дізнання про подію з близькими або повторне професійне зіткнення (напр., рятувальники).	1
B: Інтрузії (повторне переживання)	– Нав'язливі спогади; – нічні кошмари; – флешбеки; – інтенсивний емоційний дистрес при нагадуванні; – фізіологічна реакція на тригери.	≥1
C: Уникання	– Уникання думок, спогадів, почуттів, пов'язаних із подією; – уникання зовнішніх нагадувань (людей, місць, діяльності тощо).	≥1
D: Негативні зміни у когніціях і настрої	– Амнезія щодо аспектів події; – негативні переконання (“Я безпорадний”, “Світ небезпечний”); – самозвинувачення; – стійкі негативні емоції (страх, провина, сором); – втрата інтересу; – відчуття відчуження; – неможливість відчувати позитивні емоції.	≥2

Продовження таблиці 4

Е: Зміни у збудженні та реактивності	– Дратівливість, спалахи гніву; – ризикована поведінка; – гіперпильність; – надмірна реакція переляку; – проблеми з концентрацією; – порушення сну.	≥2
Ф: Тривалість	Симптоми (В–Е) тривають понад 1 місяць .	–
Г: Функційне порушення	Симптоми викликають <i>клінічно значущий дистрес</i> або соціальне/професійне погіршення.	–
Н: Виключення інших причин	Симптоми не зумовлені речовинами або медичними станами.	–

ПТСР у військових часто має більш тяжкий, хронічний та комплексний перебіг. Військова травма відрізняється від травми мирного часу широким колом пошкоджувальних чинників – поєднаних фізичних, хімічних, нейропсихологічних. Військовослужбовці є основною “мішенню” застосування мінно-вибухової зброї, дронів. Крім того, тривале перебування в постійній небезпеці, очікування та безпосередня участь у подіях, які загрожують життю, викликають гострий, а згодом і хронічний емоційний стрес, призводячи до психічних, когнітивних і поведінкових розладів. Однією з основних причин захворюваності і смертності військовослужбовців є мінно-вибухові травми (МВТ) та пов’язані з ними черепно-мозкові травми (ЧМТ). Коморбідність наслідків ЧМТ та ПТСР погіршують перебіг один одного, внаслідок чого може значно затримуватись відновлення та одужання військового, що призводить до значних особистих страждань і розладів, які продовжують їх турбувати ще довго після того, як вони залишили військову службу (Чеботарьова, Коваленко, А. Солонович, О. Солонович, 2023).

За даними американських досліджень, половина ветеранів із ЧМТ, пов’язаною з бойовими діями, мають симптоми, що відповідають критеріям ПТСР. Більше того, є докази, що

ЧМТ може бути предиктором розвитку ПТСР. Як для ЧМТ, так і для ПТСР характерні безсоння, втома, дратівливість, депресія, тривожність, емоційне оніміння, уникнення, проблеми з концентрацією уваги та пам'яттю, симптоми дереалізації та деперсоналізації, гіперзбудження. Водночас такі симптоми, як головний біль, запаморочення, підвищена чутливість до світла та звуків, частіше виникають після ЧМТ. Переживання та почуття сорому і провини виникають частіше при ПТСР (Blakey, Wagner, Naylor, Brancu, Lane, Sallee, et al, 2018). Деякі з основних симптомів ЧМТ і ПТСР також спостерігають і при депресії: проблеми з концентрацією, зниження пам'яті, дратівливість, зниження мотивації та втома. У дослідженні G. Iverson et al. було зазначено, що понад 50% пацієнтів із депресією мали симптоматику, що відповідала критеріям помірнього/тяжкого постконтузійного синдрому (Iverson, 2006).

Розуміння взаємозв'язку між травматичним ушкодженням мозку та психологічною реакцією на травму є вкрай важливим як для вчасної діагностики та застосування ефективних методів лікування, так і для реабілітаційних заходів задля прискорення одужання, зменшення інвалідизації та покращення якості життя військових та ветеранів.

Соціально-психологічна реабілітація військових також має свої особливості, зумовлені:

- *проблемами реінтеграції* (складність повернення до цивільного життя, роботи, сім'ї);
- *втратою ідентичності* ("Я був солдатом, а тепер хто я?");
- *недовірою до суспільства або влади, відчуттям несправедливості;*
- *стигматизацією* (страхом зізнатися у психологічних проблемах ("це слабкість")).

Переважна більшість дослідників і практиків сходяться на думці, що ядром ПТСР є *збій у роботі пам'яті*. Під час важкого стресу, який має прямі ризики втрати життя для людини, травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті й інтеграція травматичних спогадів в автобіографічну

нарративну пам'ять порушується, тобто не може відбутися. Це може бути спричинено як нейроендокринними реакціями в момент стресової події (є гіпотеза, що висока концентрація глюкокортикостероїдів блокує інтегративні процеси в гіпокампі), так і захисним “увімкненням” механізму дисоціації (Борисова, 2024).

Результати нещодавніх досліджень у сфері нейропсихології містять дані, що в людей із ПТСР мозок обробляє травматичні події не як спогади, а як нинішні переживання, задіюючи не гіпокамп, а іншу ділянку мозку – задню поясну кору, яка відповідає за внутрішньо спрямоване мислення (наприклад, самоаналіз або мрії). І що важчі симптоми ПТСР, то більшу активність виявляє задня поясна кора (Борисова, 2024).

Метакогнітивна модель посттравматичного стресового розладу передбачає, що природна емоційна обробка після травматичної події може бути порушена через негативні ефекти (думки та емоції), пов'язані з травмою та пам'яттю про неї.

Для усунення симптомів посттравматичного стресового розладу показали свою ефективність різні напрями психотерапії: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), експозиційна терапія, десенсибілізація руху очей та повторна обробка (EMDR), практики усвідомленості, терапія прийняття та відповідальності. Цілі КПТ під час лікування ПТСР полягають у розвитку навичок управління когнітивними спотвореннями і тривогою, пов'язаною з поведінкою уникнення. Експозиційна терапія зосереджена на протистоянні тригерам і спогадам, пов'язаним із травматичною подією. EMDR використовує уявні образи та негативні когніції, пов'язані з травматичною подією для переробки. Практики усвідомленості заохочують розвиток навичок подолання та прийняття ситуацій, пов'язаних із травмою, за допомогою практик, заснованих на використанні дихання, релаксації та медитації.

Згідно з Уелсом, намагання контролювати симптоми ПТСР утворюють персеверативність, моніторинг загрози та неадаптивну саморегуляцію.

Персервативність (від лат. *perseveratio* – наполегливість, стійкість) – це патологічна стійкість або застрягання психічних процесів, коли людина мимоволі повторює одні й ті самі думки, дії, рухи або висловлювання, навіть якщо ситуація вже змінилася і потребує іншої реакції. Уеллс розглядає такі типи персервативності, як: хвилювання щодо майбутнього “Що, якщо?..”, спрямовані на передбачення та подолання небезпеки; румінація, яка переважно націлена на минуле “Чому?”, “Що це означає?”, “Якщо б...” тощо.

Метакогнітивні вірування при ПТСР: позитивні вірування стосуються румінації, хвилювання, моніторингу загроз, заповнення прогалин і контролю нав'язливих думок, пов'язаних із травмою; негативні вірування стосуються значення та небезпеки таких симптомів, як нав'язливі думки, сні і тривога. Позитивні метакогнітивні вірування щодо хвилювання фокусуються на тому, що воно є засобом уникнення потенційних майбутніх загроз (наприклад, “Хвилювання про те, що в майбутньому на мене нападуть, допоможе мені уникнути повторення цього”). Переконавання щодо румінації стосуються використання її як засобу вини, відповідальності і причин подій ніби для того, щоб розробити кращі способи подолання проблем чи передбачити їх у майбутньому через краще розуміння того, що відбувалося в минулому (наприклад, “Я повинен добре проаналізувати те, що відбулося, щоб наступного разу краще справитися з ситуацією”). Моніторинг загроз підтримується такими позитивними метакогнітивними переконаннями, як, наприклад, “Якщо я постараюся бути уважним, я зможу помітити небезпеку, поки не стане занадто пізно”, “Якщо я буду прислуховуватися до людей, що позаду мене, це значить, що я буду готовий діяти”.

Метакогнітивні інтервенції показали значне зниження симптомів тривоги, депресії, інтенсивності флешбеків у ветеранів (Wells et al., 2015–2022). При лЧМТ тренування метакогнітивного моніторингу покращує функційну

пластичність лобних відділів, увагу, пам'ять, самооцінку когнітивних помилок (Rabinowitz & Levin, 2019).

Таблиця 5

**Чому метакогнітивні практики ефективні
у соціально-психологічній реабілітації військових?**

Механізм	Як допомагає
Відновлення контролю над думками та емоціями	У ПТСР часто домінують автоматичні, тривожні або травматичні думки. Метакогнітивний моніторинг дозволяє вчасно "зловити" ці думки, ідентифікувати їх як <i>ментальні події</i> , а не реальність ("Це лише спогад, не реальність").
Активізація лобних механізмів саморегуляції	У військових після лЧМТ ослаблена активність префронтальної кори, що контролює імпульси. Метакогнітивні вправи тренують цю функцію, відновлюють здатність "гальмувати" автоматичні реакції.
Покращення когнітивної гнучкості	Метакогнітивне усвідомлення допомагає переключатися з травматичних асоціацій, уникати "залипання" на болісних спогадах чи емоціях.
Зниження гіперзбудження та тривоги	Через регулярне самоспостереження і дихальні паузи людина вчиться розпізнавати сигнали напруги до того, як вони переростуть у панічну або агресивну реакцію.
Покращення соціального функціонування	Здатність розуміти свої емоції й поведінку полегшує спілкування з близькими, повернення до колективу, служби або цивільного життя.
Відновлення почуття агентності	Людина починає знову відчувати: "Я контролюю свій стан, а не навпаки". Це критично для ветеранів, які втратили відчуття контролю після травми.

Тому включення метакогнітивних практик у програми соціально-психологічної реабілітації військових може значно підвищити їхню самоефективність, емоційну стабільність і мотивацію до повноцінного функціонування.

Приклади метакогнітивних інтервенцій у соціально-психологічній реабілітації:

1) *метакогнітивна терапія* (МСТ, Wells, 2009): фокус на зміні не змісту думок, а ставлення до них – "думки не є фактами";

2) *техніки майндфулнес* (МВСТ, MBSR): тренування усвідомленості, спостереження за потоком думок без осуду;

3) *метакогнітивний тренінг (МСТ) для ветеранів*: навчання виявляти когнітивні викривлення (“все або нічого”, “постійна небезпека”);

4) *планування й самооцінка когнітивних дій*: військовий/ветеран оцінює, наскільки він сфокусований, спокійний, продуктивний – перед завданням і після нього;

5) *вправи з “внутрішнім діалогом”* – усвідомлення того, як саме я думаю про подію, і заміна автоматичних думок на конструктивні.

3.1.2. Техніки для соціально-психологічної реабілітації УБД з ампутаціями

Ампутація або тяжке тілесне ушкодження – це не лише фізична травма, а й глибока психосоціальна криза, що зачіпає базові сфери особистісної ідентичності, автономії та самоповаги. Дослідження показують, що до 60% осіб після ампутацій відчувають фантомний біль або хронічні больові синдроми (Flor, 2014; Subedi & Grossberg, 2011), які посилюються емоційною напругою, страхом, відчуттям втрати контролю над тілом. У військовому контексті біль нерідко переплітається із травмою бойового досвіду, провинною, соромом чи відчуттям безпорадності.

Традиційна медична модель фокусується на знеболенні, проте психологічний складник болю є не менш значущим. Саме тут дієвими виявляються практики усвідомленості (mindfulness) та терапія прийняття й відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ), які допомагають людині змінити ставлення до болю, зменшити емоційне страждання і відновити життєву активність.

Майндфулнес спрямований не на усунення болю, а на зміну способу сприйняття болісних відчуттів. Його ключовий принцип – уважність до теперішнього моменту без осуду – допомагає

розділити фізичний компонент болю (сенсорні сигнали) та психологічний компонент (страх, опір, катастрофізація).

Коли людина навчається спостерігати за болем як за тілесним явищем, не намагаючись «втекти» від нього, активність амігдали знижується, а префронтальна кора посилює контроль над больовими сигналами (Zeidan et al., 2015). Дослідження показують, що 8-тижневі програми MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) суттєво зменшують інтенсивність хронічного болю, підвищують якість життя та знижують депресивність у пацієнтів після ампутацій (Cherkin et al., 2016).

Практичні елементи майндфулнес у реабілітації:

1. *Сканування тіла (body scan)* – поступове усвідомлення відчуттів у різних частинах тіла, включно з ампутованою кінцівкою; це допомагає інтегрувати нові тілесні межі, зменшує фантомний біль.

2. *Усвідомлене дихання*, що стабілізує нервову систему, знижує тривожність і напруження.

3. *Практика «спостерігача»* – навчання відстороненому спостереженню за болем, думками та емоціями (“біль є, але я – не біль”).

4. *Усвідомлене рухання або ходьба*, що допомагає відновити відчуття контролю над тілом, покращує самооцінку.

Для ветеранів і цивільних після ампутацій майндфулнес-підхід має ще один терапевтичний ефект – повернення відчуття присутності в тілі, яке нерідко порушується після травми. Це створює основу для прийняття нової тілесної реальності без втрати гідності й самоцінності.

Українська психологиня Т. Станіславська на своєму каналі (<https://t.me/posttraumaticstress>) у рубриці “Військовий говорить” наводить опис переживань одного військового: *“Найважчим для мене було подивитися на ампутовану кінцівку. Не краєм ока, а уважно: як вона тепер виглядає, якого кольору, фактури, де проходить шрам, який тепер візерунок судин, що я відчуваю, коли торкаюся. Цей момент став поворотним. Я швидко встав на протез і вийшов із реабцентру своїм ходом,*

без палиці. Найважчим було назвати те, що є. Сказати собі вголос: "Ось: моє тіло тепер таке". Прийняти це не як вирок, а як виклик. Як нову інструкцію з експлуатації тіла. Коли приймаєш реальний стан справ – це стає точкою початку. Так, моєї ноги більше нема. Ні, нема. Ще раз: нема і вже не буде.

Усвідомлення працює тоді, коли дивишся правді в очі. Не тікаєш. Не заперечуєш. Не робиш вигляд, що тобі пох або навпаки – ти повен дурнуватою оптимізму.

Поки я боявся дивитися – я не знав, як із цим бути. Коли зміг – повернувся в тіло. І так, воно тепер інше. Але воно моє. І я в ньому вже стою і ходжу. Без палиці. Дякую."

Терапія прийняття та відповідальності (АСТ), заснована на принципах контекстуальної поведінкової науки (Hayes et al., 2016), зосереджена не на усуненні болю, а на зменшенні страждання через прийняття болю і фокус на цінностях життя. Її мета – допомогти людині жити повноцінно, навіть коли біль залишається.

Основні процеси АСТ ми описали в попередній частині цих матеріалів.

Для людей із ампутацією такий підхід дозволяє перенести фокус із "того, що втрачено" на "те, що ще можливо". Наприклад, замість боротьби з фантомним болем клієнт вчиться його приймати як частину тілесного досвіду, не даючи йому визначати свою ідентичність.

Техніки АСТ, ефективні в соціально-психологічній реабілітації військових із ампутаціями:

1) «Карта цінностей» – допомагає визначити, що додає сенсу життю після травми (приклади: родина, віра, професійна реалізація);

2) «Дистанціювання від думок» – візуалізація болісних думок як хмар, що пропливають повз; формування навички не зливатися з ними;

3) «Прийняття через метафору» – метафора човна у штормі: «Я не можу зупинити хвилі, але можу навчитися тримати весла»;

4) *Практика усвідомлених дій* – відновлення участі в соціальному житті, навіть через обмеження.

Клінічні спостереження (Dahl et al., 2020; Veehof et al., 2016) показують, що АСТ-підхід ефективно знижує інтенсивність хронічного болю, рівень депресії, покращує емоційне прийняття тіла та якість життя.

У роботі з ветеранами після ампутацій або з хронічним болем доцільно комбінувати практики усвідомленості, когнітивно-поведінкові техніки, тілесно-орієнтовану терапію й соціальну підтримку:

√ Майндфулнес стабілізує психофізіологічний стан, розвиває спостереження без оцінки.

√ АСТ допомагає змінити ставлення до болю, зменшити страждання та відновити активність через орієнтацію на цінності.

√ Тілесні методи повертають відчуття безпеки в тілі, а соціальні практики – підтримку й приналежність.

Таке поєднання створює комплексний шлях від прийняття втрати до відновлення життєвої цілісності, де людина не лише адаптується до болю, а й розвиває стійкість, самоповагу та здатність діяти, незважаючи на обмеження.

Практики усвідомленості та прийняття мають бути адаптовані до фізичних і психологічних особливостей клієнтів із травматичними втратами. Важливо, щоб під час роботи фахівець дотримувався принципів безпеки, поступовості, емпатійного супроводу та враховував рівень готовності особи до тілесного контакту та рефлексії.

Нижче подано приклади коротких вправ, які можуть бути включені у програми індивідуальної чи групової реабілітації військових, ветеранів і цивільних осіб із ПТСР, ампутаціями або хронічним болем.

Техніка Mindfulness з опорою на цінності (автор Д. Старков; зі Старков, Ярій, Олішевський, 2023):

А. Визначте тригерну ділянку в тілі (концентрацію якоїсь негативної емоції та/або зону найбільшого напруження).

Б. Спостерігайте за цією тригерною зоною, використовуючи принципи РПДЗЗ (розпізнавати, приймати, досліджувати, зазначати, звітувати) протягом 5 хвилин.

В. Усвідомте, що напруга в цій ділянці тіла та відповідна емоція можуть змушувати/спонукати вас до дій. Уявіть себе з боку в “безпечному місці” (в дисоційованій позиції – я спостерігаю за собою). Дайте волю “Я, за яким спостерігаю”, зреагувати на емоцію, а собі спостерігати за цим та прислуховуватися до своїх почуттів щодо себе. Як варіант, можете уявити себе дитиною, яка реагує (дає волю своїм емоціям), та прислухайтеся до своїх почуттів, коли ви спостерігаєте за цим із боку “дорослої позиції”.

Г. Уявіть (“кінестетична уява” – уявлення інших тілесних відчуттів), який міг би бути розслаблений стан у цій ділянці тіла. Важливо – не спроба розслабити, а саме “уявити розслаблення”.

Ґ. Збереження зосередженої свідомості з розумінням розділення свідомості та тілесної напруги “тут і зараз” (“Я” або “Моя свідомість” – це не тілесна напруга та не емоція).

Д. Взяти відповідальність за свою “Волю і Розум”, свідомі дії, вибір відповідно до своїх цінностей, попри тілесні напруження та стани (“Всупереч напрузі в цій ділянці тіла, я можу діяти так, як я свідомо вибираю відповідно до своїх цінностей”).

Вправа АСТ “Біль і цінності”

Мета: допомогти людині переосмислити біль не як ворога, а як частину досвіду, що співіснує з життєвими цінностями.

Тривалість: 15–20 хвилин.

Хід виконання:

1. Психолог пропонує клієнту уявити, що він стоїть на дорозі. Ліворуч – біль, фізичний чи емоційний. Праворуч – його цінності: те, що робить життя важливим (родина, служіння, допомога іншим).

2. Далі звучить запитання: “Що для вас важливіше – уникати болю, чи жити згідно з цінностями?”

3. Клієнт визначає, що хоче підтримувати, попри біль.

4. Наступний етап – визначення *малих реальних дій*, які можна зробити вже сьогодні в напрямі цінностей.

5. Психолог підкреслює: *“Біль може залишатися, але він не зупиняє вас від руху у важливому напрямі”*.

Терапевтичний ефект: формування мотиваційного зсуву – від боротьби до прийняття; зменшення депресивності, підвищення внутрішнього контролю та сенсу.

Вправа “Дихання через біль” (майнфулнес-дихання)

Мета: знизити фізіологічне напруження, розвинути усвідомлене ставлення до болю, зменшити емоційну реактивність.

Тривалість: 5–10 хвилин.

Хід виконання:

1. Клієнт зручно сідає або лягає, заплющує очі.
2. Психолог пропонує звернути увагу на дихання – не змінюючи його, просто спостерігати за вдихом і видихом.
3. Далі увагу переносять на зону болю (реальну або фантомну). Завдання – *дихати через цю зону*, уявляючи, що повітря м’яко проходить крізь неї.
4. В момент появи напруження або емоційних реакцій клієнт спостерігає за ними без осуду, промовляючи подумки: *“Я помічаю біль. Я дихаю поруч із ним”*.
5. Після 5 хвилин практики увага поступово розширюється на все тіло, потім – на звуки довкола.

Терапевтичний ефект: знижується фізіологічне збудження, формується толерантність до тілесних сигналів, послаблюється тенденція уникати болю.

Техніка особливо корисна для клієнтів із фантомним болем, у яких спостерігається надмірне стискання або напруження в м’язах.

Вправа “Контакт із тілом” (body scan із прийняттям)

Мета: відновити тілесну ідентичність, зменшити тривогу, сформувати безпечне сприйняття власного тіла після травми або ампутації.

Тривалість: 10–15 хвилин.

Хід виконання:

1. Клієнт розташовується в зручній позі. Терапевт повільно веде його увагою від верхівки голови до стоп, описуючи кожну ділянку тіла: *«Відчуйте свою голову... обличчя... плечі... руки...»*.

2. Якщо певної частини тіла вже немає, фахівець пропонує: «Можливо, ви згадаєте або відчуєте місце, де колись була ваша кінцівка. Просто дозвольте цьому бути».

3. Завдання – *спостерігати без судження*, помічати тепло, напруження, поколювання чи відсутність відчуттів.

4. В кінці практики учасник робить декілька глибоких вдихів і промовляє: «Це – моє тіло. Я приймаю його таким, яким воно є зараз».

Терапевтичний ефект: відновлюється зв'язок із тілом, знижується дисоціація, формується позитивніше ставлення до власної тілесності.

Техніка потребує особливої делікатності; терапевт має заздалегідь перевірити готовність клієнта торкатися тілесної теми.

Вправа «Думки як хмари» (когнітивна дифузія, АСТ)

Мета: знизити румінації, катастрофізації, звільнити від деструктивних думок («Я більше нічого не вартий», «Моє життя закінчилось»).

Тривалість: 10 хвилин.

Хід виконання:

1. Клієнт заплющує очі, уявляє небо та хмари, які плывуть повільно.

2. Коли з'являється нав'язлива думка або спогад, він уявляє її як хмару, що рухається небом.

3. Завдання – не зупиняти хмари, не боротися з ними, просто дозволити їм плисти, повертаючи увагу до дихання.

4. Наприкінці клієнт фіксує відчуття: «Думки приходять і йдуть, а я залишаюсь».

Терапевтичний ефект: підвищення психологічної дистанції від болісних думок, формування навички «спостерігача», стабілізація емоційного стану.

Вправа «Маленькі кроки до відновлення» (ціннісна дія, АСТ)

Мета: активізувати життєву діяльність, подолати апатію, зміцнити віру у власну ефективність.

Тривалість: 15–20 хвилин (індивідуальна або групова форма).

Хід виконання:

1. Клієнт (або група) обирає одну життєву сферу, у якій він хоче зробити зміни – «відновити участь», «проводити більше часу з родиною», «допомагати іншим».

2. Разом із психологом формулює *один конкретний, малий, досяжний крок* (наприклад, “зателефонувати другу”, “прогулятися із дітьми”).

3. Учасники обговорюють, які труднощі можуть виникнути (біль, страх, сумніви) і як до них ставитися з прийняттям.

4. Наступного разу учасник звітує про виконання й рефлексує: “Що допомогло мені рухатись уперед, попри біль?”.

Терапевтичний ефект: посилення почуття контролю, автономії та смислової мотивації, зниження безпорадності.

Вправа “Схематизація”

Коли наше тіло зазнає змін, спричинених ампутацією, змінюється все навколо: весь світ перестає існувати в минулому сприйнятті, і перед людиною відкривається нова реальність, де навіть щоденні справи та самостійний догляд за собою є справжнім викликом, особливо на початковому етапі.

Одна з технік, яку можна використовувати в роботі з людиною після ампутації, це “Схематизація”. Психолог записує те, що розповідає поранений, а потім вони разом систематизують інформацію.

Ми відповідальні за наше життя та його якість, тому ця методика може допомогти побачити різні сфери, які нам належить заповнити сенсом. Це: Моє тіло, Мої емоції, Пріоритети, Повсякденне життя, Погляд у майбутнє, Духовність, Стосунки з іншими, Самосвідомість, Найважливіше та інше (за потреби).

Психолог розмовляє з людиною: “Ми будемо використовувати певний ключ або інструмент, який дозволить зрозуміти, як зміна в тілі впливає на Ваше життя. Що Ви відчуваєте зараз і що хотіли б змінити.

У нас на папері намальовано “сонечко”: коло, з якого виходять “промінці”, що дозволять нам розкрити різні сфери життя”.

Психолог просить заповнити середину малюнка, сам центр “сонечка”, в якому потрібно прописати втрату кінцівки таким способом, яким людина відчуває. При цьому психолог не підказує, не тисне, не намагається це назвати якимось пом’якшувально чи завуальовано.

Далі пропонує подумати над кожним підписаним заздалегідь “промінчиком”-сектором: як після ампутації змінилися Моє тіло, Мої емоції, Пріоритети, Повсякденне життя, Погляд у майбутнє, Духовність, Стосунки з іншими, Самосвідомість, Найважливіше.

Іноді людина хоче написати щось своє і додати сектор, якого немає на “сонечку”, тоді психолог пропонує просто провести ще додатковий промінчик і вписати туди те, що відчувається як важливе.

Така схематизація дозволяє відчути, що людина проживала життя наповненим, що продовжує існувати багато важливих речей та зв'язків, і просить підписати і розказати, що наповнює кожен сектор, як все це пов'язано між собою. Наприклад: “Яка сфера зазнала найбільше змін? В якому секторі втрата відчувається найгостріше? Можливо, є сфера, якої не торкнулася втрата? Як сфери пов'язані між собою? Вони руйнують одна одну чи підтримують і наповнюють?”.

Після обговорення важливо скласти нову схему, яка найточніше розкриває, як ці сфери виглядатимуть у майбутньому.

Вправа “Листи до себе”

Одна з перших методик, яку рекомендують психологи, працюючи з людьми з ампутацією (не руки!), це – “Листи до себе”. Вона є дуже доречною в гострий період горя, але не на самому початку роботи з людиною.

Коли ми пишемо, то можемо обдумати певні фрази і слова, ми маємо час не квапитися або, навпаки, дуже швидко виплескуємо свої емоції, тому ця методика дозволяє позбавлятися болю поступово, особливо якщо людина відчуває докори совісті чи засуджує свою поведінку.

Такі листи допомагають прийняти новий варіант життя, поступово заповнюючи пустоту і незрозуміння, як жити далі. Часто людина в такому стані навіть не припускає, що у своє життя можна впустити позитивні емоції, проте звернення до себе самого дозволяє це відчути.

Таким чином людина реконструює своє життя, адже звертається до себе в минулому та майбутньому.

Важливо попередити, що листи буде відправлено поштою, і читати їх краще в присутності психолога чи терапевта.

Лист 1. Від дорослого до дитини

Дорослий вже знає свій біль, намагається його прийняти та усвідомити, тому попереджає себе як маленьку дитину про те, що може чекати її в житті, чого можна уникнути, на що потрібно звернути увагу, надихає та підбадьорює себе. Цей лист є фундаментом та ресурсом, який дозволить зрозуміти, що

буде в подальшому житті, і запитати себе: “Що би я хотів знати в минулому, що підготувало би мене до теперішнього часу і обставин?”.

Лист 2. Від дитини до підлітка

Писати бажано, за можливості, протилежною рукою, адже почерк повинен виглядати по-дитячому. Його пишуть від чистої невинної дитини, яка не знає, що чекає її попереду, для якої весь світ – це диво та гра. Дитина пише підлітку про те, що в час своїх розчарувань, перших дорослих проблем, першого кохання та сумнівів не можна забувати про свої мрії, про щастя. Важливо нагадати підлітку, що він міг забути з дитинства, що важливе йому потрібно пам’ятати про щасливе життя.

Лист 3. Від теперішнього до майбутнього

Пишуть робочою рукою, описуючи теперішній біль, страх, пустоту, неможливість жити таким життям, до якого звик. І потрібно задати собі в майбутньому запитання, які страхи не дають мені жити по-новому, що ми відчуваємо, коли стикаємося з цією проблемою, що я хочу змінити та на що я сподіваюсь? Що допоможе мені бути щасливим там, попереду?

Всі ці листи пишуть під час одного сеансу, проте на різних листах, ховають в один конверт та підписують самому собі.

Людина, яка пережила ампутацію, повинна бачити, що інформація, яка підписана на її ім’я, є конфіденційною.

Листи відправляють поштою, їх можна буде відкрити в будь-який час.

Важливо: момент читання листів може бути занадто емоційним, про що потрібно попередити заздалегідь. Людина повинна сама відчути, коли вона схоче читати листи, і бажано буде їх прочитати поруч із психологом чи психотерапевтом.

Під час цієї методики ніби формується нова лінія життя: усвідомлена, зрозуміла, коли є стосунки із самим собою та з іншими.

Техніка “Розширення”

Мета: прийняти емоції та почуття, які турбують. Часто боротьба заважає природному процесу згасання емоцій. Тому дуже важливо прийняти їх, дозволити їм протікати й згасати, щоб ці емоції та почуття не змушували діяти так, як людині не вигідно чи не корисно.

Кроки техніки:

1. *Спостерігаємо.* Проскануйте своє тіло з голови до ніг. Що і де Ви відчуваєте? Позначте неприємні відчуття. Наприклад, ком у горлі або відчуття в животі, тяжкість у грудях або сльози, що підступають. Якщо їх декілька, оберіть найнеприємніше. Сконцентруйтеся на ньому. Спостерігайте за ним. Виявіть цікавість, наче вчений до цікавого відкриття. Зауважте, де його початок і де кінець. Якої воно форми? Воно на поверхні Вашого тіла чи всередині нього, чи і там, і там? Наскільки глибоко воно проникло? Де відчувається найсильніше? А найслабше? Чи відчуваєте його по-різному в центрі та скраю? Чи відчуваєте пульсацію, вібрацію? Сильне воно чи слабке? Статичне чи рухається? Тепле чи прохолодне?

2. *Дихаємо.* Зробіть декілька глибоких вдихів та видихів. Зауважте, як із кожним видихом Ви повністю звільняєте легені. Потрібно дихати глибоко та повільно – це знижує напругу в тілі. Дихання не позбавить вас відчуття, але створить центр спокою всередині вас. Можна порівняти це з киданням якоря в розпал емоційної бурі: якір не зупинить шторм, але утримає вас на місці й допоможе перечекати негоду. Коли Ви дихаєте повільно і глибоко, уявляйте, що Ви видихаєте повітря прямо в центр свого відчуття. Уявіть і відчуйте, як подих огортає ваше відчуття, як Ваше дихання ніби створює для нього додатковий “простір для руху”.

3. *Дозволяємо.* Дозвольте своєму відчуттю бути там, де воно виникло. Дайте йому спокійно існувати, навіть якщо воно для вас є неприємним. Якщо ж ваш розум починає коментувати те, що відбувається, просто подякуйте і повертайтеся до спостереження. Якщо виникне бажання позбутися його, вступити з ним у боротьбу – то визнайте це бажання, не піддаючись йому. Кивніть: так, я бачу, ти тут. І знову зосередьтеся на відчутті. Не намагайтеся його позбутися, не пробуйте нічого змінювати. Якщо воно зміниться самостійно, чудово. Якщо ні, також добре. Залишайтеся зосередженим на відчутті, доки бажання боротися з ним не вщухне повністю. Це може зайняти від декількох секунд до декількох хвилин. Будьте терплячі й дайте собі стільки часу, скільки потрібно, адже Ви вчитеся дуже цінних навичок. Продовжуйте вправу доти, доки не відчуєте, що боротьба з емоціями закінчена.

Методичні рекомендації для фахівця:

1. Перед застосуванням технік доцільно провести оцінку рівня болю, тривоги, готовності до усвідомлених практик (наприклад, за шкалами PCL-5, PHQ-9 або Pain Catastrophizing Scale).

2. Вправи мають бути короткими (5–15 хвилин), з поступовим ускладненням; важливо, щоб клієнт відчував контроль над процесом.

3. Не варто нав'язувати практики прийняття – готовність до цього формується поступово, через досвід безпечного контакту.

4. Оптимальним є поєднання майндфулнес, АСТ і когнітивно-поведінкових технік у структурованих програмах тривалістю 6–8 тижнів.

5. Обов'язковим компонентом має бути супровід сім'ї, яка може бути джерелом підтримки, а також навчання саморегуляційних технік для родичів ветеранів.

*3.1.3. Побудова антисуїцидального плану в роботі
з військовими та ветеранами російсько-української війни*

У військових після бойових дій часто спостерігаються імпульсивність (через гіперактивацію системи стресу й пошкодження лобних функцій), алекситимія (труднощі в розпізнаванні власних емоцій), автоматизм мислення (“є лише дія, не аналіз”), втрата почуття контролю та віри у власну здатність впоратися. Ці чинники підвищують ризик суїцидальних дій без попередження, коли людина не встигає усвідомити критичний момент або не може звернутися по допомогу.

Навчання метакогнітивного моніторингу на ранніх етапах соціально-психологічної реабілітації через усвідомлення власних думок, емоцій, ідентифікацію тригерів суїцидальних думок тощо дасть можливість вибудувати антисуїцидальний план:

– які думки/емоції сигналізують про небезпеку;

- які дії або люди допомагають стабілізувати стан;
- як і до кого звернутися у кризі.

Постійний моніторинг (self-check) стає навичкою підтримки ремісії – військовий самостійно відстежує зміни настрою і запобігає загостренню.

Таблиця 6

Як метакогнітивний моніторинг допомагає в побудові антисуїцидального плану?

Механізм	Як допомагає
Усвідомлення “передкризових сигналів”	Через тренування метакогнітивного моніторингу військовий вчиться помічати ранні ознаки дестабілізації (зниження настрою, безсоння, відчуття безсенсовності, агресивні імпульси). Це дозволяє зупинити процес до появи суїцидальних дій.
Ідентифікація автоматичних суїцидальних думок	Людина вчиться відокремлювати думки (“Я не бачу сенсу”) від рішень (“Я мушу померти”). Такий когнітивний люфт – критичний момент для втручання.
Відновлення контролю над емоційною реакцією	Метакогнітивне спостереження активує префронтальні механізми самоконтролю, пригнічує імпульсивну дію в афекті.
Формування “внутрішнього сигналу тривоги”	Військовий визначає власні “червоні прапорці” (думки, відчуття, ситуації), які запускають кризу. Це стає ключовим елементом антисуїцидального плану.
Зміцнення почуття агентності	Усвідомлення власних станів повертає відчуття “Я можу вплинути на себе, я маю інструменти, щоб упоратись”. Це безпосередньо знижує безнадійність – основний предиктор суїциду.
Підвищення ефективності самопомоги та комунікації	Військовий, який розпізнає власні думки і емоції, легше повідомляє про свій стан (“Зараз у мене небезпечні думки”) – це робить антисуїцидальний контракт дієвим.

Метакогнітивна терапія (Wells, 2009; Nordahl, 2018) демонструє зниження рівня суїцидальної ідеації через покращення здатності дистанціюватися від думок. Дослідження серед ветеранів (Norr et al., *Journal of Affective Disorders*, 2021) показує

ли, що високий рівень метакогнітивної обізнаності асоціюється зі зменшенням імпульсивних суїцидальних актів. Інтеграція метакогнітивного моніторингу в побудову антисуїцидального плану підвищує ефективність втручань на 30–40% (Stanley & Brown, 2012; Bryan et al., 2017).

Техніки для роботи з військовими та ветеранами із суїцидальним ризиком

Загальна мета метакогнітивних практик при суїцидальному ризику:

- підвищити усвідомлення власних психічних процесів (думок, емоцій, тілесних сигналів);
- відновити контроль над мисленням і поведінкою у кризові моменти;
- зменшити ідентифікацію з руйнівними думками (“думка ≠ наказ до дії”);
- розвинути навичку спостерігати за собою замість автоматичного реагування.

Вправа “Діалоговий щоденник”

Військовому з суїцидальними думками пропонують заповнювати щоденник.

Спочатку треба скласти список тих людей у житті, чия думка була чи є для нього важливою. Кожну людину записують на окремій картці чи невеличкому папірці.

Потім людина регулярно записує у щоденник ті думки, які схиляють його до суїцидальної тенденції. Після кожної думки треба лишати вільну сторінку чи дві.

Під час наступної зустрічі з психологом військовий витягає з карток одну випадковим чином. Потім він пише на вільній сторінці коментар до думки від імені обраної людини.

Можна обирати декілька карток на різні думки, можна обирати одну картку на один сеанс.

Техніка “Внутрішній монітор” (Self-Monitoring)

Мета: навчити ветерана розпізнавати ранні сигнали кризи.

Як:

- 1) вести *щоденник станів* (настрій, думки, тілесні відчуття, тригери);

2) відмічати “червоні прапорці”: безсоння, дратівливість, зниження енергії, думки “все без сенсу”;

3) використовувати шкалу самопочуття 0–10 (0 – спокій, 10 – криза).

Цей метод створює “метапозицію спостерігача” – людина вчиться вчасно помічати небезпечні зміни, перш ніж вони переростуть у дії.

Вправа “Зовнішній спостерігач” (Detached Mindfulness)

Мета: навчити спостерігати думки й емоції без осуду та втручання.

Як:

1) використовують метафору “Думки – наче хмари, що пливають небом”;

2) ветеран спостерігає, не намагаючись їх “виштовхнути” чи “змінити”.

Практикується 5–10 хвилин на день. Це допомагає дистанціюватися від руйнівного потоку і зменшує інтенсивність афекту.

Вправа “Карта безпеки” (Metacognitive Safety Map)

Мета: об’єднати самоспостереження і план дій.

Як:

Ветеран створює власну карту: “Коли я відчуваю...” → “Мої думки такі...” → “Мої безпечні дії...”

Наприклад: “Коли я думаю, що все безглуздо – це сигнал, що я втомився → я дзвоню побратиму/психологу.”

Використовують як частину антисуїцидального плану.

Це перетворює метакогнітивний моніторинг на практичну дію.

Вправа “Трикутник”

У цій вправі військовий працює зі своїми бажаннями та потребами, які можуть викликати суїцидальні думки. Вони можуть поставити собі запитання, щоб краще зрозуміти свої бажання та потреби. Можна спочатку обговорити ситуацію, яка тривожить, визначити зону роботи, проблемні відчуття чи ситуації.

Після цього треба задати собі три запитання:

1. Що я хочу?

2. Чому я хочу це?/Що мені потрібно?

3. Що я можу зробити, щоб задовольнити свої потреби?

Не треба квапитись. Іноді на ці відповіді потрібен час.

Важливим аспектом цієї практики є чесність та контакт із реальністю. Іноді для пошуку реальної відповіді на ці запитання потрібна допомога спеціаліста. Зазвичай допомога спеціаліста також потрібна на етапі визнання наявності тих чи тих потреб. Тут ключовим буде запитання №2. І саме цей момент визначає налагодження контакту з реальністю.

3.2. Робота з втратою під час соціально-психологічної реабілітації

Проживання втрати (ідентичності, сенсу, дому, побратимів, здоров'я) у процесі соціально-психологічної реабілітації – один із найважчих аспектів психологічної допомоги тим, хто постраждав від війни.

Для **внутрішньо переміщених осіб** втрата має багатомірний характер – це одночасна втрата зовнішніх і внутрішніх опор, тому що *внутрішнє переміщення* – це не лише зміна місця проживання, а глибока екзистенційна травма, що порушує базові відчуття безпеки, ідентичності та приналежності. ВПО часто переживає декілька видів втрат одночасно – матеріальну, соціальну, емоційну та символічну. Це створює ефект *накопиченого горя*, коли нові втрати “нашаровуються” на попередні.

Крім того, на відміну від “традиційної” втрати (смерть близького), втрати переселенців часто в суспільстві не визнають як травматичні. Це породжує *невидиме горе (disenfranchised grief)*: людина страждає, але не може цього відкрито проявити. Втрата дому та соціальної ролі веде до *кризи ідентичності* (“Ким я тепер буду, якщо я не вдома, не на своїй землі, не у своїй спільноті?”). Це викликає глибоке внутрішнє розщеплення між “попереднім” і “теперішнім” “Я”.

Переселенці часто одночасно відчувають провину за порятунок і гнів через втрату дому. Виникає внутрішній конфлікт між вдячністю за життя та образою за все втрачене.

Таблиця 7

Основні типи втрат, які переживають ВПО

Тип втрати	Зміст / приклади	Психологічні наслідки
Матеріальні втрати	Втрата житла, майна, роботи, звичного соціального статусу.	Почуття нестабільності, безпорадності, зниження самооцінки ("Я нічого не маю").
Соціальні втрати	Розрив зв'язків із родиною, сусідами, спільнотою, втрата соціальної підтримки, приналежності до громади.	Самотність, соціальна ізоляція, почуття "викоріненості".
Емоційні втрати	Втрата відчуття дому, безпеки, емоційного тепла; утрата можливості "бути собою" у звичному середовищі.	Тривога, емоційне виснаження, підвищена чутливість до відторгнення.
Екзистенційні втрати	Руйнування життєвих орієнтирів, сенсу, віри у справедливість, у "нормальність світу".	Екзистенційна криза, відчуття безглуздості, депресивні стани.
Культурні втрати	Втрата місцевої культури, звичаїв, символів, мови спілкування; конфлікт ідентичностей.	Відчуження, культурна дезорієнтація, внутрішня боротьба між "старим" і "новим" "Я".
Втрата контролю	Неможливість впливати на обставини, ухвалювати рішення щодо власного життя.	Вивчене безсилля, зниження самоефективності, апатія.
Втрата ідентичності	Людина перестає розуміти, ким вона є без "місця", "професії", "спільноти".	Криза "Я-образу", зниження цілісності особистості, почуття "я – ніхто".
Травматична втрата близьких	Загибель членів родини, друзів, бойових товаришів.	Гостре або ускладнене горе, провина того, хто вижив, тривала депресія.

Військові теж часто переживають *множинні втрати*:

- втрату побратимів і бойових товаришів (горе, провина того, хто вижив);
- втрату фізичних можливостей (поранення, інвалідність);
- втрату колишнього “Я” – воїна, командира, сильного;
- втрату сенсу та орієнтирів після війни.

Такі втрати викликають *глибокий екзистенційний біль*, який не піддається раціональному “виправленню”. Багато концепцій терапії горя мають на меті прийняття людиною того, що вона хоче забути, не досягти факт втрати, її значення, вплив на сьогодення. Це вбачає її визнання та дозвіл на справжнє життя без померлого, тому багато людей чинять опір цьому, бо вважають життя без горювання його зрадою.

Із таким типом страждання довели свою ефективність методи третьої хвилі КПТ, зокрема – терапія прийняття та відповідальності (АСТ).

Як було описано в попередньому розділі, мета АСТ – не “усунути біль” втрати, а *змінити ставлення до нього*, трансформувати його в ресурс для особистісного зростання й соціальної адаптації, розширивши *психологічну гнучкість* – здатність жити повноцінно, попри втрату:

- прийняти неминучий біль, страждання чи втрату;
- відмовитись від боротьби з емоціями, які неможливо усунути;
- *зосередитись на цінностях і діяти згідно з ними*, навіть за наявності болю.

Прийняття допомагає зменшити емоційне уникання і дозволяє прожити горе, когнітивна дифузія – дистанціюватися від самозвинувачувальних думок, а фокус на цінностях і відповідальних діях – відновити відчуття сенсу і контролю.

Ефективність цього підходу пояснюється такими психологічними механізмами:

1) замість боротьби з болем – прийняття болю як частини людського досвіду. Це знижує рівень внутрішнього конфлікту та напруження;

2) перенесення фокусу з “чому я втратив” → на “як я можу жити далі”. Це допомагає людині почати будувати новий сенс;

3) активізація ціннісно орієнтованої поведінки. Це формує мотивацію та внутрішній контроль – проти почуття безпорадності;

4) відновлення психологічної гнучкості; людина вчиться адаптуватися до нової реальності, не руйнуючи себе униканням чи самозвинуваченням.

Таблиця 8

Як АСТ допомагає працювати з втратою (поетапно)

Етап / процес АСТ	Як застосовується при роботі з втратою	Очікуваний результат
1. Прийняття (Acceptance)	Допомагає людині <i>дозволити собі</i> відчувати біль, горе, провину без уникання (“ <i>Мені боляче, і це нормально</i> ”). Використовують вправи на спостереження за тілесними реакціями, емоціями без боротьби.	Знижується напруга, втрачає силу механізм емоційного уникання, формується простір для проживання втрати.
2. Когнітивна дифузія (Defusion)	Навчання відділяти себе від думок типу “ <i>Я винен, що вони загинули</i> ”, “ <i>Без них життя не має сенсу</i> ”. Думки розглядають як психічні процеси, а не факти.	Людина перестає “зливатися” з руйнівними думками, з’являється простір для вибору дій.
3. Контакт із теперішнім моментом (Mindfulness)	Практики усвідомленості: “ <i>Де я зараз?</i> ”, “ <i>Що відбувається зі мною в цю мить?</i> ”. Допомагає виходити з флешбеків, застрягання у спогадах, фіксації на втраті.	Відновлюється контакт із теперішнім, зменшується емоційна дисоціація.
4. “Я-контекстуальне” (Self-as-Context)	Формується метапозиція: “ <i>Я – це більше, ніж мій біль, більше, ніж мій досвід втрати.</i> ” Через метафори (“ <i>Я – екран, а біль – хвиля</i> ”) людина починає відчувати стабільність свого “Я”.	Відновлюється почуття цілісності, внутрішня опора.

Продовження таблиці 8

5. Цінності (Values clarification)	Робота з питанням: “Що для мене справді важливо, навіть після втрати?” – родина, побратими, допомога іншим, гідність.	Біль отримує сенс, замість порожнечі з’являється напрямок дії.
6. Відповідальні дії (Committed action)	Планування реальних кроків, які втілюють цінності: участь у волонтерстві, допомога побратимам, турбота про родину.	Людина відновлює відчуття впливу на життя, формує нову ідентичність і надію.

Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) показала високу ефективність у роботі з втратою, горем і посттравматичним стресом (Twohig & Levin, 2017; Meyer et al., 2020). У військових та ветеранів АСТ сприяє зменшенню симптомів ПТСР, депресії, провини того, хто вижив (Walser et al., 2015; Rakesh et al., 2022). У програмах соціально-психологічної реабілітації АСТ підвищує відчуття сенсу життя, психологічну гнучкість та соціальну включеність.

Приклади технік АСТ у роботі з втратою:

“Місце болю” – вправа на прийняття емоції: спостереження, де в тілі живе біль, дихання “через нього”, не намагаючись вигнати.

“Лист побратиму” – написання (і читання вголос, якщо готовий) листа тому, кого втрачено, з фокусом на подяці, а не на провині.

Метафора “пасажери автобуса” – думки й емоції (біль, провинна, страх) їдуть із тобою в автобусі, але керуєш ти.

“Комплекс цінностей” – визначення 3–5 цінностей, які допомагають жити далі, попри втрату.

План дій згідно з цінностями – конкретні кроки на тиждень/місяць, що втілюють ці цінності.

Техніка “Фокусування” (E.T. Gendlin, 1996). Методику рекомендовано підліткам та дорослим, які відчувають певні труднощі щодо адаптації до життя без померлої близької людини, та **заборонено людям, у яких виражені гострі**

симптоми травми (флешбеки, дисоціація, інтрузії). Фокусування забезпечує поступовий, ефективний засіб боротьби з опором, амбівалентністю прийняття втрати, є тілесно сприйнятливим відчуттям ситуації, а не думок, почуттів, пов'язаних із нею.

1. *Прийняття опору.* Людині властиві сумніви, особливо щодо вибору шляхів переживання втрати. На початку роботи запитайте: *Чи відчували Ви дратівливість та небажання бути тут? Наскільки сильним це є зараз? Ви готові сьогодні говорити зі мною?*

2. *Запрошення до усвідомлення відчуттів.* Клієнт відчуває дискомфорт, але не може його пояснити. Порадьте зосередитися на своїх тілесних відчуттях, запитайте: *Що і де Ви відчуваєте у своєму тілі? Де саме відчувається дискомфорт?*

3. *Прийняття.* Порадьте клієнту налаштуватися на ці відчуття, не аналізуючи та не придушуючи їх. *Дозвольте собі відчувати ці тілесні реакції, спостерігайте за ними, але не аналізуйте, просто прийміть факт їх наявності.*

4. *Образ.* Порадьте окреслити якість цього відчуття завдяки слову, фразі, образу. *Що найкраще їх передає? Чи відчували Ви таке раніше?* Не давайте багато часу на роздуми, лише спонтанні відповіді.

5. *Резонування.* *Що відбувається з Вашими відчуттями, коли Ви говорите це слово, уявляєте образ? Як вони змінюються?*

6. *Завершення.* Слідкуйте за змінами в тілесному досвіді клієнта, що можуть стати природною зупинкою для фокусувального епізоду. Етапи 3–5 можна повторити декілька разів, перш ніж буде досягнуто крок 6. Сльози, сміх, глибоке зітхання або зміна постави можуть свідчити про зсув, який стає точкою “стоп”. Почуттєвий зсув вказує на зміни для клієнта, супроводжується полегшенням або відчуттям звільнення від тягара.

Приклад: У 34 роки Метт втратив наречену в аварії. До психотерапевта звернувся через рік після події внаслідок високої ймовірності звільнення з роботи: запізнення, неможливість зосередитися, труднощі у спілкуванні. Після 4 місяців терапії

став скептично ставитися до сеансів, тому було використано техніку фокусування.

Т.: Метт, мені цікаво, чи можемо ми поки що залишитися з цим? Можливо, Вам захочеться заплющити очі, зробити кілька глибоких вдихів і просто прислухатися до відчуття застрягlosti, втоми від усього? У вас є тілесне відчуття втоми та глухого кута?

М.: Я відчуваю себе таким безсилим. Я відчуваю це в кишківнику. Я справді не очікував, що так довго буде важко.

Т.: Гарзд, відчуйте все це: почуття безсилля, зосередьтесь на відчуттях у кишківнику.

М.: Я ніби хочу, щоб усе закінчилося, коли на мить це відбувається, я відчуваю метеликів у животі (обличчя Метта почервоніло, коли він це сказав, тобто його слова відповідали відчуттю).

Т.: Є щось у бажанні пройти та пережити це? Як Ви відчуваєте цих метеликів?

М.: Зараз мені так сумно. Це наче я застряг і міцно тримаюся за дороге мені життя, бо не хочу відпускати. Це недобре.

Т.: Як зміняться Ваші відчуття, якщо відпустите її?

М.: Здається, я обманюю її.

Метт розплющив очі, виправив поставу. Слова його здивували, але він відчув полегшення, усвідомивши це. Щось для нього змінилося. Протягом останньої частини сесії ми обговорили це далі, висловивши подяку його внутрішньому "Я" за розуміння та зміну.

Спираючись на традиції гуманістичної психології, фокусування передбачає тенденцію, що реалізується всередині клієнта – схильність до реалізації свого потенціалу, коли оточення підтримує його, передбачає низку кроків для полегшення руху в певній ситуації.

Подальші інструкції та теоретичний матеріал доступні на вебсайті Інституту фокусування <https://focusing.org/>.

Як можна допомогти людині пережити фази горювання в разі втрати близької людини?

Слухайте. Люди, які пережили втрату, хочуть говорити про померлого, втрачене житло або інші речі, причини втрати і про свої почуття у зв'язку з подією. Їм хочеться проводити довгі години у спогадах, сміючись і плачучи. Вони хочуть розповісти про його життя байдуже кому, тільки б слухали. У разі насильницької смерті їм потрібно ще раз перебрати всі найменші подробиці доти, поки вони перестануть лякати і залишати у спокої, тоді вони зможуть оплакувати свою втрату.

Запитуйте про нього/неї. Ми часто уникаємо розмов про померлого, але близькі інтерпретують таку поведінку як небажання обговорювати саму смерть. Це демонструє рівень нашого дискомфорту, але не нашої турботи про близьких померлого. «На кого він/вона був схожий?», «Чи є у Вас фотографія?», «Що він/вона любив робити?», «Які Ваші найприємніші спогади, пов'язані з ним/нею?». Це тільки декілька запитань, поставивши які, ми можемо проявити свій інтерес до прожитого життя.

Підтримайте і дозвольте виплакати. Якщо це доречно і людина не проти – обійміть. Дотик – це диво терапії; так ми висловлюємо свою турботу й увагу, коли словами важко описати почуття. Навіть просто підтримка за лікоть краще, ніж холодна ізоляція. Люди плачуть, їм потрібно плакати, і значно краще робити це в теплій обстановці розуміння, ніж наодинці.

Витримуйте мовчання. Бувають випадки, коли після втрати люди ніби завмирають, беззвучно дивлячись у простір. Немає потреби заповнювати тишу словами. Ми повинні дозволити їм зануритися у свої спогади, наскільки б болючими вони не були, і бути готові продовжити розмову, коли вони повернуться у стан “тут і зараз”. Нам не потрібно знати, де вони були і про що думали. Ми повинні потурбуватися про те, щоб людині було комфортно. Більшу частину часу вони навряд чи зможуть висловити свої спогади відповідними словами і будуть вдячні за те, що ви просто були з ними поруч у цій тиші.

У процесі горювання **людина повинна вирішити завдання**, виконання яких фахівець має супроводжувати (за Дж. Вільямом Ворденом):

1. *Визнати втрату.* Усвідомлення, що людина пішла, її більше ніколи не буде. Приклад заперечення втрати: “муміфікація” – зберігається кімната, речі в тому вигляді, як це було при померлому. Або людина може заперечувати значимість події. Наприклад: «Ми були не настільки близькі. Він був не дуже хорошим батьком. Я за ним не сумую». Інша форма заперечення: це заперечення незворотності події – віра в те, що сталася помилка, загинув хтось інший, надія на повернення загиблої людини тощо. Люди, схильні до заперечень, становлять групу ризику щодо розвитку патологічних реакцій, таких як депресія.

2. *Відчути і прожити біль втрати.* Людина може тікати від болю – може уникати всіх місць та людей, які нагадують про втрату; не спати, щоб не бачити нічних жахів; виснажувати себе діяльністю, щоб не думати й не відчувати. Також не пережита до кінця втрата може виражатися в різних психосоматичних реакціях, наприклад, у болю в спині, головному болю, гастриті. Важливо пояснити, що при втраті відчувати біль – це нормально. Треба пройти через цю стадію, адже уникаючи болю, ми його не позбуваємося, а тільки відкладаємо в часі й поглиблюємо. Важливо, щоб людина переживала свій біль. Якщо вона боїться або не може зробити цього сама, то потрібна допомога фахівця – психолога. Важливо пояснювати людям, які пережили втрату, що їхні близькі також проходять через це. Тому не завжди вони можуть підтримати один одного. У таких випадках важлива допомога психолога, соціально-го працівника, волонтера.

3. *Змінити життя на новий лад, перелаштуватися,* особливо в тих аспектах, де відчувається відсутність померлого. Чим тепер людина займатиме свій час? Що замінить людині те, що вона втратила? Люди починають будувати нові відносини, набувають корисних навичок. Якщо це завдання не вирішене, то

людина зберігає свою безпорадність. Це може бути вигідно родині, яка не хоче порушувати звичну рівновагу.

4. *Вилучити емоційну енергетику зі старих відносин і перенести її в нові відносини.* Приклади супротиву: діти чинять опір новому шлюбу матері. Романтичне переконання жінки, що люблять тільки один раз у житті.

**Дії фахівця в роботі з родиною, яка пережила втрату
(для психологів, соціальних працівників, волонтерів)**

1. Потрібно допомогти зрозуміти, що всі члени сім'ї, незалежно від віку, відчувають біль.

2. Поясніть, що кожен висловлює горе по-різному.

3. Іноді може виникати враження, що людина байдужа (наприклад, коли вона не плаче) або що вона не володіє собою (наприклад, коли плаче “занадто багато”) – і те, і те враження можуть бути помилковими.

4. Завжди допомагайте родині ухвалювати спільні рішення щодо похорону, панахиди тощо. Зазвичай у родині панує розгубленість і хтось один бере на себе відповідальність за організацію потрібних формальностей. Однак пізніше, коли люди приходять до тями, можуть виникнути образи та непорозуміння.

5. Розповідайте родині про те, які реакції можуть виникати в найближчі місяці, щоб вони не лякалися несподіваних проявів і не думали, що в них виникають відхилення від норми.

6. Допоможіть забезпечити основні потреби сім'ї. Залучайте громаду (важливий ритуал прийняття соціумом переміщених осіб).

7. Дайте батькам і дітям зрозуміти, що нормально згадувати про померлого, про втрачений дім, іграшку, собаку тощо.

8. Постарайтеся переконати сім'ю приєднатися до групи взаємопідтримки – до людей, які пережили аналогічну травму. Це може бути корисно хоча б для того, щоб отримати потрібну інформацію.

9. У період жалоби батькам, які мають маленьких дітей, знадобиться допомога і поради щодо того, як краще поводитися

з дітьми. Було б добре, щоб хтось із рідних допоміг із дітьми і дав їм можливість поговорити.

10. Діти постійно хочуть чути, що батьки їх не покинуть, що вони не залишаться одні. Інакше кажучи, треба подбати про те, щоб вони почувалися в безпеці.

11. Нагадайте, що кожен горює по-своєму і зі своєю динамікою. Для когось два роки – це нормальний термін. А хтось переходить до нормального життя раніше.

12. Утім, іноді ми стаємо свідками саморуйнівної поведінки. У таких випадках варто насторожитися. Йдеться про випадки, коли людина зловживає алкоголем, не повертається на роботу або перестає піклуватися про себе чи дітей. Зазвичай рутинні турботи по господарству поновлюються через декілька тижнів після пережитої трагедії. Звичайно, напади депресії та смутку можуть траплятися і в більш пізній період, але якщо людина не в змозі подбати про себе або про дітей, фахівцю потрібно перенаправити людину до психотерапевта.

13. Якщо виникають сумніви щодо фізичного та психологічного здоров'я, то фахівцю, що супроводжує втрату, потрібно звернутися по консультацію до психолога, психіатра.

14. І нарешті, постарайтеся підготувати сім'ю до змін, які відбуватимуться з плином часу. Хтось повинен взяти на себе роль, що раніше належала іншому. Зміняться відносини. Життя стане іншим. Це означає, що потрібно підтримувати зв'язок із родиною протягом кількох місяців після травмуючої події, оскільки услід за періодом гострого горя можуть виникати труднощі в адаптації.

3.3. Використання українських народних казок у формуванні метакогнітивних стратегій дітей в умовах соціально-психологічної реабілітації

Художник-ілюстратор МАК: В.Цуркан

Щоб допомогти дітям навчитися застосовувати метакогнітивні стратегії в реальному житті, покращуючи їхню здатність

реагувати на стресові ситуації та адаптуватися до змін у навколишньому середовищі, психологи можуть використовувати українські народні казки як едукативний інструмент. Наведемо приклади модельних ситуацій у казках, які психологи можуть ефективно використовувати у психологічних та психоосвітніх втручаннях задля сприяння метакогнітивному розвитку дітей.

Використання казки “Як соловейко чоловіка розуму навчив” для розвитку метакогнітивних стратегій

Казка дає багатий матеріал для розвитку кількох метакогнітивних стратегій. Однією з них є усвідомлення власних помилок у мисленні, яке виникає, коли Соловейко застерігає Чоловіка від дій на основі миттєвих бажань і мотивів. Цей момент можна інтерпретувати як запрошення навчитись оцінювати довгострокові наслідки та уникати імпульсивних рішень. Психолог може пояснити дітям, що наші рішення впливають не лише на сьогоднішнє, а й на майбутнє, а тому потрібно думати про те, що буде далі. Така метакогнітивна стратегія підтримує дітей у розвитку здатності розмірковувати над своїми рішеннями та їхніми потенційними наслідками, так сприяючи покращенню емоційної регуляції та запобіганню імпульсивним реакціям.

Ще одна ключова метакогнітивна стратегія, застосована в казці, пов'язана із самоаналізом та самооцінкою. Після того як Чоловік ігнорує поради Солов'я, виникає ситуація, яка демонструє його недостатню саморефлексію. Цей крок слугує практичним прикладом того, як відсутність самоаналізу може призвести до неефективних рішень і повторення помилок. Психологи можуть пояснити дітям, що важливо рефлексувати свої дії та реакції, щоб навчитися на них і адаптувати їх у майбутньому. Ця стратегія важлива для підтримки дітей у розвитку здатності оцінювати власні рішення та поведінку, що є ключем до покращення їхньої когнітивної гнучкості та відповідальності за свої дії.

Історія також містить важливий меседж про критичну оцінку інформації. Застереження Солов'я не довіряти тому, що здається малоймовірним, слугує основою для розвитку критичної оцінки надійності та перевірки інформації. Психологи можуть пояснити дітям, що ми повинні знати, кому можемо довіряти, і що не вся інформація є правдивою або надійною. Ця метакогнітивна стратегія допомагає дітям розвивати вміння аналізувати та перевіряти джерела інформації, що дуже важливо в сучасному інформаційному середовищі, де діти можуть піддаватися дезінформації або маніпуляціям.

І останнє, але не менш важливе: казка ілюструє важливість адаптації та пристосування до нових ситуацій, що лежить в основі метакогнітивної стратегії «Контрфакт вгору – контрфакт вниз», виокремленої О.Савченко. Ця стратегія фокусується на здатності оцінювати, як може змінитися поведінка, щоб ефективніше пристосуватися до нових обставин. На прикладі історії, де Чоловік ігнорує поради Солов'я і не змінює свою поведінку на основі попереднього досвіду, діти можуть дізнатися, що постійна здатність адаптувати свої рішення і поведінку до мінливих обставин є ключем до успіху. Таким чином, діти вчаться оцінювати свою поведінку та визначати, які зміни можуть призвести до кращого результату в подібних ситуаціях.

Казка «Цап та Баран» та розвиток контрфактичних метакогнітивних стратегій

Казка є ще одним чудовим прикладом на підтримку розвитку контрфактичних метакогнітивних стратегій. Це поняття стосується здатності думати про альтернативні варіанти поведінки і про те, що могло б статися, якби ми діяли по-іншому. Герої цієї історії усвідомлюють свої помилки, вони змушені зіткнутися з наслідками своїх непродуманих рішень і вчинків. Вовки, які припустилися помилок, намагаються виправити свої вчинки. І хоча їм не вдається повністю змінити свою поведінку, їхня спроба виправити її демонструє важливість визнання власних помилок і прагнення до вдосконалення.

Цей процес виявлення та визнання поведінкових помилок є основою саморефлексії та здатності вчитися на власному досвіді. Психолог може пояснити дітям, що ця стратегія полягає в умінні дивитися на ситуацію під різними кутами, розглядати альтернативні шляхи вирішення проблем і брати на себе відповідальність за свої рішення. Діти дізнаються, що хоча ми не можемо контролювати минуле, ми можемо вчитися на досвіді та застосовувати нові підходи в майбутньому.

Історія також демонструє важливість усвідомлення власних сильних і слабких боків, а також уміння оцінювати здібності інших. Психолог може продемонструвати дітям, як герої оповідання навчилися розвивати вміння адаптуватися та компенсувати свої слабкі сторони в побудові стосунків. Це ключова метакогнітивна навичка, яка уможлиблює створення гармонійних і взаємовигідних стосунків. Важливим аспектом цієї стратегії є також уміння аналізувати власні здібності та здібності інших, що призводить до більш ефективного функціонування команди та кращої співпраці.

Психолог також може пояснити дітям, як герої казки намагаються створити взаємовигідні та підтримувальні стосунки. Це включає не лише вміння шукати спільні інтереси, але й долати конкуренцію та сприяти співпраці, що призводить до ефективного вирішення конфліктів та пристосування до різної динаміки партнерських стосунків. У контексті реабілітації та розвитку міжособистісних стосунків ця стратегія є безцінною, оскільки дозволяє створити міцні та збалансовані стосунки, які є основою для особистісного зростання та покращення соціальних навичок. Такий підхід допомагає дітям краще орієнтуватися в складних соціальних ситуаціях, сприяючи їхньому особистісному та емоційному зростанню.

Стосунки, підтримка та метакогнітивні стратегії в казці “Рукавичка”

Казка “Рукавичка” представляє потужний образ психологічної стійкості та здатності підтримувати один одного.

Тема взаємодопомоги та співпраці між різними персонажами показує, як спільна підтримка та єдність можуть посилити стійкість окремих людей і команд у складних ситуаціях.

Ця історія також представляє метакогнітивну стратегію “Хаотичний пошук рішення – пошук, сфокусований на перевірці певної гіпотези”, виокремленої О. Савченко. Звірі, які шукають безпеки, демонструють неефективний і хаотичний пошук рішень без попереднього аналізу та перевірки гіпотез. Такий підхід є прообразом неефективного та поспішного ухвалення рішень, що може призвести до заплутаних і нестійких результатів. З іншого боку, Дід і Пес, які застосовують більш систематичний підхід, показують важливість ретельного аналізу і тестування рішень, що призводить до більш успішного вирішення проблеми. Психологи можуть використовувати цю динаміку, щоб проілюструвати важливість метакогнітивної рефлексії в процесах ухвалення рішень. Діти можуть навчитися розрізняти поверхневий підхід і систематичну перевірку гіпотез, що призводить до кращих результатів у реальних ситуаціях. Цей процес передбачає не лише розпізнавання та розуміння проблеми, але й інвестування часу та зусиль у тестування та перевірку можливих рішень, що є важливим для розвитку когнітивної гнучкості. Психологи можуть використовувати цю тему в роботі з дітьми, щоб показати їм, що підтримка однолітків, а також усвідомлення та використання власних сильних сторін є вирішальними факторами у подоланні труднощів.

Інший важливий аспект, який пропонує казка, виражається у здатності персонажів швидко адаптуватися до мінливих умов життя та відновлювати свої емоційні ресурси. Герої цієї історії показують, як можна зберігати емоційну рівновагу навіть у складних обставинах. Для дітей це означає, що важливо розвивати вміння адаптуватися до мінливих обставин, зберігати емоційну рівновагу та швидко відновлюватися після негативного досвіду. Ці навички мають вирішальне значення для подолання стресових ситуацій і підтримки здорового

психічного стану. Психологи можуть допомогти дітям усвідомити, що адаптивність і гнучкість емоційних реакцій є важливими для їхньої здатності долати життєві виклики і підтримувати психологічне благополуччя в складні часи. Цей підхід може сприяти особистісному зростанню дітей, розвитку життєстійкості та здатності ефективно адаптуватися до змін, що має важливе значення для їхнього майбутнього психологічного благополуччя та адаптації в різноманітних соціальних та емоційних контекстах.

Казка “Кривенька качечка” та розвиток метакогнітивних здібностей

Ця історія фокусується на психологічному та емоційному розвитку головної героїні. За допомогою цієї казки психологи можуть продемонструвати дітям, як можна ідентифікувати, регулювати та використовувати власні емоції для покращення інтелектуальних здібностей та процесів ухвалення рішень. Одним із ключових аспектів сторітелінгу, який є корисним у роботі з дітьми, є розвиток метакогнітивної стратегії “Високий – низький рівень орієнтації на власні інтелектуальні емоції під час інтелектуальної активності”, виокремленої О. Савченко. У цьому контексті виділяється високий рівень орієнтації на власні емоції, що є важливим для емоційної регуляції та ефективного ухвалення інтелектуальних рішень. Головна героїня казки використовує свої емоційні переживання як важливі сигнали для своїх інтелектуальних рішень і дій. Цей процес передбачає вміння розпізнавати та правильно інтерпретувати емоції, що призводить до кращої оцінки правильності своїх дій та пошуку ефективних рішень проблем. Психологи можуть використовувати цей механізм для підтримки розвитку метакогнітивних навичок у дітей, які вчать розпізнавати, регулювати і використовувати свої емоції в контексті інтелектуальної діяльності. Дітям можна допомогти усвідомити, як їхні емоційні реакції впливають на процес ухвалення рішень і навчання. Наприклад, коли дитина стикається

з проблемою, вона може навчитися рефлексувати свої емоції, визначати, чи є ці емоції корисними або відволікальними, і на основі цього коригувати свій підхід до вирішення проблеми. У цій казці емоційні переживання головної героїні розглядаємо як сигнали, які допомагають їй ухвалювати важливі рішення, що є основою для високого рівня орієнтації на власні емоції. Психологи можуть працювати з дітьми так, щоб дати їм зрозуміти, що емоції – це не просто пасивна реакція на зовнішні подразники, а й цінна інформація, яку можна використовувати для кращого розуміння ситуацій і когнітивних процесів.

Казка “Тхір” є стимулювальним інструментом, який психологи можуть використовувати для сприяння розвитку метакогнітивних стратегій у дітей, зокрема в контексті самоконтролю, пошуку зовнішньої підтримки та відновлення втраченого. Ця історія особливо цінна для дітей, які зіткнулися з непростими життєвими обставинами, оскільки вона фокусується на складних, але важливих аспектах поведінки, таких як планування, саморефлексія та наполегливість у досягненні цілей. Ключовим метакогнітивним аспектом, який пропонує казка, є розвиток “високого – низького рівня самоконтролю над процесом вирішення проблемної ситуації”, на якому наголошує О. Савченко. У межах цього процесу діти можуть дослідити, як ефективно керувати своїми емоціями та реакціями у складних ситуаціях, що дозволяє їм краще справлятися з розчаруванням і несприятливими обставинами. У цій історії Дід є прикладом високого рівня самоконтролю, який полягає у здатності систематично вирішувати проблеми навіть в умовах, що провокують стрес і дискомфорт. Поведінка Діда демонструє, що навіть в умовах фрустрації та зовнішніх труднощів можна зберігати контроль над реакціями та рішеннями, що є цінним уроком для дітей, які повинні навчитися керувати своїми імпульсами та конфліктними ситуаціями. Один із аспектів, який особливо підкреслено в історії, – це здатність Діда мобілізувати свої зусилля та ефективно планувати, що є ключовими навичками в

розвитку метакогнітивних процесів. Психологи можуть використовувати цю характеристику, щоб допомогти дітям навчитися формулювати і здійснювати свої наміри. Зосередившись на вмінні Діда аналізувати проблеми, ставити реалістичні цілі та систематично їх досягати, психологи можуть допомогти дітям розвинути подібні навички. Цей процес включає в себе вміння робити перерви, обдумувати різні варіанти та оцінювати, які кроки будуть найбільш ефективними для досягнення поставлених цілей. Готовність Діда звернутися по допомогу і прийняти підтримку від інших персонажів історії ще раз підкреслює важливість пошуку зовнішньої підтримки, що також є важливим аспектом метакогнітивних стратегій. Діти можуть дізнатися, що прийняття допомоги – це не ознака слабкості, а розумний та ефективний підхід до вирішення проблем. Цей аспект пов'язаний із процесом емоційної регуляції, який допомагає дітям справлятися зі складними ситуаціями і запобігати непотрібним невдачам через неадекватний самозахист. За допомогою казки психологи можуть продемонструвати дітям, що усвідомлення потреби в допомозі та ефективне її отримання є запорукою збереження рівноваги та стабільності в житті. Важливим елементом історії є право на повернення втраченого, що може бути терапевтичним для дітей, особливо в контексті тих, хто пережив травму або втрату. Цей мотив дає можливість дітям дослідити можливості самовідновлення і трансформації ситуацій, які здаються їм незворотними. Через рішення Діда рухатися далі, планувати і діяти навіть у складних обставинах, діти дізнаються про життестійкість – здатність відновлювати втрачену рівновагу і продовжувати життя з новими силами. На метакогнітивному рівні важливо, щоб діти почали сприймати і рефлексувати над власними реакціями і стратегіями вирішення проблем. Після прочитання оповідання психологи можуть запропонувати дітям конкретні запитання та вправи, які допоможуть їм визначити, які методи використовували Дід та інші персонажі для вирішення проблем, які почуття вони переживали на різних етапах історії та

як змінювалися їхні реакції залежно від ситуації. Завдяки цим метакогнітивним вправам діти можуть навчитися оцінювати власні рішення та покращать здатність регулювати свої емоції та поведінку в різних ситуаціях. На завершальному етапі казки можна показати дітям, що навіть якщо проблеми не вирішуються одразу, наполегливість і гнучкість у пошуку рішень є важливими. Казка “Тхір” не лише сприяє розвитку метакогнітивних стратегій, а й допомагає дітям краще зрозуміти процес вирішення проблем у реальному житті, акцентуючи увагу на інтеграції емоційної та когнітивної регуляції.

Казка “Лисичка-Сестричка та Вовчик-Братик” є важливим інструментом для розвитку в дітей метакогнітивних стратегій, пов'язаних із рефлексивною оцінкою стосунків, самозбереженням та ухваленням рішень щодо виходу з несприятливих ситуацій. Ця казка зосереджена на розвитку метакогнітивних навичок за допомогою техніки “Контрфакт вгору – контрфакт вниз” (О. Савченко), яка дозволяє дітям аналізувати альтернативні сценарії, засновані на зміні певних чинників у конкретних відносинах. Використання цієї метакогнітивної стратегії може допомогти дітям краще зрозуміти, як рішення, ухвалені у стосунках між партнерами, впливають на їхнє життя, і якими були б наслідки, якби стосунки між героями склалися інакше. У контексті казки психологи можуть запропонувати дітям поміркувати над тим, як могла б змінитися ситуація, якби Вовк переглянув свої рішення і розірвав стосунки з Лисицею, яка його експлуатувала. Цей процес передбачає визначення можливих альтернативних сценаріїв, за яких стосунки не погіршуються, а розвивають більш здоровий і збалансований спосіб взаємодії. За допомогою цього методу діти можуть проаналізувати наслідки перебування в деструктивних стосунках і подумати про те, як могло б виглядати їхнє життя, якби вони вирішили розірвати їх. “Контрфактичність” у цьому контексті проявляється як техніка, що дозволяє дітям уявити позитивний розвиток стосунків,

в якому Вовк усвідомлює маніпулятивну поведінку Лисиці і вирішує розірвати стосунки. Цей альтернативний сценарій спонукає дітей замислитися над тим, яким було б життя Вовка, якби він звільнився від стосунків, що завдають йому шкоди, і як його життя могло б наповнитися задоволенням і особистісним зростанням. Цей процес сприяє розвитку емоційного інтелекту дітей та їхньої здатності не лише розпізнавати, коли їх експлуатують у стосунках, але й робити мудрий вибір та вживати заходів для захисту власного емоційного та психологічного здоров'я. Таким чином, дітям показують, наскільки важливо розпізнавати, коли людина перебуває в незбалансованих стосунках, і шукати вихід до того, як вона опиниться в ситуації, з якої може бути складно вибратися. Цей процес дозволяє їм не лише краще зрозуміти, коли шукати підтримки, але і як встановити особисті кордони, які дозволять їм захистити себе від шкідливих моделей поведінки. На завершальному етапі психологи можуть проаналізувати з дітьми, як вони можуть уникнути подібної динаміки стосунків у власному житті та навчитися реагувати на маніпуляції чи експлуатацію безпечним і здоровим способом. Цей процес рефлексивного оцінювання себе та інших допомагає дітям розвивати інші метакогнітивні навички, потрібні для ефективного вирішення проблем і створення позитивних стосунків в особистому та соціальному житті.

Казка “Лисичка-Сестричка” об'єднує ресурси для розвитку метакогнітивних стратегій у дітей, які зосереджені на самоаналізі, самооцінці та ухваленні етичних рішень. Ця історія добре підходить для стимулювання рефлексивного мислення, що дозволяє дітям не лише оцінювати свою поведінку, а й розвивати вміння аналізувати наслідки своїх вчинків у контексті стосунків з іншими людьми. Після прочитання оповідання психолог може ініціювати дискусію, яка зосереджується на життєвих цінностях, моральних принципах і важливості побудови здорових стосунків. Цей процес обговорення надає дітям можливість критично аналізувати етичні дилеми та

ухвалювати рішення, що ґрунтуються на розумінні наслідків, до яких можуть призвести їхні вчинки. Важливою метою є навчити дітей усвідомлювати власні реакції та поведінку інших людей, так зміцнюючи їхню здатність протистояти емоційним маніпуляціям і створювати здорові, шанобливі взаємини. Цей процес самоаналізу та оцінювання своєї поведінки є важливим для емоційної стійкості та здатності будувати позитивні стосунки.

Крім того, ця історія символічно вказує на взаємозв'язок усіх сфер життя – фізичного, емоційного та соціального здоров'я. Таким чином, діти краще розуміють, що вибір, який вони роблять в одній сфері життя, може мати глибокий вплив на інші сфери. Ця метакогнітивна перспектива підтримує дітей у пошуку балансу між різними аспектами їхнього життя і допомагає їм усвідомити, що особистий розвиток і благополуччя є результатом гармонійного зв'язку між думками, емоціями і діями.

Використання цієї історії як інструменту для розвитку метакогнітивних стратегій дозволяє дітям не лише зрозуміти важливість етичної поведінки та ухвалення рішень, але й підвищити їхню здатність до саморефлексії та активного навчання на власному досвіді. У такий спосіб діти вчать аналізувати свої вчинки, запобігати маніпуляціям та формувати здорові стосунки, що є важливим для їхнього емоційного благополуччя та розвитку.

Психологи можуть ефективно використовувати казки як психоосвітній інструмент для сприяння розвитку метакогнітивних стратегій у дітей, розвиваючи здатність краще розуміти свої думки, рішення та емоційні реакції. Використання казок у психоосвітніх та терапевтичних втручаннях – це не лише ефективний спосіб розвитку когнітивних та емоційних здібностей дітей, але й спосіб допомогти їм краще адаптуватися до нових викликів та життєвих ситуацій. За допомогою історій діти набувають ключових психологічних навичок, таких як самоаналіз, критична оцінка інформації, адаптація до

нових обставин та емоційна регуляція. Історії – це не лише інструмент для розваги, але й для глибокого самопізнання, емоційного збагачення та розвитку психологічних навичок, потрібних для подолання складних життєвих ситуацій та формування психологічної стійкості. Ці навички є запорукою благополуччя та успіху дітей у майбутньому житті. Детальніше з психологічним аналізом казок крізь призму метакогнітивних ресурсів можна ознайомитись у публікації *Гандзілевської Г., Ратінської О., Škorvagoá E.*

Алгоритм використання українських народних казок у психологічній практиці задля розвитку метакогнітивних стратегій дітей

Казки є потужним інструментом у психологічній практиці, який може сприяти розвитку метакогнітивних, емоційних та когнітивних здібностей дітей. Запропонований алгоритм поєднує ключові кроки для ефективного використання казки як засобу розвитку емоційної стійкості, метакогнітивних процесів, умінь вирішувати проблеми. Процес структурований на етапи, які включають підготовку, взаємодію, аналіз, творчість та застосування в повсякденному житті дітей.

1. Вибір казки. Критерії відбору:

1. Культурна та вікова відповідність: обрана історія має бути зрозумілою та доречною для вікової групи дітей, відображати їхнє культурне та соціальне походження.

2. Зміст: історія повинна містити теми, які сприяють позитивному мисленню, управлінню стресом та вирішенню проблем.

3. Символізм і метафори: історія повинна включати універсальні метафори, які дозволять дітям пов'язати досвід персонажів із їхнім власним життям.

4. Адаптивні поведінкові моделі: персонажі мають демонструвати функційні стратегії подолання труднощів, які діти можуть наслідувати.

5. Метакогнітивний компонент: історії повинні включати ситуації, в яких персонажі рефлексують над своїми думками, емоціями та рішеннями, створюючи таким чином можливості для розвитку метакогнітивних процесів.

II. Підготовка та презентація казки

1. Форма розповіді: історію можна прочитати вголос, інсценізувати, проілюструвати або представити за допомогою аудіовізуальних засобів. Адаптуйте форму до інтересів і здібностей групи.

2. Створіть безпечне середовище: переконайтеся, що діти почуваються комфортно і безпечно, щоб вільно висловлювати свої думки, емоції та ідеї.

3. Сторітелінг:

- Активізація інтересу: перед початком розповіді ставте запитання, які стимулюють цікавість, наприклад: «Як ти думаєш, які рішення доведеться ухвалити головному герою?»

- Інтерактивна розповідь: під час розповіді ставте запитання, які залучають дітей до дії: «Як би ви вчинили, якби були на місці героя?»

- Драматизація та візуалізація: використовуйте драматизацію, рольові ігри або простий реквізит, щоб передати глибші емоційні переживання.

III. Аналіз ключових елементів казки

1. Ідентифікація персонажів: разом із дітьми проаналізуйте головних і другорядних героїв, їхні характеристики, мотиви та рішення. Заохочуйте дітей називати позитивні та негативні моделі поведінки. Ставте запитання, які спонукають до роздумів, наприклад: «Чи міг персонаж вчинити по-іншому?».

2. Когнітивні процеси: зосередьтеся на думках і роздумах персонажів. Ставте запитання, наприклад: «Як ви думаєте, чому персонаж ухвалив таке рішення?».

3. Емоційні процеси: обговоріть емоційні реакції персонажів та їхній вплив на прийняття рішень. Заохочуйте дітей називати свої власні емоції в подібних ситуаціях і розмірковувати над ними.

IV. Сприяння розвитку метакогнітивних стратегій через обговорення

1. Прогнозування та гіпотези: під час читання запитуйте: «Як ви думаєте, що буде далі?». Ця техніка заохочує планувати та створювати альтернативні сценарії.

2. Контрфактичне мислення: аналізуйте історію, ставлячи запитання, наприклад: «Що сталося б, якби персонаж ухвалив інше рішення?». Такий підхід розвиває гнучкість мислення та вміння оцінювати наслідки рішень.

3. Вирішення проблем: заохочуйте дітей визначати проблеми, з якими зіткнулися персонажі, і разом обговорювати можливі стратегії їх подолання.

4. Метакогнітивна рефлексія: запитайте дітей, як би герої роздумували над своїми рішеннями, що вони дізналися про себе і як вони можуть застосувати ці знання у своєму житті.

V. Творча обробка та візуалізація

1. Художні техніки: використовуйте малюнки, карти емоцій або колажі, щоб зобразити почуття персонажів або власні емоції дітей. Візуалізація допомагає дітям краще зрозуміти свої внутрішні процеси.

2. Драматизація та рольові ігри: дозвольте дітям розіграти вибрані сцени. Ця діяльність сприяє емпатії та глибшому розумінню поглядів інших людей.

VI. Зв'язок історії з реальним життям

1. Визначення паралелей: заохочуйте дітей називати ситуації з їхнього життя, схожі на ті, що описані в казці. Підтримуйте їхні роздуми запитаннями на кшталт: «Як би ти вирішив подібну проблему?»

2. Моделювання поведінки: обговоріть із дітьми, як вони можуть застосувати позитивні стратегії подолання труднощів героїв у своїх повсякденних ситуаціях.

VII. Рефлексія та інтеграція навчання

1. Заключне обговорення: після того як ви закінчите роботу з історією, обговоріть із дітьми, чого вони навчилися з цієї

історії. Заохочуйте їх називати конкретні методи або стратегії, які можуть допомогти їм у майбутньому.

2. Застосування знань: дайте дітям час для планування того, як вони можуть використати отримані знання на практиці, наприклад, для вирішення конфліктів із друзями або для подолання страхів.

VIII. Оцінка ефективності та зворотний зв'язок

1. Отримання зворотного зв'язку: попросіть дітей висловити свою думку про проведені заходи, ставлячи запитання, що стосуються їхнього досвіду, рівня розуміння та оцінки корисності методів. Надайте дітям можливість висловити, що їм сподобалося в роботі з історією або що вони хотіли б зробити по-іншому.

2. Рефлексія психолога:

- оцініть прогрес дітей у розвитку метакогнітивних стратегій, емоційної регуляції та вирішенні проблем;
- оцініть ефективність обраних стратегій та скоригуйте подальші втручання відповідно до потреб дітей;
- відстежуйте і підтримуйте їхній довгостроковий розвиток за допомогою додаткових історій або конкретних завдань.

Цей алгоритм дозволяє психологам використовувати сторітелінг як інструмент для структурованої підтримки розвитку когнітивних, емоційних та соціальних навичок у дітей. Через символіку історій та інтерактивні вправи діти вчаться рефлексувати свій досвід, ефективно вирішувати проблеми та справлятися зі стресовими ситуаціями. Таким чином, казки набувають значення не лише як інструмент розваги, а й як джерело глибокої психологічної трансформації.

Супроводжувальні техніки: практичні рекомендації для психологічної практики

Казки надають унікальний простір для застосування різноманітних супровідних технік, які дозволяють психологам ефективно підтримувати емоційний, когнітивний та соціальний розвиток дітей. Ці техніки не лише зміцнюють їхню

здатність справлятися з життєвими викликами, а й сприяють розвитку метакогнітивних навичок, потрібних для особистісного та соціального зростання.

Робота з метафорами як інструмент психологічного втручання

Метафори, що містяться в казках, є потужним засобом поглиблення самопізнання та емоційного розвитку в дітей. Психологи можуть ефективно використовувати їх для полегшення процесу ідентифікації власних емоційних переживань і проблем, так сприяючи як когнітивному, так й емоційному розвитку.

Процес роботи з метафорами

У роботі з дітьми можна використовувати такі етапи:

1. **Визначення ситуацій:** попросіть дітей визначити конкретні ситуації або сцени з історії, які резонують із їхніми поточними емоціями, проблемами або життєвим досвідом. Наприклад, вони можуть вказати на момент, коли головний герой відчуває себе відкинутим, розгубленим або перемагає перешкоду.

2. **Зв'язок із особистим досвідом:** заохочуйте дітей описувати паралелі між їхніми почуттями чи проблемами та історією. Запитання на кшталт «Ти коли-небудь відчував щось подібне?» або «Як би ти почувався на місці цього персонажа?» можуть спонукати до глибших роздумів.

3. **Обговоріть із групою або окремими учасниками стратегії подолання,** які використовував персонаж, щоб впоратися зі своєю ситуацією. Діти можуть проаналізувати, чи були ці стратегії ефективними, і поміркувати, чи можуть вони застосувати їх у власному житті.

Важливість роботи з метафорами

– **Емоційна регуляція:** виявлення емоційних паралелей між історією та власним досвідом допомагає дітям розпізнавати та обробляти свої емоції, а отже, краще їх регулювати.

– **Розвиток навичок вирішення проблем:** порівнюючи стратегії подолання труднощів героїв історії зі своїми

власними механізмами подолання, діти розвивають здатність конструктивно підходити до проблем.

– **Самопізнання:** рефлексія через метафоричні ситуації поглиблює усвідомлення власних емоцій, цінностей та способів мислення.

Практичний приклад застосування

Працюючи з такою історією, як “Рукавичка”, діти можуть визначити ситуацію, коли звірі повинні спільно ухвалювати рішення і керувати обмеженим простором у рукавичці. Ця сцена може відображати досвід дітей щодо групової динаміки або відчуття тісноти. Психолог може провести обговорення того, як звірі впоралися з цією ситуацією, а потім запитати дітей, як би вони вирішили подібну ситуацією у власному житті.

Значення в ширшому контексті

Робота з метафорами – це не лише засіб вирішення поточних емоційних проблем, а й розвиток метакогнітивних навичок. Діти вчать аналізувати своє мислення, оцінювати ефективність своїх стратегій і планувати майбутні дії. Цей процес дає їм інструменти для подолання викликів, з якими вони можуть зіткнутися не лише в дитинстві, а й у подальшому житті. Таким чином, метафоричний зв'язок між сюжетними ситуаціями та їхнім власним досвідом пропонує дітям безпечний простір для дослідження свого внутрішнього світу, підтримує їхній розвиток і зміцнює їхню здатність протистояти повсякденним викликам із більшою впевненістю та компетентністю.

Створення альтернативних сценаріїв

Сторітелінг забезпечує унікальну методологічну основу для роботи з дітьми, яка цілеспрямовано підтримує систематичний розвиток їхніх когнітивних навичок, зокрема планування, аналітичного мислення та оцінки ухвалення рішень. У межах цієї роботи особливо корисно впроваджувати техніку створення альтернативних сценаріїв, яка дозволяє дітям думати про гіпотетичні ситуації та наслідки. Цей метод розширює їхні навички критичного та творчого мислення, а також зміцнює здатність рефлексувати над власними та чужими рішеннями.

Приклад застосування альтернативних сценаріїв

Працюючи з історією, наприклад, українською народною казкою, де Лисиця і Вовк відіграють ключові ролі, психолог може запропонувати дітям поміркувати над тим, як історія могла б розгортатися, якби Лисиця обрала інший підхід. Обговорення може включати:

– Визначення ключових рішень персонажів: допоможіть дітям визначити моменти, коли персонажі роблять вибір, і дослідити, що могло вплинути на їхній вибір.

– Формулювання альтернативних сценаріїв: діти можуть припустити, що сталося б, якби Лисиця вирішила співпрацювати з Вовком замість того, щоб маніпулювати ним, або якби Вовк терплячіше реагував на сигнали оточення.

– Аналіз наслідків: психолог може запропонувати дітям обговорити ймовірні наслідки альтернативного вибору, наголошуючи на причинно-наслідкових зв'язках між діями та результатами.

Переваги використання альтернативних сценаріїв:

1. Розвиток здатності планувати: досліджуючи “що, якщо”, діти вчаться формулювати цілі та передбачати наслідки своїх рішень.

2. Посилення аналітичного мислення.

3. Діти отримують можливість критично оцінювати рішення персонажів, порівнювати різні рішення та шукати найефективніші.

4. Розвиток емпатії: вивчення різних точок зору допомагає дітям зрозуміти, що на вибір можуть впливати різні мотивації, емоції чи обмеження.

Цей процес є не лише інтелектуальною вправою, але й розвиває емоційний та соціальний інтелект, оскільки діти можуть уособлюватися в персонажів і вчаться розпізнавати моральні аспекти історій, аналізуючи альтернативні сценарії. Такий підхід є надзвичайно корисним не лише в терапевтичному середовищі, але й у педагогічній практиці, де він допомагає

дітям набути навичок, потрібних для подолання повсякденних викликів і проблем.

Візуальна рефлексія

Візуальна рефлексія – це ефективний підхід для полегшення емоційного усвідомлення та розвитку емпатії в дітей за допомогою творчих художніх технік, таких як малюнки, карти емоцій або колаж. Ці техніки дозволяють дітям екстерналізувати та візуалізувати внутрішній емоційний досвід літературних персонажів, надаючи їм конкретний і зрозумілий спосіб зрозуміти складні психологічні поняття, такі як регуляція емоцій, реакція на стрес і міжособистісна взаємодія.

Процес може включати

– Ідентифікація емоцій: діти ідентифікують і художньо зображують емоційні стани персонажів, виходячи з контексту історії. Ця вправа сприяє розвитку здатності розпізнавати і класифікувати різні емоції.

– Обговорення альтернативних реакцій: на основі візуалізації емоційних станів діти обговорюють можливі альтернативи поведінки персонажів у схожих ситуаціях. Цей крок сприяє розвитку емоційної гнучкості та перспективного мислення.

– Зв'язок із особистим досвідом: дітям пропонують поміркувати над тим, як їхні власні емоційні реакції в різних ситуаціях співвідносяться з емоційними реакціями персонажів. Ця техніка зміцнює їхні навички самоаналізу та розвиває емоційний інтелект.

Робота з візуальними елементами також допомагає побудувати міст між когнітивною обробкою та емоційним усвідомленням, відкриваючи простір для глибшого обговорення власного досвіду та ефективних стратегій подолання складних ситуацій.

Групові вправи

Групові вправи, наприклад, за сюжетом казки “Рукавичка”, є ефективним методом розвитку соціальних навичок, співпраці та взаємопідтримки в дитячому колективі. Ця історія, яка розповідає про об'єднання та співпрацю різних персонажів у

спільному прагненні до виживання, є ідеальною основою для моделювання кооперативних взаємодій.

Застосування у психологічній практиці:

– Моделювання співпраці: на основі оповідання діти можуть грати в кооперативні ігри, в яких вони моделюють ситуації з оповідання (наприклад, разом шукають рішення, як помістити всіх персонажів у рукавичку). Така діяльність допомагає їм зрозуміти важливість співпраці, комунікації та компромісу.

– Розвиток емпатії: групові завдання можна адаптувати так, щоб діти могли відчувати перспективу різних персонажів, таким чином зміцнюючи їхню здатність зрозуміти потреби та обмеження інших членів групи.

– Сприяння командній динаміці: вправи, натхненні історією, можуть передбачати розв'язання проблем у групі, де кожен учасник використовує свої навички та сильні сторони, моделюючи таким чином принцип взаємопідтримки та різноманітності.

Психологічна користь

Такі групові вправи не лише сприяють розвитку соціальних навичок, а й допомагають побудувати позитивну атмосферу та взаємну довіру в групі. Діти вчать таких важливих аспектів командної роботи, як активне слухання, повага до різних точок зору та спільна відповідальність за досягнення мети.

У більш широкому контексті групові заняття сприяють розвитку емоційного інтелекту, покращують міжособистісні стосунки та створюють міцний фундамент для ефективного функціонування в команді, що має довгострокові переваги для їхнього психосоціального розвитку.

Загальна користь супроводжувальних технік

Кожна з перерахованих вище методик підтримує комплексний розвиток когнітивних, емоційних і соціальних навичок дітей. Вони допомагають дітям не лише краще зрозуміти історії, а й застосовувати здобуті знання до власних життєвих ситуацій, зміцнюючи таким чином їхню психологічну стійкість і здатність протистояти викликам повсякденного життя.

Застосування на практиці метафоричних асоціативних карт (МАК)

Метафоричні асоціативні карти (МАК): використання візуальних образів, що відображають емоційні стани персонажів казок, дозволяє дітям краще вербалізувати та регулювати свої емоції. Шкала емоційного звичного суб'єктивного благополуччя (Džuka & Dalbert, 2002) слугує основою для визначення позитивних і негативних емоційних станів та їхнього зв'язку з поведінковими стратегіями. Так, використовуючи факторний аналіз для опису переживання позитивного емоційного стану, Džuka, Dalbertová визначили чотири іменники: радість, щастя, насолода, фізична свіжість та шість – для опису негативного: сором, провина, страх, смуток, біль, гнів. Елементи, що класифікують емоції, представлені дескрипторами: гнів, провина, сором, страх, радість, смуток, щастя. Елементи класифікації тілесних відчуттів, які опосередковують виключно сприйняття власного тіла, є дескрипторами: задоволення, тілесна свіжість, біль.

До кожної з проаналізованих українських народних казок були створені метафоричні картки (МАК), що ілюструють персонажів у різних емоційних станах – як позитивних, так і негативних. Їх створила художник-ілюстратор В. Цуркан (додаток А). Ці картки розроблені для того, щоб психологи могли ефективно використовувати казкові історії в терапевтичній роботі з дітьми, розвиваючи таким чином емоційні, когнітивні та метакогнітивні навички.

Використовуючи структурований алгоритм роботи з казками та супровідні техніки з використанням МАК, психолог може допомогти дитині:

– **визначити емоційний стан героя:** дитині пропонують розпізнати емоційний стан певного персонажа (наприклад, страх, сум, радість) та визначити візуальні чи наративні підказки, які сигналізують про цей стан;

– **знайти уривок з історії, який підтверджує цей стан:** цілеспрямована робота з текстом дозволяє дитині глибше

зануритись у контекст та розвинути вміння міркувати й робити логічні висновки;

– **проаналізувати дисфункційні моделі мислення та поведінки персонажів:** психолог разом із дитиною досліджує, які моделі мислення та поведінки призводять до збереження негативних емоцій у персонажів. Цей аналіз допомагає дитині розвивати навички критичного мислення та розпізнавати подібні патерни у власному житті;

– **зрозуміти функційні моделі мислення та поведінки персонажів у позитивному емоційному стані:** обговорення способів, за допомогою яких персонажі досягають позитивних змін, сприяє розвитку в дитини адаптивних стратегій подолання труднощів;

– **застосувати контрфактичні техніки для трансформації дисфункційних патернів мислення:** за допомогою контрфактичних технік (наприклад, «Що було б, якби персонаж вчинив по-іншому?») дитина отримує нові перспективи вирішення проблем і розвиває здатність мислити гнучко;

– **обговорити моральні і практичні послання історії:** роздуми про те, що дитина дізналася з історії, і міркування про те, як застосувати ці знання в повсякденному житті, зміцнюють здатність дитини узагальнювати отримані навички в реальних життєвих ситуаціях.

Ця методика підходить і для педагогічної практики, де вона може слугувати для розвитку емоційного інтелекту, креативності та критичного мислення в дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Августюк М.М. Основні підходи до характеристики психосоціальної реабілітації: метакогнітивна проєкція. *Науковий журнал "Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія"*. 2024. Том 35 (74). № 1. С. 49-54.
2. Августюк М., Пасічник І., Балашов Е., Каламаж Р. Румінаційне мислення військовослужбовців Збройних Сил України. *Інсайт: психологічні виміри суспільства*. 2025. №13. С. 431–459. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2025-13-18>
3. Августюк М.М. Особливості взаємозв'язку між метакогнітивним моніторингом та метакогнітивним контролем. *Вісник Харківського національного ун-ту ім. В.Каразіна. Серія Психологія*. 2021. №70. С. 37–43.
4. Авер'янова Н. М. (2017) Гібридна війна: російсько-українське протистояння. *Молодий вчений*. 3(43), С. 30-34.
5. Агаєв Н.А., Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. (2016) Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. 234 с.
6. Берездецька Л. В. (2018) Стратегії соціальної адаптації демобілізованих учасників АТО: автореф. дис. канд. соціолог. наук: 22.00.04 – спеціальні та галузеві соціології. 22 с.
7. Блінов О.А. (2020) Психологія бойового стресу : дис. ... докт. психол. наук : 19.00.04. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 660 с.
8. Болтоносов С. В. (2018) Особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України, що вживають алкоголь. *Архів психіатрії*. Т. 24. № 2. С. 77–80
9. Борецька Л.Г. (2018) Специфіка психологічної реабілітації учасників бойових дій. Реабілітація учасників бойових дій в

Україні: досвід та перспективи. *Тези доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції*. 232 с.

10. Борисова О.О. (2023) Психоедукаційні моделі у процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Психологія»*. № 3. С. 7–12.

11. Борисова О. О. (2024). Психореабілітація учасників / учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні. *Наукові записки. Серія: Психологія*, (1), 9–17. URL: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-1>

12. Борисова О.О. (2023) Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія «Психологія»*. Том 34 (73). № 3. С. 1–6

13. Бриндіков Ю. Л. (2018) Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис.... д-ра пед. наук : 13.00.05. Хмельницький нац. ун-т. Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. 559 с.

14. Бриндіков Ю. Л. (2018) Арт-терапія у реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Т (1)15. С. 106–110.

15. Василевська О., Дворніченко Л. (2020) Казкотерапія як засіб психологічної роботи з різними віковими категоріями. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. Випуск 6. С. 24–31.

16. Володарська Н. Д. (2016) Перспективи застосування методів діалогової психотерапії в умовах суспільних трансформацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Випуск 2. Том 1. С. 24–30

17. Волошина-Нарожна В. О. Метакогнітивні механізми саморегульованого навчання та їх роль в успішності навчальної діяльності. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал*. Острог: Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 109–115.

18. Ворона П., Кривошеев В. (2018) Зарубіжний досвід соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій: на прикладі США. *Науково-практичне забезпечення децентралізації надання послуг в об'єднаних територіальних громадах : матеріали наук.-практ. конф.* Київ. ІПК ДСЗУ. С. 305–309.

19. Гавенко В.Л., Вітенко І.С., Самардакова Г.О. (2002) Практикум з медичної психології. Харків. Регіон-інформ. 248 с.

20. Гавловський О. Д. (2019) Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції. *Україна. Здоров'я нації.* № 1. С. 15–18.

21. Гандзілевська Г. Ратінська О. & Škorvagová E. (2025) Українські народні казки як засіб розвитку метакогнітивних ресурсів психологічного імунітету молодших школярів. *Вісник Львівського університету. Серія Психологічні науки.* Випуск 23. С. 23–38.

22. Гнатюк О.В., Пророк Н.В., Чекстере О.Ю. (2023) Проблеми адаптації до навчання здобувачів початкової освіти в умовах воєнного стану. *Науковий журнал соціології та психології «Габітус».* Випуск 54. С. 82–85.

23. Гридковець Л., Запорожець О. (2018) Психологічна допомога дітям із травмівним досвідом. *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи.* Навчальний посібник. Загальна редакція: Л. Гридковець. Том 3. 236 с. С. 97–114.

24. Гридковець Л. Сиротич Н. (2018) Методи психологічної допомоги дітям із травмівним досвідом. *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи.* Навчальний посібник. Загальна редакція: Л. Гридковець Том 3. 236 с. С. 104–107.

25. Гульбс О.А., Кобець О.В. (2021) Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Психологічний журнал.* № 7. С. 100–106/

26. Данілевська Н. В. (2018) Синдром відстроченого післябойового відреагування як один зі станів бойової психічної травми у військовослужбовців, які брали участь в АТО. *Медична психологія.* Т. 13. № 2. С. 49–52.

27. Державна служба статистики України. URL: <https://www.ukrstat.gov.ua/>

28. Деякі питання надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членам сімей таких осіб та членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, і членам сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України відповідно до Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту»: постанова Кабінету Міністрів України № 1338 від 29.11.2022 р.

29. Загора Ольга (2023) Тривожність під час війни: шляхи терапії. *Тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія»*. № 3 (66). URL: <https://health-ua.com/article/74775-trivozhnst-pd-chas-vjni-shlyahi-terap>

30. Кісарчук З.Г. та ін. (2020) Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово». 178 с.

31. Крук І.М., Григус І.М. (2023) Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. № 15. С. 50–56.

32. Крупельницька Л.Ф. (2023) Психотерапія у постнекласичній парадигмі: посібник. К.: ГО «МНГ». 176 с.

33. Кулакова Л, Кулаков Р. (2022) Психологічна реабілітація дітей вимушених переселенців засобами арт-терапії. *Наукові перспективи*. № 10 (28). С. 386–394.

34. Левін Пітер А. (2022) Зцілення від травми. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки. 156 с.

35. Любомирський В. О., Лис І. А. Роль метакогнітивних переконань у формуванні симптомів ПТСР: емпіричне дослідження військовослужбовців. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*. Серія «Психологія»: науковий журнал. Острог: Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 58–67.

36. Миколайчук М., Карпенко В. (2013) Дослідження культури звернення за психологічною допомогою у студентській молоді. *Практична психологія і соціальна робота*. № 6. С. 2–8.

37. Мушак Ю. (2023) 20 технік психотерапії. URL: <https://surl.li/obyvdv>

38. Назаренко І. І., Якимець В. М., Печиборщ В. П. (2019) Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури). *Україна. Здоров'я нації*. № 1. С. 48–58

39. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

40. Оцінка психічного здоров'я та психосоціальних потреб в Україні. *Репрезентативне соціологічне дослідження. Проведено ГО «Дівчата» проект «Локалізований соціальний захист та допомога на зиму для незахищених українців» за підтримки HIAS Україна*. 2023 р. URL: <https://www.divchata.org/uk/proekty/doslidzhennya-mentalnogo-zdorovya.html>

41. Пасічник І. Д., Матласевич О. В., Гуцук Р. І. Роль метакогнітивних переконань в емоційно-вольовій саморегуляції лікарів в умовах війни. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал*. Острог: Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 4–14

42. Пасічник І. Д., Каламаж Р. В., Августюк М. М. Метакогнітивний моніторинг як регулятивний аспект метапізнання. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія і педагогіка»: науковий журнал*. Острог: Вид-во НаУОА, 2014. № 28. С. 3–16.

43. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 р. № 497 і від 29 листопада 2022 р. № 1338 : постанова Кабінету Міністрів України № 1270 від 04.12.2023 р.

44. Психологічна реабілітація військових та їхніх близьких. Київ: Видавництво психологічної літератури «Психобук», 2023. 176 с.

45. Кузікова С. Б., Улунова Г. Є. та ін. (2018) Розвиток психологічної культури особистості в процесі безперервної освіти. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка. 224 с.

46. Сабліна Н. (2023) Психологічна допомога та робота психолога з військовими та їх родинами у дні війни. Військова

психологія. Навчально-терапевтичний посібник. Вінниця: ТВО-РИ. 276 с.

47. Савченко О. Когнітивні та метакогнітивні стратегії розв'язання проблемних питань. URL: <https://www.inforum.in.ua/conferences/15/23/148>

48. Сиропятов О. Г., Дзеружинська Н. О., Бодян В. В., Марущенко К. Ю. (2019) Психологія страху на війні. *Військова медицина України*. Т. 19. № 2. С. 55–60.

49. Сороківська О. А., Котовська І. В., Луциків І. В. (2017) Формування ефективної політики зайнятості ветеранів АТО: Загальнодержавний та регіональний аспекти. *Глобальні та національні проблеми економіки*. № 18. С. 366–372.

50. Старков Д. Ю., Ярий В. В., Олішевський О. В. (2023) Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом: наук.-метод. посібник. Київ: ФОП Ямчинський О. В. 136 с.

51. Терапія горя (R. A. Neimeyer, 2015, переклад та адаптація В. Зливков, С. Лукомська). Київ, 2021. 259 с.

52. Тимошук Є. А., Каламаж Р. В. Особливості саморегуляції майбутніх учителів в умовах невизначеності. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»: науковий журнал*. Острог : Вид-во НаУОА, 2025. № 18. С. 86–96.

53. Титаренко Т.М. (2018) Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. Вип. 41. С. 157–167.

54. Титаренко Т.М., М.С. Дворник, В.О. Климчук. (2019) Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник. Національна академія педагогічних наук України. Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький. Імекс-ЛТД. 220 с.

55. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації». Наказ МОЗ від 19 липня 2024 року № 1265

56. Хаустова О. Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення. *НейроNews*. С. 25–29. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2016/2\(76\)/1530226664.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2016/2(76)/1530226664.pdf)

57. Чеботарьова Л. Л., Коваленко О. Є., Солонович А. С., Солонович О. С. (2023) Посттравматичний стресовий розлад і легка черепно-мозкова травма – поширені наслідки війни: питання патогенезу та диференційної діагностики (Огляд). *Сімейна медицина. Європейські практики*. №2 (104)/2023. С. 64–72.

58. Шевчук В., Яворовенко О., Беляєва Н., Шевчук С. (2012) Реабілітація інвалідів: Монографія. Вінниця: ФОП Данилюк В.Г. 216 с. 51.

59. Allen, J. G., Romate, J., Rajkumar, E. (2021) Mindfulness-based positive psychology interventions: a systematic review. *BMC Psychology*. 9 (116). DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00618-2>

60. Balashov, E. & Koval, V. (2024) Psychological Characteristics of Public Administration in Psychosocial Adaptation and Rehabilitation of Internally Displaced Student Youth. *Youth Voice Journal*. 14(3), 26–33.

61. Baños R.M., Garcés J.J., Miragall M., Herrero R., Vara M.D., Soria-Olivas E. (2022) Exploring the Heterogeneity and Trajectories of Positive Functioning Variables, Emotional Distress, and Post-traumatic Growth During Strict Confinement Due to COVID-19. *Happiness Stud.* 23(4):1683–1708.

62. Barahmand U. (2009) Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research*. Volume 169, Issue 3. Pages 240–243. URL: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.029>

63. Blakey SM, Wagner HR, Naylor J, Brancu M, Lane I, Sallee M, et al. (2018) Chronic Pain, TBI, and PTSD in Military Veterans: A Link to Suicidal Ideation and Violent Impulses? *J Pain*. 19(7):797-806. doi: 10.1016/j.jpain.2018.02.012

64. Booth-Kewley S., Larson G.E., Highfill-McRoy R.M., Garland C.F., Gaskin T.A. (2010) Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *Journal of traumatic stress*. P. 69–77.

65. Cherkin, D. C., et al. (2016). Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy on chronic low back pain. *JAMA*, 315(12), 1240–1249.

66. Flor, H. (2014). Phantom-limb pain: Characteristics, causes, and treatment. *Lancet Neurology*, 13(8), 857–869.

67. Fergus Thomas A., David P. Valentiner, Patrick B. McGrath, Stephanie Gier-Lonsway, Simon Jencius (2013) The cognitive attentional syndrome: Examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. *Psychiatry Research*. Volume 210. Issue 1. P. 215–219.

68. Fergus TA, Bardeen JR. Examining the incremental contribution of metacognitive beliefs beyond content-specific beliefs in relation to posttraumatic stress in a community sample. *Psychol Trauma*. 2017 Nov;9(6):723-730. doi: 10.1037/tra0000247.

69. Frain, M., Bethel, M., & Bishop, M. (2010) A roadmap for rehabilitation counseling to serve military veterans with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 76(1). 13–21.

70. Džuka, J., Dalbert, C. (2002) Vývoj a overenie validity Škál emocionálnej habituálnej subjektívnej pohody (SEHP). In: *Československá psychologie*, 46. S. 234–250.

71. Gendlin, E. T. (1996). The practicing professional. Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method.

72. Greenberg N. (2010) A cluster randomized controlled trial to determine the efficacy of Trauma Risk Management (TRiM) in a military population. *Journal of traumatic stress*. Vol. 23. №4. P. 430–436.

73. Handzilevska Halyna (2024) The possibilities of psychodrama in organising a morning circle. *Resilience in Education: Ukrainian – V4 Experience: tutorial* / edited by Denys Havryliuk, Eduard Balashov. Ostroh: Publishing House of the National University of Ostroh Academy. 192 p. P. 23–40.

74. Handzilevska H., Korol L. & Škorvagová E. (2025) Enhancing CBT impact through cultural folk tales: Sanogenics and Salutogenics as partners to CBT with children. *Child & Family Behavior Therapy*. 47(25):1-21.

75. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change.
76. Iverson G.L. (2006) Misdiagnosis of the persistent postconcussion syndrome in patients with depression. *Arch Clin Neuropsychol*. 21(4):303-10. doi: 10.1016/j.acn.2005.12.008
77. Jankovský, J. (2001) Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Praha: Triton. 146 s.
78. Kalamazh, R., Voloshyna-Narozhna, V., Tymoshchuk, Y., & Balashov, E. (2024) Coping Styles and SelfRegulation Abilities as Predictors of Anxiety Insight. *The Psychological Dimensions of Society*. 12, 96–114.
79. Kulesha, N. & Hilman, A. (2024) The Psychological Rehabilitation of Youth in War Conditions: Cognitive Dimension. *Youth Voice Journal*, 14(3), 107–119.
80. Köcher L. M., Schneider K., Christiansen H. (2021) Thinking about worry: a systematic review and meta-analysis on the assessment of Metacognitions in children and adolescents. *World Journal of Psychiatry*. 11(9). Pages 635–658
81. Nordahl J, Johnson SU, Hjemdal O. Cognitions and Metacognitive Beliefs in Posttraumatic Stress Disorder. *Clin Psychol Psychother*. 2024 Jul-Aug;31(4):e3031. doi: 10.1002/cpp.3031
82. Li S., Wang Y., Xue J., Zhao N., Zhu T. (2020) The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: a Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health*. 17(6):2032.
83. Lushyn Pavlo, Sukhenko Yana (2021). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth in dialectical perspective: Implications for practice. *East European Journal of Psycholinguistics*, 8(1), 57–69.
84. Marie-Louise von Franz. (2012) Psychologische Märcheninterpretation. Stiftung für Jung'sche Psychologie. 228 p.
85. Marquesesetal J. M. S. (2022) Posttraumatic Growth, Metacognitive Beliefs, Self-Absorption and Dysfunctional Trauma-Related Attitudesin a Sample of the Spanish General Population. *Ansiedad y Estrés*. 28(3). 194–206.

86. Matlasevych, O., Balashov, E., & Kotovska, Y. (2023). Emotive and metacognitive processes in post-traumatic growth of University students. *East European Journal of Psycholinguistics*, 10(2). P. 91–110.

87. Mertens L, Tamm G, Hoorelbeke K. Ruminative thinking styles differentially relate to posttraumatic stress versus growth following trauma exposure. *Psychol Trauma*. 2025 Jun 16. doi: 10.1037/tra0001969

88. Nordahl Henrik, Anyan Frederick, Hjemdal Odin (2023). Prospective Relations Between Dysfunctional Metacognitive Beliefs, Metacognitive Strategies, and Anxiety: Results From a Four-Wave Longitudinal Mediation Model. *Behavior Therapy*. Volume 54. Issue 5. Pages 765–776.

89. Piet Jacob, Hougaard Esben (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040.

90. Ratinska O. (2024) New challenges of war: psychological adaptation of primary school children and teenagers. *Training of specialists in the field of psychological and pedagogical education of children through the prism of adaptation to emergencies: resilience approach: the materials of the international round table* (Ostroh town, February 15-17, 2024) /edited by Denys Havryliuk, Eduard Balashov. Ostroh: Publishing House of the National University of Ostroh Academy. 80 p. P. 5–10

91. Sánchez, J., Rosenthal, D. A., Tansey, T. N., Frain, M. P., & Bezyak, J. L. (2010) Predicting quality of life in adults with severe mental illness: Extending the international classification of functioning, disability, and health. *Rehabilitation Psychology*, 61. P. 19–31

92. Stiers, W. (2016) Teaching the foundational principles of rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology*, 61. P. 54–64.

93. Susskind, O., Ruzek, J. I., & Friedman, M. J. (2012) The VA/DOD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress (update 2010): Development and methodology. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 49.

94. Takarangi, M. K. T., Smith, R. A., Strange, D., & Flowe, H. D. (2017). Metacognitive and metamemory beliefs in the development and maintenance of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 131–140. <https://doi.org/10.1177/2167702616649348>
95. Taku, K., Kilmer, R. P., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2012). Exploring posttraumatic growth in Japanese youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 411–419.
96. Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). Posttraumatic growth: Theory, research, and applications. Routledge
97. Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative Cognitive Therapy. Wiley
98. Wells A. (2008) Metacognitive therapy for anxiety and depression. The Guilford Press. 316 p.
99. White, G. W., Suchowierska, M., & Campbell, M. (2004) Developing and systematically implementing participatory action research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(4, Suppl 2). P. 3–12
100. Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J. V. & Rickwood, D. (2002). Adolescent barriers to seeking professional psychological help for personal-emotional and suicidal problems. Suicide Prevention Australia 9th Annual Conference, June 2002 (pp. 1-8).
101. Wyatt R. Evans, Robyn D. Walser, Kent D. Drescher, and Jacob K. Farnsworth (2020). The Moral Injury. Workbook.
102. Zeidan, F., et al. (2015). Mindfulness meditation-based pain relief employs different neural mechanisms than placebo and sham mindfulness meditation-induced analgesia. *Journal of Neuroscience*, 35(46), 15307–15325.

ДОДАТКИ

Додаток А

Українські народні казки та відповідні метафоричні асоціативні карти

ЯК СОЛОВЕЙКО ЧОЛОВІКА РОЗУМУ НАВЧИВ

Якось один чоловік упіймав соловейка і хотів його з'їсти. Але пташка каже до нього:

– Ти не наїсися, чоловіче, бо я маленька пташка. Краще відпусти мене, я тобі в пригоді стану. Як учитель, вивчу тебе трьома правилами.

Той чоловік зрадив і згодився відпустити, якщо той доброму навчить. І каже соловей:

– Не їж того, що не годиться. Не жалій за тим, чого вже не можна повернуть. Ніколи не вір дурниці.

Почувши це, чоловік відпустив соловейка. Бо згодився, що це мудрі думки. А соловейко, як і кожний вчитель, хотів переконатись, чи навчився той чоловік його порад.

Полетів угору і каже до нього:

– О-о-о! Погано ти зробив, що мене відпустив! Якби ти знав, що в мені є великий золотий самородок, зараз би узяв його і багатцем зробився.

Почувши те, чоловік почав плакати, підскочив угору до соловейка і просив, щоб той повернувся до нього. **Тоді соловей каже:**

– Тепер я знаю, що ти дурний чоловік та ще й поганим учень. Все, чому я тебе вчив, ти забув. Жалієш за тим, що не

може повернутись. Ти повірив дурниці! Я маленький, де ж у мені може вміститися великий золотий самородок?!

Та й полетів соловей вчити розумніших



(На цих зображеннях герої казки можуть перебувати у таких емоційних станах, як сором та тілесна свіжість відповідно)

ТХІР

Був собі дід та баба, і внадився до них тхір курчат тягати.
Перетягав усіх, а тоді прийшов і куріпочку забрав. От дід і каже:

– Піду я, бабо, тхора вб'ю.

Та й пішов. Іде та й іде, дивиться, аж лежить кізячок.

– Куди ти, діду, йдеш? – питає.

– Тхора бити.

– Візьми й мене.

– Ходім.

Пішли вдвох, аж лежить лико.

– Куди ти, діду, йдеш?

– Тхора бити.

– І я з тобою.

– Ходім.

Пішли втрюх, аж лежить кийочок.

– Куди ти, діду, йдеш?

– Тхора бити.

– Візьми й мене.

– Ходім.

Пішли вчотирюх, аж лежить жолудик.

– Куди ти, діду, йдеш?

– Тхора бити.

– Візьми й мене.

– Ходім.

Пішли вп'ятьох, аж лізе рак.

– Куди, діду, йдеш?

– Тхора бити.

– Візьми й мене.

– Ходім.

Ідуть вшістьох. Аж біжить півник.

– Куди ти, діду, йдеш?

– Тхора бити.

– Візьми й мене.

– Ходім.

Прийшли до тхорової хатки, а його нема вдома. Вони й поховались там. Жолудик у піч поліз, кізячок на порозі ліг, лико під порогом, кийочок на горище заліз, рак у помийницю вскочив, півник на жердочку сів, а дід на піч ліг. От прибігає тхір, а жолудик з печі:

Тхоре, тхоре, що то буде.

Прийшли в гості добрі люди,

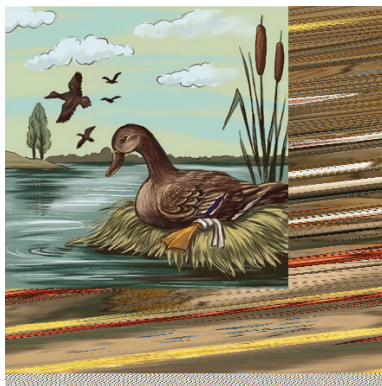
Хочуть тебе вбити,

Куріпочку освободити.

Тхір говорить

– Що то таке?

А жолудик розігрівсь добре та тільки лусь, лусь! Як злякається тхір, та до помийниці, а рак його за ногу. Він на жердочку, а півник його клюк у голову. Він до порога, посковзнувся на кізячкові, упав та заплутався у лико, а кийочок з горища упав, та й убив його. Дід забрав куріпочку, півника, курочок та й пішли додому.



(Ці метафоричні картки можуть представляти такі емоційні стани, як страх та радість)

КРИВЕНЬКА КАЧЕЧКА

Були собі дід та баба, та не було у них дітей. От вони собі сумують; а далі дід і каже бабі:

– Ходім, бабо, в ліс по грибки!

От пішли, бере баба грибки, коли дивиться – у кущику гніздечко, а в гніздечку качечка сидить.

От вона дідові:

– Дивись, діду, яка гарна качечка!

А дід каже:

– Візьмемо її додому, нехай у нас живе.

Стали її брати, коли дивляться, аж у неї ніжка переломлена. Вони взяли її тихенько, принесли додому, зробили їй гніздечко, обложили його пір'ячком і посадили туди качечку, а самі знов пішли по грибки.

Вертаються, аж у них прибрано, хліба напечено, борщик зварений. От вони до сусідів:

– Хто це? Хто це?

Ніхто нічого не знав.

Другого дня знов пішли дід і баба по грибки. Приходять додому – аж у них і варенички зварені, і починочок стоїть на віконці. Вони знов до сусідів:

Бачили якусь дівчину, від криниці водицю несла. Така, – кажуть, – гарна, тільки трошки кривенька.

От дід і баба думали-думали: «Хто б це був?» – ніяк не вгадують. А далі баба дідові й каже:

– Знаєш що, діду? Зробімо так: скажемо, що йдемо по грибки, а самі заховаємося та й будемо виглядати, хто до нас понесе воду.

Так і зробили.

Стоять вони за коморою, коли дивляться, аж із хати виходить дівчина з коромислом: така гарна, така гарна! Тільки що кривенька трошки. Пішла вона до криниці, а дід і баба тоді в хату, дивляться – аж у гніздечку нема качечки, тільки повно

пир'ячка. Вони тоді взяли гніздечко та й укинули в піч, воно там і згоріло.

Коли ж іде дівчина з водою. Ввійшла в хату, побачила діда й бабу та зараз до гніздечка – аж гніздечка нема. Вона тоді як заплаче! Дід і баба до неї, кажуть:

– Не плач, галочко! Ти будеш у нас за дочку; ми будемо тебе любити і жалувати, як рідну дитину!

А дівчина каже:

– Я довіку жила б у вас, якби ви не спалили мого гніздечка та не підглядали за мною; а тепер, – каже – не хочу! Зробіть мені, діду, кужілочку й веретенце, я піду від вас.

Коли ж летить каченят табуночок, побачили її й співають:

Онде наша діва,
Онде наша Іва,
На метеному дворці,
На тесаному стовпці,
Кужілочка шумить,
Веретенце дзвенить..
Скиньмо по пир'їнці,
Нехай летить з нами!

А дівчина їм відказує:

– Не полечу з вами:

Як була, я в лужку,
Виломила ніжку,
А ви полинули,
Мене покинули!..

От вони й полетіли далі.

Коли летить другий табуночок. І ці теж:

– Онде наша діва,
Онде наша Іва,
На метеному дворці,
На тесаному стовпці,
Кужілочка шумить,
Веретенце дзвенить.

Скин'ємо по пір'їнці,
Нехай летить з нами!
А дівчина їм відказує:
– Не полечу з вами:
Як була я в лужку,
Виломила ніжку,
А ви полинули,
Мене покинули!

Коли ж летить третій табуночок каченят, побачили дівчину і зараз:

– Онде наша діва,
Онде наша Іва,
На метеному дворці,
На тесаному стовпці,
Кужілочка шумить,
Веретенце дзвенить.
Скин'ємо по пір'їнці,
Нехай летить з нами!
Скинули їй по пір'їнці, дівчина увертілася в пір'ячко, зробила качечкою і полетіла з табуночком.

А дід і баба знов самі zostались.



*(Картини можуть демонструвати такі емоційні стани:
біль, щастя та провина)*

РУКАВИЧКА

Ішов дід лісом, а за ним бігла собачка, та й загубив дід рукавичку.

От біжить мишка, улізла в ту рукавичку та й каже:

– Тут я буду жити!

Коли це жабка плигає та й питає:

– А хто-хто в цій рукавичці?

– Мишка-шкряботушка. А ти хто?

– Жабка-скрекотушка. Пусти й мене!

От уже їх двоє. Коли біжить зайчик. Прибіг до рукавички та й питає:

– А хто-хто в цій рукавичці?

– Мишка-шкряботушка, жабка-скрекотушка. А ти хто?

– А я зайчик-побігайчик. Пустіть і мене!

– Іди!

От уже їх троє.

Коли це біжить лисичка – та до рукавички:

– А хто-хто в цій рукавичці живе?

– Мишка-шкряботушка, жабка-скрекотушка та зайчик-побігайчик. А ти хто?

– Та я лисичка-сестричка. Пустіть і мене!

– Та йди!

Ото вже їх четверо сидить. Аж суне вовчик – та й собі до рукавички, питається:

– А хто-хто в цій рукавичці живе?

– Мишка-шкряботушка, жабка-скрекотушка, зайчик-побігайчик та лисичка-сестричка. А ти хто?

– Та я вовчик-братик. Пустіть і мене!

– Та вже йди!

Уліз і той. Уже їх п'ятеро.

Де не взявся – біжить кабан.

– Хро-хро-хро! А хто-хто в цій рукавичці живе?

– Мишка-шкряботушка, жабка-скрекотушка, зайчик-побігайчик, лисичка-сестричка та вовчик-братик. А ти хто?

– Хро-хро-хро! А я кабан-іклан. Пустіть і мене!
– Оце лихо! Хто не набреде – та все в рукавичку! Куди ж ти тут улізеш?

– Та вже влізу,– пустіть!

– Та що вже з тобою робити,– йди!

Уліз і той. Уже їх шестеро, уже так їм тісно, що й нікуди. Коли це тріщать кущі, вилазить ведмідь – та й собі до рукавички, реве й питається:

– А хто-хто в цій рукавичці живе?

– Мишка-шкряботушка, жабка-скрекотушка, зайчик-побігайчик, лисичка-сестричка, вовчик-братик та кабан-іклан. А ти хто?

– Гу-гу-гу! Як вас багато! А я ведмідь-набрідь. Пустіть і мене!

– Куди ми тебе пустимо, коли й так тісно?

– Та якось будемо.

– Та вже йди, тільки скраєчку! Уліз і ведмідь, – семеро стало. Та так вже тісно, що рукавичка ось-ось розірветься.

Коли це дід оглядівся,– нема рукавички. Він тоді назад – шукати її, а собачка попереду побігла. Бігла-бігла, бачить – лежить рукавичка і ворухиться. Собачка тоді: «Гав-гав-гав!»

Вони як злякаються, як вирвуться з рукавички,– так усі й порозбігалися лісом.

Прийшов дід та й забрав рукавичку.



(Ці зображення можуть передавати такі емоційні стани, як сум та радість)

ЛИСИЧКА-СЕСТРИЧКА

Украла собі лисичка-сестричка курочку та й біжить. Біжить та й біжить, от стала її ніч застигати. Бачить вона хатку, заходить туди, вклонилась звичайненько та й каже:

– Добри вечір, люди добрі!

– Дай боже здоров'ячка.

– Пустіть переночувати!

– Ой лисичко-сестричко, у нас хатка маленька, – ніде буде тобі лягти.

– Дарма, я під лавкою зігнуся, хвостиком обгорнуся та й переночую.

Хазяї й кажуть:

– Добре, ночуй!

– А де ж я свою курочку подіну?

– Пустити її під піч.

От вона так і зробила. А вночі нишком устала, курочку з'їла й пір'ячко загребла.

Другого дня встала раненько, вмилася біленько, господареві на добридень дала.

– Ой, де ж це моя курочка?

– А під піччю.

– Я дивилась, там нема.

Сіла та й плаче.

– Тільки й було добра, що курочка, та й ту забрано. Віддай мені, хазяїне, за курочку качечку!

Нема що робити – треба давати.

Взяла лисичка качечку в мішок та й пішла.

Біжить та й біжить, аж застигла її на дорозі ніч. Бачить вона хатку, заходить туди та й каже:

– Добри вечір, люди добрі!

Ті їй:

– Дай боже здоров'я!

– Пустіть переночувати!

– Не можна, лисичко-сестричко: у нас хатка маленька, ніде буде тобі лягти.

– Дарма, я під лавкою зігнуся, хвостиком обгорнуся та й переночую.

– Ну, добре, ночуй.

– А де ж я свою качечку подіну?

– Пусти її в хлів між гуси.

От вона так і зробила. А сама вночі нищечком устала, качечку з'їла й пір'ячко загребла.

Другого дня встала раненько, вмилася біленько, хазяїнові на добридень дала.

– А де ж моя качечка?

Глянули в хлів – нема. Каже їй хазяїн:

– Мабуть, гусей випускали, та випустили й її.

А лисичка плаче:

– Тільки й добра було, що качечка, та й ту забрано. Віддай мені, хазяїне, за качечку гусочку!

Нема що робити – треба давати. Взяла вона гусочку в мішок та й пішла.

Іде та й іде... Аж ізнову вечір настає. Бачить вона, що стоїть хатка, зайшла туди та й каже:

– Добривечір, люди добрі! Пустіть переночувати!

– Не можна, лисичко-сестричко: у нас хатка маленька, ніде буде тобі лягти.

– Дарма, я й під лавкою зігнуся, хвостиком обгорнуся, так і переночую.

Люди кажуть:

– Ну, добре, ночуй!

– А де ж я свою гусочку подіну?

– Пусти в хлів до ягнят.

От вона так і зробила. А сама вночі нищечком устала, гусочку з'їла і пір'ячко загребла.

Другого дня устала раненько, вмилася біленько, хазяїнові на добридень дала, а тоді:

– А де ж моя гусочка?

Подивились – нема. От вона й каже хазяїнові:

– Де я не бувала, такої пригоди не знала, щоб у мене що вкрадено!

Хазяїн і каже:

– То, може, ягнята затоптали її.

А лисичка:

– То вже як хоч, хазяїне, а віддай мені ягня.

Нічого робити. Віддали.

Узяла лисичка в мішок те ягня та й пішла.

Іде та й іде, – застає її знову ніч. От вона, побачивши хатку, стала проситися на ніч:

– Пустіть, люди добрі, переночувати!

– Не можна, лисичко-сестричко: у нас хатка маленька, ніде буде тобі й лягти.

– Дарма, я під лавкою зігнуся, хвостиком обгорнуся та й переночую.

– Добре, ночуй!

А де ж я своє ягня подіну?

– Пусти в загороду.

От вона так і зробила. А вночі нищечком устала та й з'їла те ягня.

Другого дня встала раненько, вмилася біленько, хазяїнові на добридень дала та й питає:

– А де ж моє ягня?

Далі сіла та й давай плакати та примовляти:

– Де я не бувала, такої пригоди не знала, що одно було добро, та й те вкрадено.

Хазяїн їй і каже:

– Ото невістка гнала воли, то, може, й випустила.

От вона й каже йому:

– Ну, як собі хоч, хазяїне, а віддай мені невістку!

Свекор плаче, свекруха плаче, син плаче, діти плачуть. А лисичка таки зав'язала невістку в мішок. От іще вона не вийшла, та якось там на часинку відійшла із хати, а син узяв, вив'язав з мішка невістку, а ув'язав собаку.

Прийшовши, лисичка взяла, не розв'язуючи, той мішок з собакою та й понесла. Несе та ще й приказує:

– За курочку – качечку, за качечку – гусочку, за гусочку – ягнятко, а за ягнятко – невістку!

Та як струсоне тим мішком, а собака: « Авурр...»

А лисиця:

– А, капосна невістко, пособачилась! Ану, гляну на тебе, яка ти є.

Сіла та й розв'язала мішок. Тільки розв'язала – собака звідти як вискочить! Вона навтіки, собака – за нею та далі в ліс... от-от дожене!

Ні, таки добігла лисичка до нори, заховалась. Сидить вона в норі, а собака – над корою, не може влізти. А лисичка і давай питатися ушей:

– Ушечки мої любі, що ви думали-гадали, як від того проклятого хортища втікали?

– Те ми, лисичко-сестричко, думали-гадали, щоб хорт не догнав, золотої кожушини не порвав.

– Спасибі ж вам, мої любі ушечки, я вам сережки золоті куплю.

Тоді до очей:

– Що ви, оченьки мої любі, думали-гадали, як від того проклятого хортища втікали?

– Те ми, лисичко-сестричко, думали-гадали, туди-сюди розглядали, щоб хорт не догнав, золотої кожушини не порвав.

– Спасибі ж вам, мої оченьки любі, я вам золоті окуляри куплю.

Потім до ніг:

– Що ви, ніженьки мої любі, думали-гадали, як від того проклятого хортища втікали?

Те ми, лисичко-сестричко, думали-гадали, швидше втікали, щоб хорт не догнав, золотої кожушини не порвав.

– О, спасибі ж вам, мої ніженьки, я вам куплю червоненькі черевички зі срібними підківками.

– А що ти, хвостище-помелище, думало-гадало, як від того проклятого хортища втікало?

А хвіст розсердився на те, що лисичка до нього так неласкаво заговорила, та й каже:

– Те я думав-гадав, поміж ногами плував, щоб хорт догнав, золоту кожушину зняв.

Розсердилась лисиця на хвоста та й вистромила його з нори:

– На тобі, хортище-собачище, хвоста, відкуси, поки біле!

А хорт як ухопився, так увесь і відкусив.

От тоді лисиця пішла між зайці. А зайці ще тоді хвостатими були. Побачили вони, що лисиця куца – давай з неї сміятися.

Вона їм і каже:

– Дарма, що без хвоста, але я вмю хоровада скакати.

– Як?

– Та так. Тільки треба вам хвости позв'язувати, то й ви навчитесь.

– Ну, позв'язуй!

Позв'язувала їм хвости, а сама збігла на шпиль та звідтіля як гукне:

– Тікай, бо йде вовчище!

Зайці як сунуть в усі сторони, – так хвости й пообривали. Після того, як походились докупи зайці, бачать – усі без хвостів. От і давай питатись один одного:

– Ти був у лисички?

– Був.

– І я ж, братику, був!

Почали вони змовлятись, щоб як-небудь віддячити лисиці. А вона підслухала, бачить, що лихо, та мерщій з того лісу, більше про неї й не чули.



*(Ці зображення можуть передавати такі емоційні стани,
як насолода та сором)*

ЛИСИЧКА-СЕСТРИЧКА ТА ВОВЧИК- БРАТИК

Були собі дід та баба. От раз у неділю баба спекла пиріжків з маком, повибирала їх, поскладала в миску та й поставила на віконці, щоб прохололи. А лисичка бігла повз хатку та так нюхає носом; коли чує – пиріжки пахнуть. Підкралась до вікна тихенько, вхопила пиріжок моторненько та й подалась. Вибігла на поле, сіла, виїла мачок із пиріжка, а туди напхала сміттячка, стулила його та й біжить.

От біжить, аж хлопці товар женуть до води.

– Здорові були, хлопці!

– Здорова, лисичко-сестричко!

– Проміняйте мені бичка-третячка за маковий пиріжок!

– Де ж таки бичка за пиріжок!

– Та він такий солодкий, що аж-аж-аж!..

Таки найшла одного, проміняла.

– Глядіть же, – каже, – хлопці, не їжте пиріжка, аж поки я зайду в ліс!

Та й побігла і бичка гоном погнала. Ті подождали, поки вона сховалась у лісі, тоді до пиріжка, – аж там сміттячко...

А лисичка тим часом пригнала бичка у ліс, прив'язала його до дуба, а сама пішла рубати дерево на саночки. Рубає та й приказує:

– Рубайся, деревце, криве й праве! Рубайся, деревце, криве й праве!

Нарубала дерева, зробила саночки, запрягла бичка, сіла та й їде. Аж біжить вовк-панібрат.

– Здорова була, лисичко-сестричко!

– Здоров, вовчику-братику!

– А де це ти взяла бичка-третячка та саночки?

– От, де ж там? Бичка заробила, саночки зробила та й їду!

– Ну, то підвези ж і мене!

– Куди я тебе візьму? Ти мені й саночки поламаєш!

– Ні, не поламаю, я тільки одну лапку покладу.

– Та клади вже, ніде тебе діти.

- От вовк і поклав лапку. Від'їхали трохи, вовк і каже:
- Покладу я, лисичко-сестричко, і другу лапку.
 - Е, вовчику-братику, ти мені санки поламаєш!
 - Ні, не поламаю.
 - Ну, клади.
- Вовк і поклав. Їдуть, їдуть, коли це – трісь!
- Ой лишенько, – каже лисичка, – санки тріщать!
 - Та ні, лисичко-сестричко, то в мене кісточка хруснула.
- Ну, дарма... Їдуть... А вовчик знову:
- Покладу я, лисичко-сестричко, і третю лапку.
 - Та де ти її кластимеш! Ти мені зовсім санки поламаєш!
 - Та ні, чого б вони ламалися?
 - Та вже клади!
- Тільки поклав, а саночки знову – трісь-трісь!
- Ей, вовчику, саночки тріщать! Злазь, бо поламаєш!
 - Та де там вони тріщать! Що ж бо ти, лисичко-сестричко, вигадуєш? То я орішок розкусив.
 - Дай же й мені!
 - Так останній.
- Проїхали ще трохи...
- Ой лисичко-сестричко, сяду я й увесь!
 - Та куди ти сядеш? Тут ніде тобі й сідати!
 - Та я зібгаюсь так, що поміщусь.
 - Та ти мені санки зовсім поламаєш! Чим же я тоді дровець привезу?
 - От-таки, чого я поламаю? Я легенький. Сяду я, лисичко-сестричко, бо притомивсь. Я помаленьку.
 - Та вже сідай, нема де тебе діти.
- От він убравсь зовсім у саночки, та тільки сів, а санки – трісь-трісь-трісь! Так і розсипались.
- Давай тоді його лисичка лаяти:
- А щоб тобі добра не було, капосний вовцюгане! Що це ти мені наробив?..
- Лаяла його, лаяла, а тоді:
- Іди ж тепер та рубай дерево на санчата.

– Як же його рубати, лисичко-сестричко, коли я не вмію і не знаю, якого треба дерева.

– А, капосний вовцюгане! Як санчата ламати, так знав, а як дерево рубати, то й ні! Кажі: рубайся, деревце, криве й праве! Рубайся, деревце, криве й праве!

Пішов вовк. От увійшов він у ліс та й почав:

– Рубайся, дерево, криве й криве! Рубайся, дерево, криве й криве!

Нарубав, тягне до лисички. Глянула та, аж воно таке корячкувате, що й на полицю в плуг не вибереш, не те що на полозок. Давай вона його знову лаяти:

– Нащо ж такого нарубав?

– Коли воно таке рубається!

– А чом же ти не казав так, як я тобі веліла?

– Ні, я так саме й казав: рубайся, дерево, криве й криве!

– Ну і дурний же ти який і до того недотепний! Сиди ж тут, бичка доглянь, а я сама піду нарубаю. Пішла вона.

А вовк сидить сам собі, та так йому хочеться їсти! Почав він перекидати, що було в саночках, – ні, нема ніде нічого. Думав, думав та й надумав: «З'їм бичка та й утечу!..» Проїв дірку в бичка, з середини все виїв, а туди горобців напустив і соломою заткнув, а бичка під тином поставив і паличкою підпер. Тоді сам на втіки. Приходить лисичка до бичка, аж у нього з боку віхоть стримить... Лисичка хап за той віхоть, а звідтіля горобці – хрррр!.. Вона за паличку, тільки прийняла її, а бичок гуп – і впав!

– Ну, стривай же ти, капосний вовцюгане! Я ж тобі це згадаю!

Та й побігла шляхом.

Біжить, коли це їде валка запізнілих чумаків з рибою. Вона впала серед шляху і ноги відкинула – притаїлась, мов нежива. Чумаки зараз її побачили:

– Дивіться, хлопці, яка здорова лисиця лежить!

Обступили її, перевертають.

– Треба взяти – дітям шапочки будуть.

Кинули її на задній віз й знову рушили.

Їдуть попереду, а лисичка-сестричка бачить, що вони не дивляться, і давай кидати рибу з воза. Кидає та й кидає по рибиці на шлях, усе кидає... Накидала багато та нишком і зіскочила з воза. Чумаки поїхали собі далі, а вона позбирала ту рибку, сіла та й їсть.

Зирк – аж і вовк-панібрат біжить.

– Здорова була, лисичко-сестричко!

– Здоров!

– А що це ти робиш, лисичко-сестричко?

– Рибку їм.

– Дай же й мені!

– Отак! Я скільки морочилась, ловила та й віддам йому? Піди, сам собі налови!

– Та як же я наловлю, коли не вмю? Хоч навчи, як її ловити!

– Та як же ловити? Піди до ополонки, встроми хвоста в ополонку і сиди тихенько та й приказуй: «Ловися, рибко, велика й маленька!» То вона й наловиться.

– Спасибі за науку!

Побіг вовк мерщій на річку, та до ополонки, та хвіст в ополонку...

– Ловись, – каже, – рибко, велика та все велика! Ловись, рибко, велика та все велика! Ловись, рибко, велика та все велика!

Не хочеться йому малої. А мороз надворі такий, що аж шкварчить! Лисичка ж бігає по березі та все:

– Мерзни, мерзни, вовчий хвіст! Мерзни, мерзни, вовчий хвіст!

А вовк:

– Що ти, лисичко-сестричко, кажеш?

– Та то ж і я кажу: ловися, рибко, велика й мала!

– А, ну й я так: ловися, рибко, велика та все велика!

Ворухнув вовк хвостом – важко вже. А лисичка:

– Ото вже рибка почала чіплятися.

Трохи згодом:

– Ану, вовчику, тягни!

Вовк як потяг, а хвіст уже прикипів до ополонки, – не витягне. А вона його ще й лає:

– А, капосний вовцюгане, що ти наробив?! Бач, казав: «Ловися, рибко, велика та все велика», – от велика начіплялася, тепер і не витягнеш. Треба ж тобі допоміти дати, побіжу покличу.

Та й майнула на село. Біжить селом та гукає:

– Ідїть, люди, вовка бить! Ідїть, люди, вовка бить!

Як назбігалосся людей!.. Хто з сокирою, хто з вилами, з ціпами, а баби з рогачами, з кочергами! Як почали вони того бідолаху-вовка періщити!

А лисичка тим часом ускочила в одну хату, – нікого нема, хазяйка побігла на річку вовка бити і діжу немішену покинула. Вона взяла вимазала голову в тісто – та в поле... Коли дивиться – вовк насилу лізе, – добре дали йому, сердешному. Вона зараз-таки прикинулася хворою, тільки тюпає, стогне... А вовк побачив її.

А, – каже, – така ти! Наробила ти мені добра, що й хвоста збувся!

А вона:

– Ой вовчику-братику, хіба ж то я? Хіба ж ти не бачиш, що з мене й мозок тече, так мене побили, що й голову провалили мені. Вовчику-братику, підвези мене!

– Та я й сам нездужаю!..

– Та в тебе ж тільки півхвоста нема, а мені й голову провалили. Ой-ой-ой, не дійду додому!..

– Та сідай уже, нема чого з тобою робити.

Вона вилазить йому на спину, вмощується та так стогне.

Повіз її вовк.

От вона їде та все приказує:

– Битий небиту везе! Битий небиту везе!

– Що ти там, лисичко-сестричко, кажеш?

– Та то я кажу: битий биту везе.

А сама знову нищечком:

– Битий небиту везе!

От довів він її до хатки:

– Уставай, лисичко, доїхали!

Вона тоді плиг з вовка та:

– Битий небиту привіз! Битий небиту привіз!

Вовк до неї, хотів її зубами, а вона в хатку та й зачинилася.

Не влізе вовк. А вона ще визирає у вікно та й дражнить:

– Битий небиту привіз!

Тупцявся вовк, тупцявся коло лисиччиної хатки – не влізе.

– Ну й клята ж лисичка!.. От так піддурила!

Та й потяг додому.

А лисичка живе та курей ловить.



*(Ці зображення можуть передавати такі емоційні стани,
як задоволення та злість)*

ЦАП ТА БАРАН

Був собі чоловік та жінка, мали вони цапа й барана. І були ті цап та баран великі приятелі – куди цап, туди й баран. Цап на город по капусту – і баран туди, цап у сад – і баран за ним.

– Ох, жінко, – каже чоловік, – проженімо ми цього барана й цапа, а то за ними ні сад, ні город не вдержиться. А збирайтесь, цапе й баране, собі з богом, щоб вас не було у мене в дворі.

Скоро цап та баран теє зачули, зараз із двору майнули. Пошили вони собі торбу та й пішли.

Ідуть та й ідуть. Посеред поля лежить вовча голова. От баран – дужий, та несміливий; а цап – сміливий, та не дужий:

– Бери, баране, голову, бо ти дужий.

– Ох, бери ти, цапе, бо ти сміливий. Узяли вдвох і вкинули в торбу. Ідуть та й ідуть, коли горить вогонь.

– Ходімо й ми туди, там переночуємо, щоб нас вовки не з'їли. Приходять туди, аж то вовки кашу варять.

– А, здорові, молодці!

– Здорові! Здорові!.. Ще каша не кипить – м'ясо буде з вас. Ох, так цап злякався, а баран давно вже злякався.

Цап і роздумавсь:

– А подай лишень, баране, оту вовчу голову! От баран і приніс.

– Та не цю, а подай більшу! – каже цап. Баран знову цупить ту ж саму.

– Та подай ще більшу!

Ох, тут уже вовки злякались: стали вони думати-гадати, як відціля втікати: «Бо це, – кажуть, – такі молодці, що з ними й голови збудешся, – бач, одну по одній вовчі голови тягають».

От один вовк і починає:

– Славна, братці, компанія, і каша гарно кипить, та нічим долить, – піду я по воду.

Як пішов вовк по воду: «Хай вам абищо, з вашою компанією!» Як зачав другий того дожидати, став думати-гадати, як би й собі відтіля драла дати:

– Е, вражий син: пішов та й сидить, нічим каші долить; ось візьму я ломаку та прижену його, як собаку.

Як побіг, так і той не вернувся. А третій сидів-сидів:

– Ось піду лишень я, так я їх прижену.

Як побіг, так і той рад, що втік. То тоді цап до барана:

– Ох, нум, брате, скоріше хвататись, щоб нам оцю кашу поїсти та з куреня убраться.

Ох, як роздумавсь вовк:

– Е, щоб нам трьом та цапа й барана боятись? Ось ходім, ми їх поїмо, вражих синів!

Прийшли, аж ті добре справлялись, уже з куреня убрались, як побігли та й на дуба забрались. Стали вовки думати-гадати, як би цапа та барана нагнати. Як стали йти і нашли їх на дубі. Цап сміливіший – ізліз аж наверх, а баран несміливий – так нижче.

– От лягай,– кажуть вовки ковтунуватому вовкові,– ти старший, та й ворожи, як нам їх добувати.

Як ліг вовк догори ногами й зачав ворожити. Баран на гіллі сидить та так дрижить, як упаде, та на вовка! Цап сміливий не став міркувати, а як закричить:

– Подай мені ворожбита!

Вовки як схватились, так аж пили по дорозі закурились. А цап та баран безпечно пішли, та зробили собі курінь, та й живуть.



страх та задоволення

Додаток В



НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Перша психологічна допомога (ППД) – це заходи загальнолюдської підтримки та практичної допомоги ближнім, які відчують страждання і потребу.

ППД призначена для людей, що знаходяться в стані стресу в результаті щойно пережитої або поточної кризової події. Таку допомогу надають як дорослим, так і дітям. Проте не кожна людина, яка пережила кризову подію, потребує ППД або прагне її отримати. Не нав'язуйте допомогу тим, хто її не бажає, але завжди залишайтеся поруч із тими, хто, можливо, захоче отримати підтримку.



Зверніть увагу на людей, які «застигли» в одній позі та ніяк не реагують на те, що відбувається. Швидше за все, вони переживають таку реакцію на стрес, як ступор. Першу психологічну допомогу необхідно надати в першу чергу саме їм.

ПРИНЦИПИ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

СПОСТЕРІГАТИ

У кризовій ситуації умови можуть швидко змінюватися. Ситуація на місці події часто відрізняється від попередньо отриманої інформації. Таким чином, перш ніж пропонувати допомогу, важливо витратити деякий час – хоча б декілька хвилин – на те, щоб оцінити ситуацію. Перевірте умови безпеки

Перевірте чи є люди, які потребують екстреної медичної допомоги або особливої турботи та захисту
Перевірте, чи є люди в стані стресу.

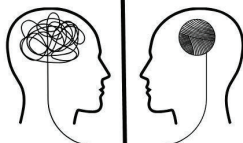
СЛУХАТИ

Дуже важливо, як ви спілкуєтеся з людиною, яка знаходиться в стані стресу. Люди, які пережили кризову подію, можуть перебувати в пригніченому стані, відчувати тривогу або збентеження. Деякі звинувачують себе в тому, що трапилося.

1. **Встановіть контакт.** Назвіться – скажіть, хто ви та які функції виконуєте.
2. **Переконайтеся, що людина відчуває себе в безпеці.**
3. **Проінформуйте про конфіденційність.**
4. **Запитайте, чим допомогти.**
5. **Запитайте людину, чи хоче вона поговорити про те, що їй довелося пережити, про її побоювання та почуття.**
6. **Запитайте, чи є хтось, хто може подбати про неї, або хтось, із ким можна поговорити вдома.**

СПІВМОВУЧІ

Направити людей туди, де їм нададуть практичну допомогу, – одна з основних цілей ППД. Пам'ятайте, що ППД – найчастіше разове втручання, і ви можете знаходитися поряд із постраждалими тільки короткий час.



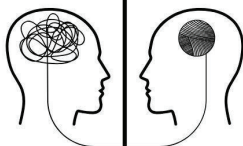


ЯК НАДАТИ ПЕРШУ ПСИХОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ

- ♥ Підійди (знайдіть сили, щоб підійти):
 - назвіть своє ім'я та дізнайтеся ім'я потерплого;
 - запитайте, чи можна з ним поговорити;
 - запитайте, чи потрібна допомога;
 - поясніть свої цілі;
 - пам'ятайте про мову тіла.
- ♥ Підтримай:
 - знайдіть безпечне місце;
 - захистіть від зайвої уваги;
 - допоможіть знайти опору (стіна, стілець, ваша рука);
 - захистіть людську гідність (наприклад, знайти, чим прикрити оголене тіло, якщо ситуація цього потребує);
 - кажіть фрази «я з тобою», «ти в безпеці», «дихай повільніше».
- ♥ Пам'ятай про реальність:
 - називайте потерплого на ім'я;
 - запитайте, чи знає він, що сталося, де зараз його близькі;
 - поясніть, де ви перебуваєте і що трапилось;
 - попросіть називати предмети, які вас оточують;
 - попросіть робити короткі вдихи та видихи.
- ♥ Заохочуй:
 - вислухайте уважно та зі співчуттям;
 - заспокойте з приводу прояву реакцій;
 - не потрібно змушувати припинити плакати;
 - не сприймайте агресію як таку, що спрямована на вас;
 - уникайте припущень щодо переживань потерплого;
 - не припускайте, що всі травмовані — це потерпілі;
 - уникайте постановки діагнозу.
- ♥ Подбай («слухай, мовчи, пклуйся»):
 - допоможіть настільки, наскільки можете на цей момент;
 - поважайте бажання потерплого побути на самоті, але не випускайте його з поля зору;
- ♥ Передай:
 - направте потерплого до фахівця, який допоможе йому в подальшому.

НАДАННЯ ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СОБІ

- Дихальна гімнастика
- Прогулянки на природі
- Заняття спортом (теніс, велоспорт, плавання)
- Працетерапія (складання пазлів)
- Арттерапія
- Медитація
- Заняття йогою



САМОДОПОМОГА У КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ ТА ПРИ СИЛЬНІЙ ТРИВОЗІ. ПСИХОЛОГІЧНА ТЕХНІКА "4 СТИХІЇ"

ПОВІТРЯ

Завдання: нормалізувати дихання.

Використовуй будь-які дихальні вправи, що найбільше тобі підходять.

- Вправа "Свічка-Квітка": задуй уявну свічку (довгий видих), вдихни аромат уявної квітки (коротший вдих). Мінімум 8 разів.

Кризове дихання починається з видиху.

ВОДА

Завдання: знижити рівень тривоги.

Коли починаєш пити воду, то перемикаєшся на процес ковтання, і в деякій мірі це відволікає від тієї події, яка призвела до нервового збудження.

- Випий повільно, маленькими ковтками склянку теплої води.

Під час ковтання заспокоюється дихання і зменшується частота серцебиття.

ЗЕМЛЯ

Завдання: "заземлитися", відчутти своє тіло, повернутися у просторову реальність.

- Торкнись будь якої поверхні. Опиши поверхню: гладка, холодна, шорстка тощо.
- Притисни руки або спину до стіни чи дерева. Присядь, "позабивай цвяхи п'ятами".
- Назви 5 кольорів, що бачиш прямо зараз, 5 найменших предметів, 5 найбільших.

ВОГОНЬ

Завдання: вийти в усвідомленість, "включити" голову, активізувати кору головного мозку.

- Порахуй від 20 до 0 вголос.
- Дай відповідь на питання "Хто я" (5 іменників), "Який я" (5 прикметників), "Що я роблю (можу робити)" (5 дієслів). Загинати пальці при проговорюванні кожної "п'ятірки"



**ІНТЕГРУЙ ТЕХНІКУ, ЯК
ПРОФІЛАКТИЧНУ, В
РАНКОВУ ЧИ ВЕЧІРНЮ
РУТИНУ.
ДОПОВНИ СВОЇМИ
РЕСУРСНИМИ ВПРАВАМИ.**

**БУДЬ ПСИХОЛОГІЧНО
СТІЙКИМ ТА БЕРЕЖИ
СВОЄ МЕНТАЛЬНЕ
ЗДОРОВ'Я**

Навчально-методичне видання

**Балашов Е. М., Матласевич О. В., Каламаж Р. В.,
Гандзілевська Г. Б., Кулеша Н. П., Ратінська О. М.**

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ
З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТАКОГНІТИВНОГО МОНІТОРИНГУ
ОСОБИСТОСТІ: МЕТОДИЧНІ ПОРАДИ**

За редакцією Ігоря Пасічника

Комп'ютерна верстка Наталії Крушинської

Формат 42x30/4. Ум. друк. арк. 12,09. Обл.-вид. арк. 10,92.

Наклад 100 прим.

Зам. № 42-25. Гарнітура «Cambria».

Оригінал-макет виготовлено у видавництві
Національного університету «Острозька академія»,
Україна, 35800, Рівненська обл., м. Острог, вул. Семінарська, 2.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи РВ № 1 від 8 серпня 2000 року.