

Міністерство освіти і науки України  
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
Навчально – науковий інститут «Українська інженерно – педагогічна академія»  
Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Психологічні особливості взаємозв'язку адаптації та емоційної стійкості після втрати тілесної цілісності серед постраждалих внаслідок умов воєнного часу»  
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: студентка 2 курсу, групи ЗПС – 24 мг  
спеціальності : 053 Психологія  
(код і найменування спеціальності)

|           |          |                              |
|-----------|----------|------------------------------|
|           | _____    | / <u>Надія ДОЛЯ</u>          |
|           | (підпис) | (ім'я та прізвище)           |
| Керівник  | _____    | / <u>Земфір ШАЙХЛІСЛАМОВ</u> |
|           | (підпис) | (ім'я та прізвище)           |
| Рецензент | _____    | / <u>Вікторія КОВАЛЬСЬКА</u> |
|           | (підпис) | (ім'я та прізвище)           |

*«До захисту допущено»*

|                          |          |                              |
|--------------------------|----------|------------------------------|
| В.о. завідувачки кафедри | _____    | / <u>Наталія КУЧЕРЕНКО</u>   |
|                          | (підпис) | (ім'я та прізвище)           |
| Нормоконтроль            | _____    | / <u>Галина ЮДІНА</u>        |
|                          | (підпис) | (ім'я та прізвище)           |
| Секретар ЕК              | _____    | / <u>Маргарита МИХАЛЕНКО</u> |
|                          | (підпис) | (ім'я та прізвище)           |

Харків – 2025 рік

**ЗАТВЕРДЖУЮ**  
**В.о. завідувачки кафедри**  
 \_\_\_\_\_ **Н.С.КУЧЕРЕНКО**  
 (підпис) ініціали, прізвище  
 «      » 2025р.

3. Вихідні дані до роботи: Проаналізувати теоретико – методологічні підходи до вивчення адаптації та емоційної стійкості особистості після втрати тілесної цілісності в умовах воєнного часу. Провести емпіричне дослідження психологічних особливостей взаємозв'язку адаптації та емоційної стійкості особистості після втрати тілесної цілісності в умовах воєнного часу. Розробити практичні рекомендації щодо покращення рівня адаптації та емоційної стійкості особистості після втрати тілесної цілісності в умовах воєнного часу у.

## 4. План роботи

| № з/п | Назва етапів роботи                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | Проаналізувати теоретико – методологічні основи дослідження психологічних особливостей взаємозв'язку адаптації та емоційної стійкості після втрати тілесної цілісності серед постраждалих внаслідок умов воєнного часу.<br>(Оформлення I розділу кваліфікаційної роботи.) |
| 2     | Провести емпіричне дослідження взаємозв'язку адаптації та емоційної стійкості серед осіб, які втратили тілесну цілісність унаслідок воєнних дій. (Оформлення II розділу кваліфікаційної роботи.)                                                                          |
| 3     | Розробити практичні рекомендації та програму психологічної підтримки, спрямовану на підвищення емоційної стійкості та успішну адаптацію осіб після втрати тілесної цілісності в умовах воєнного часу. (Оформлення III розділу кваліфікаційної роботи.)                    |
| 4     | Оформлення кваліфікаційної роботи та підготовка доповіді, презентації до захисту                                                                                                                                                                                          |

## 5. Дата видачі завдання «07» жовтня 2025 року

Студент \_\_\_\_\_  
(підпис)

**Н. Ю. Доля**  
(ініціали, прізвище)

Керівник роботи \_\_\_\_\_  
(підпис)

**З. Р. Шайхлісламов**  
(ініціали, прізвище)

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота містить: 87 сторінок, 10 рисунків, 14 таблиць, 36 використаних літературних джерел, 3 додатки.

**Об'єкт дослідження:** адаптація та емоційна стійкість особистості після втрати тілесної цілісності в умовах воєнного часу.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості взаємозв'язку адаптації та емоційної стійкості постраждалих, які зазнали втрати тілесної цілісності внаслідок воєнних дій.

**Мета дослідження:** виявити психологічні особливості взаємозв'язку адаптації та емоційної стійкості постраждалих, які втратили тілесну цілісність через умови воєнного часу.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретико – методологічні підходи до вивчення проблеми адаптації та емоційної стійкості особистості.
2. Провести емпіричне дослідження взаємозв'язку адаптації та емоційною стійкості у постраждалих, які зазнали втрати тілесної цілісності.
3. Розробити практичні рекомендації та програму психологічної підтримки, спрямовану на підвищення емоційної стійкості й успішну адаптацію таких осіб.

**Практична цінність отриманих результатів полягає в тому, що:**

- Одержані дані розширюють наукове уявлення про психологічні механізми адаптаційних процесів і розвиток емоційної стійкості осіб, які втратили тілесну цілісність унаслідок воєнних дій;
- виявлені особливості взаємозв'язку адаптаційних процесів та емоційної стійкості становлять практичну цінність для застосування фахівцями з психологічної допомоги – психологами, психотерапевтами, реабілітологами під час психологічної допомоги постраждалим;
- розроблена програма психологічної підтримки може бути впроваджена у діяльність центрів реабілітації, лікарень, військових госпіталів, громадських організацій, що надають допомогу ветеранам і цивільним постраждалим;
- отримані матеріали дослідження можуть бути використані у навчальних

курсах із психологічної реабілітації, кризової та військової психології, а також для підвищення кваліфікації фахівців у сфері психічного здоров'я;

– рекомендації та висновки, сформульовані на підставі проведеного дослідження, здатні оптимізувати ефективність надання психологічної допомоги та соціальної адаптації осіб після втрати тілесної цілісності.

**Ключові слова:** адаптація, емоційна стійкість, втрата тілесної цілісності, посттравматичний досвід, воєнний час, психологічна реабілітація, стрес, внутрішні ресурси особистості, копінг – стратегії, психічна рівновага.

## ABSTRACT

The qualification thesis includes 87 pages, 10 figures, 14 tables, 36 references, and 3 appendices.

**Object of the study:** the adaptation and emotional resilience of individuals who have lost bodily integrity in the context of wartime.

**Subject of the study:** the psychological characteristics of the relationship between adaptation and emotional resilience among individuals who suffered loss of bodily integrity as a result of military actions.

**Purpose of the study:** to identify the psychological features of the relationship between adaptation and emotional resilience in individuals who lost bodily integrity due to wartime conditions.

### **Research tasks:**

1. To analyze theoretical and methodological approaches to studying the problem of adaptation and emotional resilience of the individual.
2. To conduct an empirical study of the relationship between adaptation and emotional resilience in individuals who experienced loss of bodily integrity.
3. To develop practical recommendations and a psychological support program aimed at strengthening emotional resilience and promoting successful adaptation among such individuals.

### **Practical value of the obtained results lies in the following:**

- The findings expand scientific understanding of the psychological mechanisms of adaptation processes and the development of emotional resilience in people who lost bodily integrity due to military actions;
- the identified features of the relationship between adaptation processes and emotional resilience have applied value for specialists in psychological support—psychologists, psychotherapists, and rehabilitation professionals—in their work with affected individuals;
- the developed psychological support program can be implemented in rehabilitation centers, hospitals, military medical facilities, and non-governmental

organizations that support veterans and civilian survivors;

- the research materials may be used in academic courses on psychological rehabilitation, crisis psychology, and military psychology, as well as in professional training programs for mental health specialists;

- the recommendations and conclusions drawn from the study can enhance the effectiveness of psychological assistance and social adaptation for individuals after the loss of bodily integrity.

**Keywords:** adaptation, emotional resilience, loss of bodily integrity, post-traumatic experience, wartime, psychological rehabilitation, stress, internal personal resources, coping strategies, psychological balance.

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>ВСТУП</b>                                                                                                                                                                                                             | 9  |
| <b>РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АДАПТАЦІЇ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ПІСЛЯ ВТРАТИ ТІЛЕСНОЇ ЦІЛІСНОСТІ СЕРЕД ПОСТТРАВДАЛИХ ВНАСЛІДОК УМОВ ВОЄННОГО ЧАСУ</b> | 12 |
| 1.1. Психологічна адаптація як процес подолання втрати тілесної цілісності                                                                                                                                               | 12 |
| 1.2. Емоційна стійкість як психологічний ресурс та фактор подолання психотравми                                                                                                                                          | 22 |
| 1.3. Емоційна стійкість і процес адаптації: сучасні підходи                                                                                                                                                              | 28 |
| <b>ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1</b>                                                                                                                                                                                             | 31 |
| <b>РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АДАПТАЦІЇ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ У ОСІБ, ЯКІ ВТРАТИЛИ ТІЛЕСНУ ЦІЛІСНІСТЬ ВНАСЛІДОК УМОВ ВОЄННОГО ЧАСУ</b>                                                                | 33 |
| 2.1. Організація та проведення емпіричного дослідження                                                                                                                                                                   | 33 |
| 2.2. Результати емпіричного дослідження                                                                                                                                                                                  | 34 |
| 2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження                                                                                                                                                                          | 38 |
| 2.3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження за тестом «Рівень емоційної стійкості» Є.О. Тарасова                                                                                                                   | 38 |
| 2.3.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження за «Шкалою посттравматичного зростання» Річард Тедескі та Лоренс Калхун                                                                                                | 39 |
| 2.3.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження за «Шкалою прийняття інвалідності / адаптації до інвалідності» М. Б. Лінковскі                                                                                         | 43 |
| 2.3.4. Аналіз асиметрії (As) та ексцесу (Ex) розподілу показників за шкалами Тарасова, PTGI та ADS                                                                                                                       | 46 |
| 2.4. Проведення статистичного аналізу результатів дослідження                                                                                                                                                            | 49 |
| <b>ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2</b>                                                                                                                                                                                             | 60 |
| <b>РОЗДІЛ 3 ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ, ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ТА УСПІШНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ВТРАТИ ТІЛЕСНОЇ ЦІЛІСНОСТІ</b>                                              | 62 |
| 3.1. Загальні принципи побудови психологічної допомоги                                                                                                                                                                   | 62 |
| 3.2. Практичні рекомендації щодо зміцнення емоційної стійкості та забезпечення успішної адаптації осіб після втрати тілесної цілісності                                                                                  | 69 |
| 3.3. Програма психологічної підтримки, спрямована на зміцнення емоційної стійкості та сприяння успішній адаптації осіб після втрати тілесної цілісності                                                                  | 72 |
| <b>ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3</b>                                                                                                                                                                                             | 76 |
| <b>ВИСНОВКИ</b>                                                                                                                                                                                                          | 78 |
| <b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>                                                                                                                                                                                        | 80 |
| <b>ДОДАТКИ</b>                                                                                                                                                                                                           | 83 |



## ВСТУП

**Актуальність роботи.** Втрата частини тіла є однією з найважчих фізичних та психологічних травм, які може пережити людина. Це не лише фізична втрата, але й глибокий психологічний удар, що впливає на самоідентифікацію, сприйняття власного тіла та місце в суспільстві [2; 3; 33]. Формування нової тілесної ідентичності після ампутації стає критично важливим процесом для відновлення психологічного благополуччя та соціальної адаптації особистості [14; 17]. Повномасштабна війна в Україні зумовила різке збільшення числа військових і цивільних громадян, що втратили частини тіла, або перенесли ампутацій та втрат частин тіла внаслідок бойових дій. Особи, які зазнали травматичних ушкоджень, зіштовхуються з низкою складних фізичних і психоемоційних труднощів - депресивними станами, фантомними болями, проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зниженою самооцінкою та тенденцією до соціальної ізоляції [1; 16; 25]. Після втрати частини тіла особистість може переживати широкий спектр негативних емоцій. Ці емоції є природною реакцією на втрату та можуть ускладнювати процес адаптації [7; 22; 33]. Без адекватної психологічної підтримки ці реакції можуть перерости в хронічні психічні розлади, знизити якість життя, привести до втрати сенсу життя, зумовити соціальну ізоляцію та навіть привести до суїциду. Окрім фізичних труднощів, постраждалі стикаються з психологічними проблемами, пов'язаними з адаптацією до нової тілесної реальності.

Дослідження взаємозв'язку адаптації та емоційної стійкості після втрати тілесної цілісності є надзвичайно актуальним у контексті війни в Україні.

Серед українських авторів значний внесок у вивчення цієї проблематики зробили Оксана Бондаренко, Ганна Попелюшко, Володимир Панок. Вони розглядають адаптацію після травматичних подій як складний процес, що передбачає розвиток емоційної саморегуляції, прийняття змін у тілі та актуалізацію особистісних ресурсів [17; 18; 15; 26]. На їхніх підходах ґрунтується створення цілісної системи психологічної підтримки постраждалих

унаслідок воєнних подій, яка сприяє формуванню емоційної стійкості, внутрішньої опори та посттравматичного зростання.

**Об'єкт дослідження:** адаптація та емоційна стійкість особистості після втрати тілесної цілісності в умовах воєнного часу.

**Предмет дослідження:** психологічні особливості взаємозв'язку адаптації та емоційної стійкості постраждалих, які зазнали втрати тілесної цілісності внаслідок воєнних дій.

**Мета дослідження:** виявити психологічні особливості взаємозв'язку адаптації та емоційної стійкості постраждалих, які втратили тілесну цілісність через умови воєнного часу.

**Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати теоретико – методологічні підходи до вивчення проблеми адаптації та емоційної стійкості особистості.
2. Провести емпіричне дослідження взаємозв'язку адаптації та емоційною стійкості у постраждалих, які зазнали втрати тілесної цілісності.
3. Розробити практичні рекомендації та програму психологічної підтримки, спрямовану на підвищення емоційної стійкості й успішну адаптацію таких осіб.

**Методи дослідження:**

1. Тест «Рівень емоційної стійкості» Є.О. Тарасов. Для оцінки здатності особистості витримувати емоційні коливання та стресові ситуації, зберігаючи психологічну рівновагу.
2. Шкала посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory) (PTGI) Річард Тедескі та Лоренс Калхун (Richard G. Tedeschi, Lawrence G. Calhoun) (1996).
3. Шкала прийняття інвалідності / адаптації до інвалідності (Acceptance of Disability Scale) (ADS) М. Б. Лінковскі (M. B. Linkowski) (1967, 1971).

**Інформаційну основу дослідження становлять:** наукові та навчальні посібники, монографії, періодичні видання, а також сучасні публікації, що

висвітлюють проблематику дослідження, книжки, наукові статті, навчальні онлайн курси з військової психології та навчальні програми по роботі з ветеранами, статті наукових журналів.

**Наукова новизна** полягає у тому, що вперше проведено комплексне дослідження взаємозв'язку між адаптацією та емоційною стійкістю осіб, які пережили втрату тілесної цілісності в умовах війни. Уточнено зміст ключових понять, що дало змогу глибше зрозуміти психологічні механізми подолання та посттравматичного зростання. Виявлено особливості прояву емоційної стійкості залежно від індивідуального досвіду втрати, зокрема рівня прийняття, саморегуляції, оптимізму та використання соціальних ресурсів. Емпірично підтверджено суттєві кореляції між адаптацією, прийняттям втрати та емоційною стійкістю. Запропоновано модель психокорекційної роботи з підвищення емоційної стійкості на основі поєднання когнітивно–поведінкових, тілесно–орієнтованих та арттерапевтичних підходів.

**Практична цінність результатів** полягає в можливості їх використання психологами, реабілітологами й соціальними працівниками під час розроблення програм психокорекційної та підтримувальної допомоги. Створено психологічну програму підтримки осіб після втрати тілесної цілісності, спрямовану на розвиток емоційної стійкості, прийняття власного тіла та формування адаптивних стратегій. Розроблено рекомендації щодо застосування тілесно–емоційних, когнітивних і ресурсних технік у роботі з постраждалими внаслідок воєнних дій. Отримані результати можуть удосконалити практику психологічної допомоги ветеранам і цивільним, сприяти покращенню реабілітаційних програм та слугувати емпіричною базою для подальших досліджень посттравматичного зростання, тілесної ідентичності та внутрішніх ресурсів відновлення.

**Структура і обсяг роботи:** Кваліфікаційна робота складається з 87 сторінок, зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (36) наіменувань та 3 додатків. Загальний обсяг всієї роботи разом складає 87 сторінок комп'ютерного тексту, містить 14 таблиць і 10 рисунків.

## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИКО – МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АДАПТАЦІЇ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ПІСЛЯ ВТРАТИ ТІЛЕСНОЇ ЦІЛІСНОСТІ СЕРЕД ПОСТТРАВМАТИЗОВАНИХ ВНАСЛІДОК УМОВ ВОЄННОГО ЧАСУ

### 1.1. Психологічна адаптація як процес подолання втрати тілесної цілісності

Втрата тілесної цілісності є надзвичайно сильним життєвим потрясінням, що впливає не лише на фізичний стан людини, але й на її емоційно – психологічну сферу [14; 33]. Тіло є базовою складовою самосвідомості, воно формує відчуття власної присутності у світі та виступає засобом вираження індивідуального досвіду [23]. Тому будь – які зміни у структурі чи функціонуванні тіла можуть призводити до глибокої кризи ідентичності, переживання втрати «попереднього себе» та розриву між минулим і теперішнім образом «Я» [2; 3; 33].

Я – образ – це цілісна система уявлень людини про саму себе, яка охоплює усвідомлення власних фізичних, психологічних, соціальних та духовних характеристик. Він формується у процесі взаємодії особистості з навколишнім світом і є результатом поєднання особистого досвіду, оцінок інших людей та внутрішнього самосприйняття. Я – образ визначає, як людина розуміє себе, свої можливості, межі, цінність і місце у житті, впливає на поведінку, самооцінку й рівень емоційної стабільності [2; 3; 23].

Одним із центральних наслідків втрати тілесної цілісності є порушення Я – образу. Людина починає сприймати власне тіло як «інше» або «чужорідне», виникає відчуття відстороненості, сорому чи неприйняття [17; 33]. Це часто супроводжується зниженням самооцінки, втратою відчуття контролю над тілом та життям. У таких випадках важливу роль відіграє процес психологічної адаптації, який полягає у поступовому прийнятті змін, формуванні нового уявлення про себе та пошуку нових способів самореалізації [2; 14; 24; 25].

Психологічна реакція на втрату частини тіла чи його функцій має індивідуальний характер і зумовлюється сукупністю особистісних рис, набутих життєвих переживань і наявністю соціального оточення, здатного забезпечити підтримку, та значення, яке людина надає власній тілесності і [2; 18; 22]. Зазвичай людина проходить через кілька емоційних стадій – заперечення, гнів, торг, депресію та прийняття – що відображають процес внутрішнього осмислення втрати [7; 22].

Особливе місце у процесі подолання таких станів належить емоційній стійкості, яка виступає важливим психологічним ресурсом. Вона допомагає особистості зберегти внутрішню рівновагу, запобігти руйнуванню самооцінки та поступово відновити відчуття цілісності у новій тілесній реальності [4; 19; 36]. Розвинена емоційна стійкість виступає важливим психологічним ресурсом, який забезпечує формування позитивного тілесного образу, прийняттю змін і поверненню до активного життя [19; 35].

У соціальному вимірі втрата тілесної цілісності може призводити до ізоляції, стигматизації або труднощів у міжособистісних стосунках [24; 33]. Людина може уникати соціальних ситуацій через страх оцінки, співчуття або відторгнення. Тому психологічна допомога має включати не лише індивідуальну роботу з образом тіла, але й підтримку у відновленні соціальної включеності та міжособистісних зв'язків [5; 18; 24].

Таким чином, психологічні наслідки втрати тілесної цілісності охоплюють цілий комплекс змін – від внутрішніх емоційних переживань до соціально – поведінкових трансформацій. Ключовими напрямками відновлення є прийняття змін, формування нового позитивного Я – образу, підвищення емоційної стійкості та залучення до соціально підтримувального середовища [4; 18; 26; 35].

Втрати тілесної цілісності – ампутація, травматичне пошкодження або суттєве порушення функцій організму – є одними з найтяжчих видів психологічних випробувань, які переживає людина. Такі події змінюють не лише фізичний стан, а й порушують цілісність «Я – образу», викликаючи глибокі трансформації у системі особистісних смислів, соціальних ролей і життєвих

орієнтирів [14; 22; 33].

Процес психологічної адаптації у цьому контексті є багаторівневим, комплексним і динамічним, який інтегрує фізичний, емоційно–психологічний, соціальний і духовний рівні людського існування. Основне завдання адаптації – відновлення цілісності особистості та інтеграція нового тілесного досвіду у життєву історію людини [2; 3; 24; 34].

Втрата тілесної цілісності – це фізичний та психічний стан, що виникає внаслідок пошкодження або видалення частини тіла, зміни його структури чи функцій, які призводять до порушення звичного сприйняття власного тіла. Такий стан супроводжується не лише фізичними обмеженнями, але й глибокими психологічними переживаннями, які стосуються змін у самоідентичності, самооцінці та образі «Я». Втрата цілісності тіла часто виступає кризовою подією, що потребує адаптації на тілесному, емоційному й соціальному рівнях [14; 17; 33].

Адаптація – це універсальний механізм життєздатності, який забезпечує людині можливість пристосовуватися до змін середовища та внутрішніх умов існування. Вона є результатом тривалого еволюційного процесу й виступає фундаментальною умовою виживання, розвитку та стабільності функціонування організму [23].

Без процесів адаптації неможливе збереження гомеостазу, підтримання фізіологічної рівноваги та реалізація психічного потенціалу особистості, особливо в ситуаціях, що супроводжуються впливом стресових чинників чи травматичних факторів [2; 8; 9]. У сучасній психологічній науці адаптація розглядається як багаторівневий процес, що поєднує фізіологічні, психологічні та соціальні компоненти, забезпечуючи гармонізацію взаємодії людини із середовищем [2; 24; 25].

Втрата тілесної цілісності внаслідок бойових дій або травмування створює глибокий кризовий стан, який потребує активізації адаптаційних і компенсаторних механізмів особистості [14; 22; 33]. Така ситуація вимагає не лише фізичного відновлення, але й глибокої психологічної перебудови –

переосмислення власного образу «Я», прийняття зміненої тілесності, пошуку нових смислів життя [31; 34].

Психологічна адаптація після травматичної втрати тіла характеризується як складний психічний процес, у якому провідне місце належить розвитку емоційної стабільності та навичкам саморегуляції, рівень внутрішньої узгодженості особистості [4; 19; 36]. Емоційна стійкість виступає своєрідним «буфером», який пом'якшує наслідки стресу, сприяє підтриманню психічної рівноваги та допомагає людині знайти нові ресурси для життя [4; 13; 35].

В умовах воєнного часу адаптаційні можливості особистості часто зазнають надмірного навантаження. Емоційний тиск, тілесні пошкодження, відсутність чіткого бачення майбутнього та постійне перебування у стані тривоги вимагають мобілізації глибинних резервів психіки [16; 22]. Ефективна адаптація у таких обставинах передбачає розвиток психологічної резилієнтності – здатності не лише відновлюватися після травматичного досвіду, а й зберігати життєву активність і цілісність особистісного функціонування [13; 18; 35].

Якщо адаптаційні процеси порушуються або вичерпуються, це може призвести до зниження рівня емоційної стабільності, розвитку посттравматичних стресових розладів, появи депресивних реакцій і ослаблення прагнення до реабілітації [1; 16; 25]. Натомість успішна адаптація сприяє інтеграції травматичного досвіду, формуванню нового ставлення до себе, активізації внутрішніх ресурсів і поверненню до соціальної активності [24; 25; 27–30].

Таким чином, адаптація після втрати тілесної цілісності в умовах воєнного часу є комплексним психосоціальним процесом, що включає фізичне, емоційне та духовне відновлення. Вона тісно пов'язана з рівнем емоційної стійкості, яка визначає, наскільки ефективно людина зможе подолати наслідки травматичного досвіду, зберегти самоцінність і сформувати нову ідентичність [4; 13; 36].

Нова ідентичність – це оновлена система уявлень людини про себе, що формується внаслідок глибоких життєвих змін, криз або травматичного досвіду. Вона виникає як результат переосмислення попереднього образу «Я» і

відображає процес інтеграції нових життєвих обставин у структуру особистості [31; 34]. Формування нової ідентичності після втрати тілесної цілісності полягає у прийнятті зміненого тіла як частини власного «Я», у пошуку нових смислів існування, відновленні самоповаги, а також потенціалу до особистісного розвитку та розкриття власних ресурсів. [31; 32; 34].

Процес становлення нової ідентичності охоплює декілька рівнів:

1. Когнітивний – усвідомлення змін, осмислення власного досвіду та переоцінка цінностей.
2. Емоційний – прийняття нової тілесності, зниження рівня тривоги та виникнення почуття внутрішнього миру.
3. Соціальний – відновлення контактів, прийняття себе в новому статусі, повернення до активної взаємодії зі світом [24; 35].

Нова ідентичність не заперечує попередню, а трансформує її – зберігаючи значущі елементи минулого досвіду, вона водночас відкриває простір для нових форм самовираження та самоприйняття. Вона стає результатом подолання внутрішнього конфлікту між «колишнім» і «теперішнім» образом себе, відображаючи відновлення почуття цілісності, яке більше не зводиться лише до фізичної повноти тіла [14; 31; 34].

Таким чином, нова ідентичність є психологічним підґрунтям відновлення після втрати тілесної цілісності. Вона забезпечує гармонійне поєднання тілесних, емоційних і соціальних складових особистості, відкриваючи можливість для подальшого розвитку та реалізації у змінених життєвих умовах [2; 14; 35].

Психологічна адаптація у сучасній психології розглядається як динамічний процес відновлення рівноваги між індивідом і середовищем, що порушується внаслідок травматичних або кризових подій. Її сутність полягає у здатності людини знаходити нові способи пристосування до змінених умов життя, зберігаючи внутрішню цілісність та можливість розвитку. [14; 17; 33].

Психологічна адаптація після травми тіла є не одномоментним актом, а тривалим еволюційним процесом, у якому переплітаються емоційні, когнітивні й поведінкові механізми. Її результатом є не просто пристосування, а



формування нової рівноваги між тілесним досвідом, самосприйняттям і життєвими цілями.

У класичних працях П. Шільдера, який одним із перших науково описав поняття «схема тіла» та «образ тіла», наголошується, що образ тіла є динамічним уявленням людини про власне тіло, що включає його сприйняття, емоційне ставлення та когнітивні оцінки. Втрата частини тіла призводить до розриву між внутрішнім образом тіла та його реальною формою, що може викликати феномен «фантомного тіла», емоційне відчуження або навіть заперечення реальності травми [14; 17; 33].

Учений зазначав, що втрата частин тіла або функцій змінює внутрішню схему тіла і може спричинити психічний дисбаланс, депресію або відчуття «чужого» тіла [14; 17]. Тілесна травма порушує звичну тілесну схему – основу відчуття себе у просторі. Людина може сприймати своє тіло як «чуже», «деформоване», «недосконале», що спричиняє глибоку кризу ідентичності. Цей феномен часто описується як втрата тілесного Я – ключового компонента особистісної цілісності [17; 33]. Ідеї П. Шільдера стали основою для розвитку тілесно-орієнтованої психотерапії (В. Райх, О. Лоуен), психотілесного підходу в реабілітації осіб після травм, а також досліджень Я-образу, тілесності та тілесної ідентичності [10–12; 20; 21]. Згідно з дослідженнями українських психологів, відновлення образу тіла відбувається через поетапну інтеграцію нового тілесного досвіду у структуру особистості [14; 17; 33]. Це можливо лише за умови визнання факту втрати, прийняття нових тілесних меж і поступового формування позитивного ставлення до себе [18; 34].

Механізми психологічного прийняття нового тіла багато в чому збігаються з процесом проживання горя, описаним Елізабет Кюблер – Росс [7; 22]. Людина проходить через стадії: заперечення, гнів, торг, страждання та діпресія, прийняття – які відображають внутрішній шлях осмислення втрати.

На цьому етапі ключову роль відіграють психологічні захисні механізми (витіснення, раціоналізація, сублімація), а також копінг – стратегії – способи подолання стресу, які допомагають адаптуватися до нових умов, зменшити

психологічний дискомфорт та знайти конструктивні шляхи адаптації.

На шляху адаптації до втрати тілесної цілісності не має чітких часових меж чи обов'язковості їх проходження, але загалом вона виражається у поступовому прийнятті того, що тіло зазнало незворотних змін, у переосмисленні власного образу та формуванні нового ставлення до себе [22; 33]. Важливо навчитися встановлювати нові, гармонійні стосунки зі своїм тілом і побачити нові можливості для повноцінного та щасливого життя вже в оновленному стані.

Поступове прийняття власного тіла пов'язане з переосмисленням смислів і відновленням суб'єктивного контролю над життям. Саме смислова переоцінка (В. Франкл) стає центральним процесом внутрішнього відновлення: людина вчиться бачити у травмі не лише втрату, а й потенціал для духовного росту. Прийняття нового тіла – це активний процес, що передбачає відновлення самоповаги, гідності та цінності життя [31; 32; 34].

Інтеграція тілесного досвіду означає, що людина сприймає своє нове тіло як частину себе, а не як дефект. Це ключовий показник завершення психологічної адаптації та переходу до посттравматичного зростання [27–30; 34]

Прийняття нового тіла не зводиться до пасивного «змирення». Прийняття нового тіла – це активний процес, що передбачає відновлення самоповаги, гідності та цінності життя. Це активна внутрішня робота. Людина навчається сприймати змінену тілесність як частину себе, а не як дефект.

Смислова переоцінка (meaning – making) дозволяє перетворити травму на джерело розвитку і духовного зростання, сприяє формуванню нового життєвого сенсу, який надає травматичному досвіду конструктивного значення [27–30; 34].

Відбувається процес психологічного осмислення подій, який допомагає особистості знайти або створити нові смисли у ситуації, що порушила її звичний світогляд і систему цінностей [27–30].

Через створення нового смислу людина здатна інтегрувати втрату у свій життєвий наратив, перетворюючи травматичний досвід на джерело розвитку та внутрішньої сили [31; 34].

Інтеграція тілесного досвіду завершує процес адаптації – людина

відновлює почуття цілісності, де «нове тіло» стає не чужим, а власним. Людина сприймає своє нове тіло як частину себе, а не як дефект. Такий стан є ключевим показником завершення психологічної адаптації і переходу до посттравматичного зростання [27–30].

Соціальна підтримка є одним із ключових чинників подолання наслідків втрати тілесної цілісності [5; 18; 22]. Соціальна підтримка значущих інших є критичним ресурсом у процесі адаптації. Вона підвищує мотивацію до реабілітації, знижує рівень тривоги і депресивних реакцій. Емоційне прийняття, довіра, безумовна любов й турботи з боку найближчого сімейного кола сприяють відновленню позитивного образу себе та зниженню відчуття ізольованості [15; 18; 24].

Водночас професійна допомога психолога або психотерапевта допомагає людині переосмислити власну тілесність, прийняти нові межі можливостей та сформувати активну життєву позицію. [22; 25].

Серед ефективних напрямів психотерапевтичної підтримки відзначають:

- Психотелесну терапію, тілесно – орієнтований підхід (Олександр Лоуен, Арнольд Мінделл); [10–12; 20; 21].
- когнітивно – поведінкову терапію для зміни негативних установок;
- екзистенціальну терапію та роботу зі смислами (Віктор Франкл, Ірвін Ялом), спрямовану на пошук сенсу в травмі. [31; 32; 34].

Особливу увагу проблемі відновлення тілесної цілісності приділяє американський психотерапевт Олександр Лоуен – засновник біоенергетичного аналізу. У своїх працях («Мова тіла», 1958; «Зрада тіла», 1967; «Страх життя», 1980) він розглядає тіло як безпосереднє відображення психічного стану особистості [10; 12]. На думку Лоуена, розрив між тілом і свідомістю є однією з форм втрати цілісності людини. Хронічні м'язові напруження, які він називає «тілесною бронею», фіксують невисловлені емоції, страх або біль, створюючи відчуття відчуження від власного тіла [20; 21]. Таким чином, втрата тілесної цілісності може мати не лише фізичний, а й психологічний характер – як утрата здатності відчувати, дихати на повну силу, спонтанно рухатись і виражати себе.

Повернення до цілісності, за Лоуеном, можливе через відновлення тілесного контакту: усвідомлення дихання, зв'язку із землею, вільного руху та вираження емоцій. Біоенергетичний підхід спрямований на те, щоб людина знову відчула себе «живою у тілі», інтегрувала тілесний та емоційний досвід, що є важливою умовою психологічної адаптації після будь – якої форми втрати, зокрема втрати тілесної цілісності.

Після ампутації або серйозного тілесного ушкодження людина переживає не лише фізичний дефект, а й порушення образу тіла, який є основою відчуття власного «Я». Втрата кінцівки або зміна зовнішнього вигляду часто викликає глибоке відчуття відчуження від власного тіла, схоже на те, що Лоуен описував як «розрив між тілом і свідомістю». Проблема втрати тілесної цілісності має як фізичний, так і психологічний вимір. Після травм, ампутацій чи інших серйозних ушкоджень тіла людина стикається не лише з порушенням звичних функцій, а й з руйнуванням внутрішнього відчуття цілісності власного «Я».

Таким чином, концепція тілесної цілісності, запропонована О. Лоуеном, має глибоке коріння у тілесно – орієнтованій психології, що сформувалася під впливом ідей Вільгельма Райха (Wilhelm Reich 1897 – 1957) – психоаналітика, учня Зігмунда Фрейда, засновника тілесно – орієнтованої психотерапії. Саме Райх одним із перших наголосив, що психічні процеси нерозривно пов'язані з тілесними. Він один з перших розглядав тіло як «каркас» психіки, у якому фіксуються пригнічені емоції, пережиті конфлікти та травми. Його теорія «м'язової броні» стала фундаментом для подальших досліджень зв'язку між тілом і психікою, які нині набули особливого значення в контексті вивчення наслідків травматичного досвіду, зокрема втрати частин тіла або серйозних фізичних ушкоджень. Для людей, які зазнали втрати тілесної цілісності (наприклад, ампутації чи серйозного ушкодження), ці ідеї мають особливе значення. Втрата частини тіла часто супроводжується не лише фізичним болем, а й глибоким психічним розривом між тілом і свідомістю. З позиції Райха, це прояв тієї ж «м'язової броні» – захисного механізму, який не дозволяє людині повністю пережити біль утрати, що призводить до емоційного заціпеніння,

відчуження від власного тіла, іноді – до депресивних станів.

Відновлення цілісності, за Райхом, можливе через розм'якшення тілесних блоків – дихальні практики, рух, усвідомлення тілесних відчуттів і вираження пригнічених емоцій. Це не просто фізичне розслаблення, а процес психофізичної інтеграції, у якому тіло й свідомість знову починають діяти як єдине ціле.

Ідеї Райха безпосередньо вплинули на праці Олександра Лоуена, який у своїх роботах підкреслював, що тіло є відображенням психічного стану особистості, а розрив між тілом і свідомістю – ознака втрати цілісності. Лоуен розширив концепцію «м'язової броні», описавши її як механізм утримання емоцій, страху та болю, що перешкоджає природному руху і повноцінному диханню. Для осіб після ампутації або значних тілесних ушкоджень це пояснює, чому психологічне відчуження від власного тіла та емоційна ізоляція є настільки глибокими [20; 21].

Сучасне наукове підтвердження цим уявленням дає Бессел ван дер Колк у фундаментальній праці «Тіло веде лік», де розглядає механізми взаємодії психіки та тіла, наголошуючи, що травма «залишається в тілі», змінюючи роботу нервової системи, гормональний баланс та сприйняття себе [1]. Навіть коли свідомість не усвідомлює пережитий біль, тіло продовжує реагувати, а психофізичні прояви травми можуть бути особливо виражені у людей, які пережили ампутацію або серйозні тілесні ушкодження [1].

Сучасний підхід до травми, запропонований Б. Перрі та О. Вінфрі, зміщує фокус із запитання «Що з тобою не так?» на «Що з тобою сталося?» [16]. Це дозволяє розглядати поведінкові реакції не як патологію, а як адаптивну відповідь організму на біль і втрату. Для людей, які пережили втрату частини тіла або серйозне ушкодження, це означає визнання їхнього досвіду як природної реакції на травму, що потребує безпеки, підтримки та поступового відновлення зв'язку з тілом. Відновлення тілесної цілісності у такому випадку передбачає інтеграцію фізичного та психологічного досвіду, поступове повернення дихання, рухової свободи, відчуття опори та емоційного вираження. Практики тілесно – орієнтованої психотерапії дозволяють відновити внутрішню цілісність,

сформувати нову тілесну ідентичність і сприяти глибинній психологічній адаптації після втрати або травми [10–12; 20; 21; 27–30].

## **1.2. Емоційна стійкість як психологічний ресурс та фактор подолання психотравми**

Після втрати тілесної цілісності людина стикається не лише з фізичними обмеженнями, але й з глибокими емоційними потрясіннями, з серйозними емоційними та психічними викликами, з кризою самоідентичності, відчуттям безпорадності, тривоги, сорому, депресії, зміною самооцінки та самоідентичності [14; 22; 33]. У таких обставинах емоційна стійкість виступає ключовим фактором та ключовим чинником, який визначає, чи зможе особистість відновитися, інтегрувати новий досвід, прийняти нову реальність і підтримувати життєву активність, повернути собі відчуття внутрішньої опори [4; 19; 35; 36].

Емоційна стійкість є важливим психологічним ресурсом та однією з ключових ознак психологічної зрілості людини. Вона визначається як здатність особистості зберігати внутрішню рівновагу, контроль над власними емоціями та ефективність дій у складних, стресових або кризових обставинах [4; 19; 36]. Емоційна стійкість проявляється у здатності людини зберігати внутрішню цілісність у складних обставинах, гармонізуючи емоції, мислення та дії. Вона допомагає не лише пережити травматичний досвід, а й трансформувати його у ресурс особистісного зростання.

Людині із високим рівнем емоційної стійкості характерні такі психологічні якості та поведінкові реакції: саморегуляція (здатність контролювати інтенсивність і тривалість негативних емоцій); оптимізм та позитивна переоцінка подій (уміння шукати конструктивні значення у складних обставинах); стійкість до стресу (здатність швидко відновлювати психологічний баланс після травматичних ситуацій); соціальна підтримка (активне використання ресурсів близьких та колективу для психологічного відновлення) [4; 19; 35].

У контексті психотравми емоційна стійкість виконує функцію захисного

механізму, який допомагає зменшити інтенсивність посттравматичних реакцій і сприяє адаптивному реагуванню на втрату, кризу або насильницький досвід. Дослідження показують, що індивіди з розвинутою емоційною стійкістю менш схильні до розвитку симптомів тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу [13; 18; 25; 36].

Ключовими аспектами розвитку емоційної стійкості є усвідомлення власних емоцій, формування позитивних когнітивних установок, активне використання ресурсів підтримки, залучення до тілесних практик та фізичної активності. [4; 13; 27; 30].

Таким чином, емоційна стійкість виконує подвійну функцію – внутрішнього ресурсу самозбереження та механізму адаптації до психотравмуючих впливів. Вона дозволяє зменшувати негативні наслідки травмуючих подій, сприяє відновленню особистісної цілісності та підвищує якість життя після пережитого стресу.

Наукові підходи до вивчення емоційної стійкості свідчать, що вона формується не лише як результат природжених особливостей нервової системи, а й у процесі соціального розвитку, навчання та самопізнання. . [13; 18; 35].

Людина, яка усвідомлює свої емоції та вміє їх конструктивно виражати, проявляє більшу витривалість до стресових впливів.

Людина, що володіє внутрішньою емоційною рівновагою, не уникає складних ситуацій, а прагне осмислити їх і знайти шляхи подолання. Не уникає негативних емоцій, а навпаки – усвідомлює, приймає і трансформує їх, не допускаючи руйнівного впливу на психічний стан.

Американська психологиня Керол Ріфф (Carol D.Ryff) у своїй концепції психологічного благополуччя розглядає емоційну стійкість як прояв внутрішньої сили людини, що дозволяє їй зберігати осмисленість життя, приймати себе та навколишній світ навіть у складних обставинах. Таким чином, емоційна стійкість виступає базовим чинником, фундаментом гармонійного функціонування особистості, вона забезпечує внутрішню цілісність та гармонію.

Дослідники розрізняють ситуативну та особистісну емоційну стійкість.

Перша проявляється в короткочасних, конкретних ситуаціях і характеризує здатність контролювати емоції в моменті. Друга має більш стабільний характер і визначає індивідуальний стиль реагування на труднощі, зумовлений життєвим досвідом, цінностями та світоглядом.

Сучасні дослідження розкривають тісний зв'язок емоційної стійкості з поняттям резилієнтності (resilience) – тобто психологічної здатності справлятися з труднощами й повертати стан внутрішньої стабільності, повертати внутрішню рівновагу після кризових подій [13; 18; 35]. Резилієнтна людина не лише витримує стрес, а й використовує його як внутрішній ресурс, який створює умови для самопізнання, розвитку та становлення особистості.

Резилієнтність (англ. resilience – стійкість, гнучкість) розглядається як здатність індивіда зберігати психологічну стабільність у стресових і кризових обставинах, успішно адаптуючись до змін та відновлюючи внутрішню рівновагу. Цей феномен поєднує внутрішній потенціал особистості та соціальні ресурси підтримки.

Основні характеристики резилієнтної особистості:

1. Емоційна регуляція;
2. Позитивне мислення та оптимізм;
3. Гнучкість у поведінці;
4. Соціальна інтеграція;
5. Сенс життя та ціннісні орієнтири.

Резилієнтність відіграє важливу роль у подоланні психотравми, оскільки дозволяє зменшувати інтенсивність посттравматичних реакцій, підтримувати психологічну цілісність і самоповагу, прискорювати процес адаптації та відновлення після кризових подій [18; 30].

Розвиток резилієнтності можливий через різні практики, через психологічні тренінги та терапію, через навчання, когнітивно – поведінкові техніки, тілесно – орієнтовані практики, йогу, дихальні вправи, біоенергетику, підтримку соціального оточення, участь у групах підтримки та активне спілкування. Резилієнтність виступає ключовим психологічним ресурсом, що



забезпечує адаптацію та подолання деструктивних наслідків психотравматичного досвіду, що дає змогу особистості не лише вижити у складних обставинах, а й розвиватися далі.

Високий рівень емоційної стійкості сприяє ефективній психологічній адаптації, підвищує стресостійкість, зменшує ризик емоційного виснаження та формує внутрішнє відчуття контролю над життям. У контексті переживання втрати чи тілесних змін емоційна стійкість стає основою посттравматичного зростання, що дозволяє людині відновити цілісність власного «Я» та знайти нові смисли існування [18].

Сучасні дослідження показують тісний зв'язок емоційної стійкості з резилієнтністю (resilience) – здатністю відновлювати внутрішню рівновагу після кризових подій і водночас зростати попри труднощі [13; 18; 35]. Резилієнтність розглядається як динамічний процес, що інтегрує особистісні ресурси, смислові орієнтації та соціальну підтримку.

У контексті воєнних подій та тілесних травм емоційна стійкість виконує функцію психологічного «амортизатора», який пом'якшує вплив травматичних переживань і сприяє збереженню життєздатності. Це не означає відсутності болю чи страху, а передбачає здатність переживати їх усвідомлено, не втрачаючи орієнтації на життя.

Провідними теоретичними підходами до вивчення емоційної стійкості є когнітивно – мотиваційна концепція стресу Р. Лазаруса, теорія локусу контролю Дж. Роттера та модель резилієнтності Е. Мастен. [8; 9; 13; 23].

Видатні моделі пояснюють, як формується емоційна стійкість:

1. Когнітивно – мотиваційна модель Лазаруса і Фолкман підкреслює, що реакція на стрес залежить не від самої події, а від того, як особа її інтерпретує. Особистість, якій притаманна емоційна стійкість, характеризується гнучкістю когнітивних процесів, які дозволяють їй сприймати травму не як кінець, а як виклик для розвитку. Перетворення травми на джерело розвитку [8; 9].

2. Згідно з теорією локусу контролю, розробленою Дж. Роттером, ключову роль відіграє віра індивіда у можливість самостійно впливати на події свого

життя. Високий рівень внутрішнього локусу контролю сприяє емоційній стійкості, оскільки людина бачить и сприймає себе не жертвою обставин, а активним учасником життя [23].

3. Модель резиліентності Е. Мастен описує та пояснює емоційну стійкість як результат взаємодії та поєднання внутрішніх і зовнішніх ресурсів – таких, як позитивне мислення, підтримка значущих інших, відчуття приналежності до спільноти. Вона наголошує, що навіть після тяжких втрат можливо зберегти емоційну рівновагу, якщо особа має доступ до ресурсів підтримки. [13].

Українські дослідники (Л.М. Карамушка, О.Б. Сидоренко) підтверджують, що емоційна стійкість має багатофакторну природу. Це якість, яка формується під впливом особистісних, індивідуальних рис (оптимізм, толерантність до фрустрації), соціального середовища (підтримка, довіра) та духовних орієнтацій [4; 5; 6; 18; 19; 25; 26; 35; 36].

В останні десятиліття у психології активно досліджується феномен посттравматичного зростання – позитивні особистісні зміни, які виникають унаслідок подолання екстремальних обставин.

Згідно з цією концепцією, переживання глибокої травми може призвести не лише до страждання, а й до зміцнення особистості, формування нових життєвих пріоритетів, глибшого розуміння себе та інших [28; 29; 30].

У контексті втрати тілесної цілісності емоційна стійкість виступає рушійною силою цього зростання. Вона дозволяє людині не замикатися у травмі, а переосмислити її значення, відкрити нові джерела сенсу – у взаєминах, творчості, духовності [15; 16; 34].

За дослідженнями українських вчених О. Кочюнаса, В. Панок та І. Мельничук ключовим чинником посттравматичного зростання є здатність до смислової реконструкції досвіду, тобто уміння знайти у втраті нову цінність [26, с. 59]. Цей процес тісно пов'язаний з емоційною стійкістю, адже саме врівноважена особистість здатна конструктивно переосмислювати власний життєвий досвід.

Посттравматичне зростання виявляється у трьох вимірах [28; 29]:

1. Особистісному – підвищення самоповаги, глибше усвідомлення власної сили.
2. Соціальному – посилення та зміцнення емпатії, готовності до підтримки інших, готовність допомогати іншим.
3. Духовному – відкриття нових сенсів, подяки життю, переосмислення цінностей. [27: с.71].

Отже, емоційна стійкість і посттравматичне зростання перебувають у тісному взаємозв'язку, адже саме здатність зберігати внутрішню рівновагу сприяє перетворенню травматичного досвіду на ресурс розвитку. Це взаємопідсилювальні процеси, у яких прийняття втрати відкриває шлях до глибокої особистісної трансформації.

Емоційна стійкість є рушійною силою посттравматичного зростання: вона дозволяє переосмислювати травму, знаходити нові джерела сенсу та формувати позитивні життєві стратегії [28; 29; 30].

Фактори формування та підтримки емоційної стійкості:

1. Сенси та цінності – наявність життєвих орієнтирів дозволяє перетворити травму на можливість розвитку [31; 32; 34].
2. Соціальна підтримка – довіра, допомога близьких та спільноти підвищують психічну стійкість [5; 15; 23; 24].
3. Духовні практики та медитація – полегшують емоційне відновлення та регуляцію стресу. [22].
4. Гнучкі копінг – стратегії та позитивне мислення – допомагають адаптуватися до нових життєвих умов. [8; 9].

Отже, емоційна стійкість є важливим чинником, що виступає не лише індикатором психологічного благополуччя, а й активним чинником відновлення після психотравми. Вона забезпечує цілісність особистості, підтримує її суб'єктну позицію, сприяє формуванню адаптивних стратегій поведінки та розвитку внутрішнього потенціалу. Розвиток емоційної стійкості є необхідною умовою ефективної адаптації до змін, інтеграції травматичного досвіду та досягнення психічної гармонії в умовах кризових життєвих ситуацій.

### 1.3. Емоційна стійкість і процес адаптації: сучасні підходи

У сучасній психології емоційна стійкість розглядається як один із ключових чинників адаптації особистості до труднощів та складних обставин. Вона визначає здатність людини підтримувати внутрішню рівновагу, ефективно регулювати емоційні стани та зберігати продуктивність діяльності навіть у стресових чи травматичних ситуаціях [4; 19; 36].

Процес адаптації охоплює не лише фізіологічне, а й психологічне пристосування індивіда до змін середовища. У цьому контексті емоційна стійкість виступає динамічним ресурсом, який забезпечує оптимальне співвідношення між внутрішніми потребами людини та зовнішніми вимогами ситуації [2; 3].

Згідно з сучасними підходами А. Мастена, Дж. Бонанно та К. Коннора адаптація не є пасивним пристосуванням, а передбачає активну взаємодію з середовищем, що ґрунтується на здатності контролювати власні емоційні реакції, підтримувати позитивне мислення та проявляти адаптивну гнучкість. Емоційно стійка людина не заперечує негативних емоцій, а інтегрує їх у власний досвід, зберігаючи цілісність «Я» [13; 19; 36].

У межах когнітивно – біхевіорального підходу емоційна стійкість розглядається як результат усвідомленої когнітивної оцінки ситуації, коли особистість замість катастрофічного сприйняття подій обирає конструктивну інтерпретацію. Це дає змогу формувати нові адаптивні стратегії поведінки, знижуючи інтенсивність стресу [8; 9].

Гуманістичний підхід за К. Роджерсом та А. Маслоу трактує емоційну стійкість як прояв зрілості особистості, її здатності до самоактуалізації та прийняття себе. Людина, яка має високий рівень емоційної стійкості, демонструє відкритість до досвіду, здатність відчувати та виражати емоції без страху втрати контролю. Саме така позиція сприяє більш гармонійному процесу адаптації до життєвих змін. [14; 25].

Позитивна психологія за М. Селігманом та К. Петерсоном розглядає емоційну стійкість як основу резилієнтності – внутрішньої сили, що допомагає

людині не лише витримати стрес, але й вийти з нього більш зрілою та свідомою. Подібний підхід орієнтований на розвиток позитивного емоційного досвіду, формування вдячності, усвідомлення сенсу життя та підтримку міжособистісних зв'язків, які відіграють провідну роль у забезпеченні якісної адаптації. [18; 35].

Емоційна стійкість є одним із найважливіших внутрішніх ресурсів, який забезпечує людині можливість не лише витримати вплив психотравмуючих подій, але й зберегти здатність до подальшого особистісного розвитку. У психології емоційну стійкість розглядають як інтегровану якість особистості, що забезпечує контроль емоцій, збереження рівноваги та конструктивну поведінку в складних умовах. [4; 19; 36].

Як ресурс виживання, емоційна стійкість виступає своєрідним механізмом психологічного самозахисту, який дає змогу мінімізувати деструктивний вплив стресу, травми чи втрати. Вона підтримує почуття контролю над життям, допомагає зберігати функціональність і запобігає розвитку стану безпорадності. Особи, які відзначаються значним рівнем емоційної стійкості та внутрішньою гармонією, рівновагою та збалансованістю, навіть переживаючи кризу, зберігають здатність мислити раціонально, приймати рішення та бачити перспективу відновлення [25; 26].

Поряд із тим емоційна стійкість є не лише засобом збереження, а й передумовою розвитку. Саме через подолання труднощів людина здатна переосмислити власні цінності, розширити межі самосприйняття й сформувати новий рівень життєвої зрілості. Цей феномен у сучасній науці описується поняттям посттравматичного зростання, яке відображає позитивні зміни, що виникають після пережитих кризових подій [28; 29; 30].

Високий рівень емоційної стійкості тісно пов'язаний із резилієнтністю, тобто здатністю відновлювати психологічний баланс і продовжувати рух уперед після травми. Резилієнтна особистість характеризується гнучкістю мислення, оптимізмом, відкритістю до досвіду, умінням отримувати підтримку від соціального оточення. Ці якості формують основу життєстійкості та забезпечують не лише виживання, а й поступовий розвиток у нових обставинах

[13; 19; 18].

До важливих чинників, що сприяють зміцненню емоційної стійкості, належать:

усвідомлення власних емоцій і потреб; наявність позитивних смислів і цінностей, що підтримують внутрішню мотивацію; соціальна допомога, що включає участь членів родини, близьких людей і представників громади, духовні або тілесно – орієнтовані практики, які сприяють гармонізації емоційного стану [22; 14; 17; 36]. Таким чином, емоційна стійкість виконує подвійну функцію – захисну та розвивальну. У кризових ситуаціях вона забезпечує психологічне виживання, а в довгостроковій перспективі створює умови для внутрішнього зростання, самопізнання й відновлення життєвого сенсу. Саме завдяки цьому емоційна стійкість розглядається як фундаментальний ресурс відновлення цілісності особистості після травматичних подій.

Формування та підтримання емоційної стійкості – це не вроджена властивість, а процес, що розвивається під впливом внутрішніх і зовнішніх чинників. У науковій літературі виокремлюють кілька ключових детермінант, які сприяють зміцненню психологічної стійкості особистості: наявність життєвих смислів, соціальна підтримка та духовно – практичний вимір саморозвитку [31; 32; 14]. Пошук і збереження життєвого смислу відіграють центральну роль у здатності людини долати кризові події. Згідно з концепцією В. Франкла, усвідомлення смислу страждання та визначення мети життя допомагають особистості зберегти внутрішню гідність навіть у найскладніших обставинах. Людина, яка знаходить сенс у пережитому, не руйнується під тиском травми, а трансформує її у досвід, що сприяє самопізнанню та розвитку [31; 32].

Психологічні дослідження свідчать, що смислова орієнтація посилює внутрішню мотивацію, сприяє формуванню оптимістичного світогляду та активізує здатність до конструктивного мислення. Таким чином, смисли виконують стабілізуючу функцію, перетворюючи хаос переживань у структурований досвід, що підтримує особистісну цілісність.

Другим важливим фактором є соціальна підтримка – ресурс, який

забезпечує людині почуття безпеки, приналежності та прийняття. Емпіричні дослідження показують, що взаємодія з оточенням (родиною, друзями, колегами, терапевтичними групами чи спільнотами за інтересами) значно знижує рівень тривоги, депресивності та ізоляції після травматичних подій [5; 15; 18; 24; 26].

Третім фактором підвищення стійкості є духовний розвиток і практики, спрямовані на гармонізацію внутрішнього стану. Йдеться не лише про релігійний аспект, а про глибинне відчуття зв'язку з власним «Я», природою, світом і життям у цілому. Медитація, молитва, дихальні техніки, йога або тілесно – орієнтовані практики допомагають відновити контакт із тілом, знизити рівень стресу, зміцнити відчуття присутності «тут і тепер» [10; 11; 12; 22].

Духовні практики сприяють розвитку усвідомленості, вдячності, прийняття та співчуття – тих якостей, які є основою емоційної зрілості та резилієнтності. Через них людина інтегрує травматичний досвід, перетворюючи біль на джерело сили й життєвої мудрості.

Отже, емоційна стійкість є центральною складовою процесу психологічної адаптації, вона визначає, наскільки особистість здатна ефективно реагувати на життєві труднощі, відновлювати психічну рівновагу після травматичних впливів і переосмислювати власний досвід навіть у кризових ситуаціях. Сучасні підходи сходяться на думці, що розвиток емоційної стійкості є ключовою умовою для формування здорової, гнучкої та адаптивної особистості.

## **ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 1**

У першому розділі проведено аналіз теоретико – методологічних підходів до вивчення проблеми адаптації та емоційної стійкості особистості після втрати тілесної цілісності, що ці процеси мають тісний взаємозв'язок і визначають психологічне відновлення людини після травматичних подій.

Аналіз наукових джерел показав, що ці два процеси – адаптація та емоційна стійкість, тісно пов'язані між собою і визначають здатність людини відновлюватися після травматичних подій.

Встановлено, що адаптація і емоційна стійкість взаємно підсилюють одна

одну. Емоційна стійкість допомагає швидше прийняти зміни і відновити психологічний баланс, а процес адаптації, своєю чергою, розвиває здатність до стійкості через накопичення досвіду подолання труднощів. Зміни у структурі чи функціонуванні тіла призводять до порушення відчуття цілісності, викликають сором, відчуження від власного тіла, зниження самооцінки, загострюють внутрішні конфлікти та можуть супроводжуватися переживанням горя за «попереднім» собою.

Зроблено висновок стосовно того, що адаптацію після втрати тілесної цілісності варто розглядати не лише як психологічне відновлення, але й як процес глибинних трансформацій особистості. Це багаторівневий процес, що охоплює не лише фізіологічне чи поведінкове пристосування до змінених умов, але й глибоку внутрішню трансформацію особистості. Емоційна стійкість виступає центральним чинником цього процесу, оскільки забезпечує психологічну стабільність, допомагає інтегрувати травматичний досвід і сприяє формуванню нових життєвих орієнтирів та внутрішньої гармонії особистості. Емоційна стійкість дозволяє особистості не тільки подолати наслідки травми, а й віднайти нові життєві орієнтири, відновити внутрішню гармонію та продовжити рух уперед. Теоретико-методологічні положення, викладені в першому розділі, створюють наукове підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження особливостей взаємозв'язку адаптації та емоційної стійкості у постраждалих, які зазнали втрати тілесної цілісності, а також для розроблення цільових програм психологічної підтримки, що будуть представлені в наступних розділах роботи.



## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ АДАПТАЦІЇ ТА ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ У ОСІБ, ЯКІ ВТРАТИЛИ ТІЛЕСНУ ЦІЛІСНІСТЬ ВНАСЛІДОК УМОВ ВОЄННОГО ЧАСУ

#### 2.1. Організація та проведення емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь 40 респондентів – чоловіки та жінки різного віку, серед яких були як військовослужбовці та ветерани, так і цивільні особи. Значущим критерієм відбору виступала наявність досвіду втрати тілесної цілісності (ампутації, тяжкі поранення, ушкодження, що призвели до стійких фізичних змін), прямо або опосередковано пов'язаного з умовами воєнних дій.

Перша група – військовослужбовці та ветерани, які втратили тілесну цілісність унаслідок бойових дій або поранень, отриманих під час проходження служби. Група 1 налічує 20 осіб, серед яких переважають чоловіки вікових категорій 25–44 роки (11 осіб) та 45–60 років (6 осіб). Також у групі є респонденти віком 18–25 років (1 особа), 60–74 роки (1 особа) та 75–89 років (1 особа).

Група 2 – цивільні особи, які зазнали втрати тілесної цілісності внаслідок воєнних дій, обстрілів, вибухів або отриманих травм у мирних умовах. До цієї групи також увійшли люди, які мають фізичні обмеження, що спричинені непрямыми наслідками війни. Група налічує 20 осіб, серед яких представлено різні вікові категорії: 18–25 років – 2 особи, 25–44 роки – 11 осіб, 45–60 років – 2 особи, 60–74 роки – 5 осіб.

Для вивчення особливостей емоційної стійкості, рівня посттравматичного зростання та прийняття власного тілесного стану для збору емпіричних даних було використано такі методи психодіагностики:

1. Тест «Рівень емоційної стійкості» Є.О. Тарасов. Містить 33 питання. Використовується для оцінки здатності особистості витримувати емоційні

коливання та стресові ситуації, зберігаючи психологічну рівновагу.

## 2. Шкала посттравматичного зростання (Posttraumatic Growth Inventory) (PTGI).

Це опитувальник, який вимірює позитивні зміни в особистості після пережитої травми. Допомогає зрозуміти, наскільки людина змогла адаптуватися після втрати частини тіла. Кількість пунктів: 21 твердження.

Сфери посттравматичного зростання: особиста сила, відносини з іншими, нове сприйняття життя, духовний розвиток, нові можливості.

## 3. Шкала прийняття інвалідності / адаптації до інвалідності (Acceptance of Disability Scale) (ADS) – 50 пунктів. Автор: М. Б. Лінковскі (M. B. Linkowski)

Мета шкали оцінити, наскільки людина приймає власні фізичні обмеження (внаслідок травми, хвороби, втрати кінцівки тощо) і адаптується до них у психологічному, соціальному та емоційному плані. Це один із класичних інструментів у реабілітаційній психології та психології травми, який допомагає зрозуміти, як особистість реагує на втрату тілесної цілісності, наскільки вона інтегрує цю зміну у свою ідентичність і відновлює самооцінку. Шкала вимірює ступінь прийняття, а не заперечення або уникнення.

## 2.2. Результати емпіричного дослідження

### 2.2.1. Результати дослідження за рівнями емоційної стійкості

На рис. 2.1. представлено розподіл респондентів за рівнями емоційної стійкості, визначеними за методикою Є. О. Тарасова.

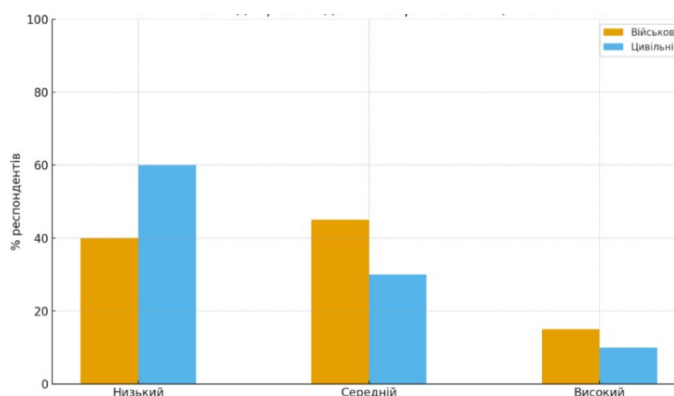


Рис. 2.1. Діаграма розподілу респондентів за рівнем емоційної стійкості у групах.

Середній рівень мають 30 %, а високий – 10 % цивільних.

Як видно на рис. 2.1., у групі військових переважає середній рівень емоційної стійкості (45 %), тоді як у цивільній – низький рівень симптомних проявів

(60 %). Отже, військові демонструють більш стабільну, але напружену емоційну регуляцію, тоді як цивільні – більшу емоційну гнучкість та меншу вразливість до стресових факторів. У військовій групі домінує середній рівень емоційної стійкості (45 %), що свідчить про сформовані, але напружені механізми емоційної регуляції. Близько 40 % військових мають низький рівень, що може бути пов'язано з підвищеною психоемоційною вразливістю внаслідок бойового досвіду. Високий рівень виявлено у 15 %. У цивільній групі більшість респондентів демонструють низький рівень емоційної стійкості (60 %), що вказує на знижені можливості контролю емоційних реакцій.

#### 2.2.2. Результати дослідження за рівнями посттравматичного зростання

Результати розподілу респондентів за рівнями представлено на рисунку 2.2.

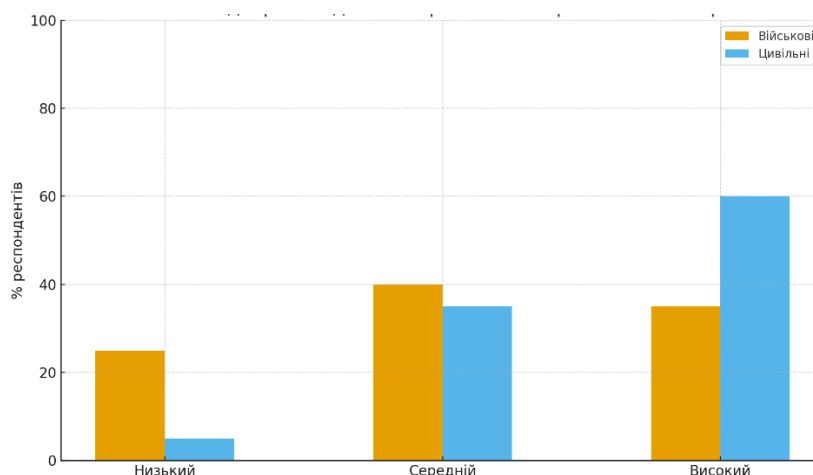


Рис. 2.2. Діаграма розподілу респондентів за рівнем посттравматичного зростання (PTGI) у групах

У групі військових 25 % респондентів продемонстрували низький рівень PTGI, 40 % – середній, а 35 % – високий рівень посттравматичного зростання. Такий розподіл може свідчити про те, що значна частина військових переживає зміни поступово, з переважанням помірних позитивних трансформацій, які

формується на тлі високого стресового навантаження.

У групі цивільних простежується інша тенденція: лише 5 % учасників мають низький рівень PTGI, 35 % – середній, тоді як 60 % досягли високого рівня посттравматичного зростання. Це може відображати інтенсивніші позитивні переосмислення, зокрема у сфері цінностей, міжособистісних стосунків та життєвих перспектив.

Таким чином, цивільні респонденти частіше повідомляють про виражені позитивні зміни після травматичного досвіду, тоді як серед військових процес посттравматичного зростання є більш нерівномірним і поступовим, що може бути пов'язано зі специфікою бойового досвіду та стресових факторів служби.

#### 2.2.4. Результати дослідження за рівнями прийняття інвалідності

На рис. 2.3. представлено розподіл серед військових та цивільних респондентів за рівнями прийняття інвалідності відповідно до показників шкали ADS.

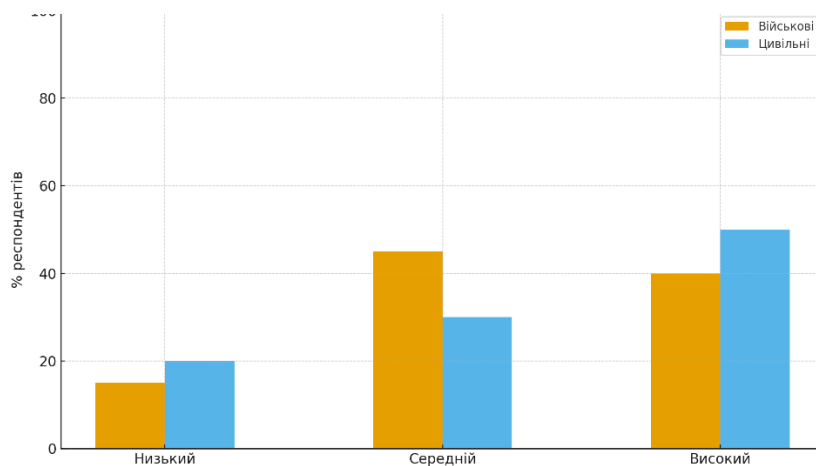


Рис. 2.3. Діаграма розподілу респондентів за рівнем прийняття інвалідності /адаптації до фізичних обмежень (ADS) у групах.

У групі військових 20 % респондентів мають низький рівень прийняття, 50 % – середній, тоді як 30 % демонструють високий рівень адаптації до змін у фізичному стані. Це дає підстави вважати, що у значної частини військових сформувалися ключові навички прийняття власних обмежень і стабільного реагування на них. У цивільній групі структура розподілу має подібні тенденції, проте частка респондентів із високим рівнем прийняття є більшою: 45 % цивільних досягли високого рівня ADS, 35 % – середнього, і 20 % – низького

рівня. Отже, серед опитаних цивільних простежується більш помітна готовність адаптуватися до змін у власному здоров'ї.

Загалом обидві групи демонструють достатньо високі показники готовності до адаптації, що свідчить про наявність психологічних ресурсів, важливих для процесу реабілітації та відновлення.

Отримані результати комплексного аналізу свідчать про наявність виражених відмінностей між військовими та цивільними респондентами у сферах емоційної стійкості, посттравматичного зростання та прийняття інвалідності.

За рівнем емоційної стійкості військові демонструють більш збалансовані, хоча й напружені механізми регуляції: у них переважає середній рівень (45 %), тоді як у цивільних домінує низький рівень (60 %). Це може відображати як наслідки бойового досвіду, так і сформовані стратегії подолання тривалого стресового навантаження. У показниках посттравматичного зростання (PTGI) виявлено іншу тенденцію. Військові респонденти розподілені більш рівномірно: 25 % мають низький рівень, 40 % – середній і 35 % – високий. Натомість серед цивільних значна частина (60 %) демонструє високий рівень посттравматичного зростання. Це може свідчити про те, що цивільні респонденти частіше інтерпретують травматичний досвід через призму переосмислення життєвих цінностей, взаємин та особистісного розвитку. У сфері прийняття інвалідності (ADS) обидві групи показали загалом високі показники адаптації. Серед військових 30 % мають високий рівень прийняття, 50 % – середній і 20 % – низький. У цивільних розподіл є схожим, однак частка з високим рівнем є більшою (45 %). Це свідчить про достатній рівень опрацювання змін у фізичному стані та наявність внутрішніх і зовнішніх ресурсів, які сприяють адаптації.

Узагальнюючи, можна зробити висновок, що між емоційною стійкістю, посттравматичним зростанням та прийняттям інвалідності простежується тісний взаємозв'язок. Військові респонденти демонструють відносно вищу емоційну стійкість та високе прийняття змін, водночас їх рівень посттравматичного зростання є більш помірним. У цивільних, навпаки, спостерігається нижча

емоційна стійкість, однак вираженіше посттравматичне зростання, що може бути наслідком іншого характеру переживання травматичних подій і відмінностей у контекстах життєвих обставин.

Отримані результати підтверджують складну багатофакторну динаміку реакцій на травматичний досвід і дозволяють перейти до аналізу статистичних взаємозв'язків між досліджуваними показниками у підрозділі 2.3.

### 2.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження

2.3.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження за тестом «Рівень емоційної стійкості» Є.О. Тарасова

Для аналізу емоційної стійкості було визначено основні статистичні характеристики показників у двох групах респондентів – військовослужбовців (ветеранів) та цивільних осіб. У табл. 2.1. наведено описова статистика результатів за тестом «Рівень емоційної стійкості» Є.О. Тарасова

Таблиця 2.1.

**Описова статистика результатів за тестом «Рівень емоційної стійкості» Є.О. Тарасова**

| № | Показник           | Група 1 |      |         |           | Група 2   |         |      |         |
|---|--------------------|---------|------|---------|-----------|-----------|---------|------|---------|
|   |                    | Середнє | Мода | Медіана | Дисперсія | Дисперсія | Середнє | Мода | Медіана |
| 1 | Емоційна стійкість | 36,7    | 37   | 36      | 5,42      | 2,33      | 31,7    | 32   | 31      |

За даними табл. 2.1. середній відсоток симптомних відповідей за тестом Є.О. Тарасова у військових становить 36,7 %, тоді як у цивільних – 31,7 %. Це свідчить про вищий рівень емоційної напруги серед військових респондентів, зумовлений бойовим досвідом, пережитими втратами та адаптацією до зміненого фізичного стану.

Показники моди й медіани в обох групах є близькими, що вказує на відносну симетричність розподілу даних та відсутність різких відхилень. Однак у військових спостерігається дещо вища дисперсія (5,42) порівняно з цивільними (4,96), що свідчить про більшу різноманітність реакцій і ширшу амплітуду

коливань емоційної стійкості. Це може відображати різний ступінь психоемоційної адаптації серед осіб, які перебували у бойових умовах.

У групі цивільних домінує низький рівень емоційної стійкості (60 %), тоді як середній рівень мають 30 % респондентів, а високий – 10 %. Це вказує на меншу вираженість емоційної симптоматики та більш м'які механізми переживання стресу порівняно з військовими.

У групі військових 45 % мають середній рівень, 40 % – низький та 15 % – високий рівень стійкості. Така структура свідчить про те, що значна частина військових володіє сформованими механізмами саморегуляції, однак досвід травматичних подій зумовлює підвищену емоційну напруженість.

На рис. 2.4. наведено розподіл респондентів за рівнями емоційної стійкості.

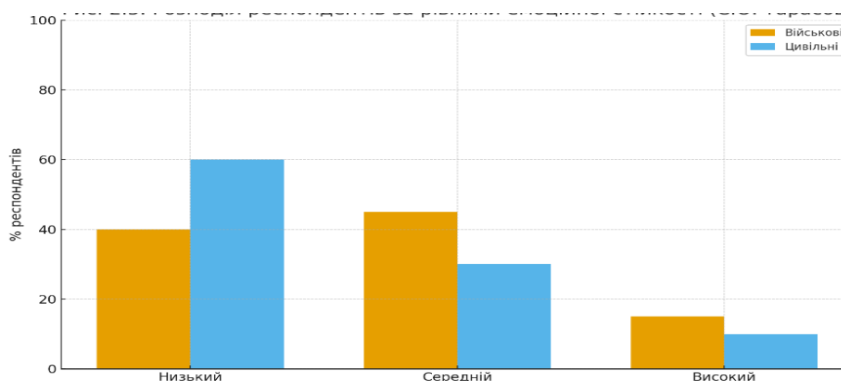


Рис. 2.4. Діаграма розподіл респондентів за рівнями емоційної стійкості (за методикою Є.О. Тарасова) у групах

Таким чином, військові респонденти загалом демонструють емоційно насичений та варіативний характер реакцій, що пов'язано з інтенсивністю травматичного досвіду. Водночас цивільні характеризуються нижчим рівнем емоційної напруги та більш збалансованими показниками, що може бути наслідком відсутності прямого бойового стресу. Отримані результати підтверджують відмінності у структурі емоційної стійкості між групами та окреслюють важливість цілеспрямованих психорегуляційних заходів для військовослужбовців.

2.3.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження за «Шкалою посттравматичного зростання» Річард Тедескі та Лоренс Калхун

Методика «Шкала посттравматичного зростання» (Posttraumatic Growth Inventory, PTGI) Р. Тедескі та Л. Калхуна використовується для оцінювання позитивних психологічних змін, які виникають у людини після переживання травматичних подій. Вона дозволяє дослідити внутрішні ресурси особистості, трансформацію життєвих смислів, зміцнення міжособистісних зв'язків та формування нових життєвих перспектив.

Для аналізу було обчислено основні статистичні показники. Описова статистика наведено у табл. 2.2.

Таблиця 2.2.

**Описова статистика за «Шкалою посттравматичного зростання»  
(PTGI) у групах**

| № | Підшкала         | Група 1 |         |      |           | Група 2 |         |      |           |
|---|------------------|---------|---------|------|-----------|---------|---------|------|-----------|
|   |                  | Середнє | Медіана | Мода | Дисперсія | Середнє | Медіана | Мода | Дисперсія |
| 1 | Зв'язки з іншими | 17,85   | 21,5    | 6    | 89,50     | 15,75   | 16,0    | 15   | 29,27     |
| 2 | Нові можливості  | 12,80   | 14,5    | 8    | 39,54     | 15,35   | 16,0    | 16   | 12,87     |
| 3 | Особистісна сила | 9,95    | 10,5    | 14   | 31,84     | 13,90   | 14,5    | 11   | 11,67     |
| 4 | Духовні зміни    | 6,05    | 6,5     | 10   | 12,16     | 6,85    | 7,0     | 7    | 4,13      |
| 5 | Цінування життя  | 8,75    | 9,0     | 6    | 11,05     | 9,15    | 9,5     | 11   | 9,50      |

Розподіл респондентів за рівнями посттравматичного зростання представлено на рис. 2.5.

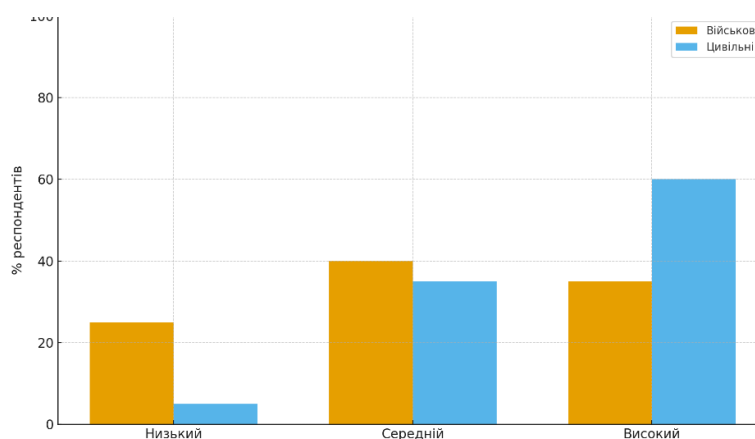


Рис. 2.5. Діаграма розподілу респондентів за рівнями посттравматичного зростання (PTGI) у групах

Як свідчать дані таблиці 2.2., показники посттравматичного зростання демонструють різну вираженість залежно від групи респондентів. У цивільних



учасників загальний профіль посттравматичних змін є більш вираженим за більшістю підшкал, що відображає інтенсивніший процес переосмислення пережитих подій. Винятком є підшкала «Зв'язки з іншими», де вищі середні значення спостерігаються у військовослужбовців. Це може відображати специфіку військового досвіду, коли соціальна підтримка та згуртованість підрозділу відіграють критично важливу роль у подоланні наслідків травми.

### 1. Загальний рівень посттравматичного зростання

У групи 1 середні значення майже за всіма підшкалами (нові можливості, особистісна сила, духовні зміни, цінування життя) є вищими порівняно з військовими. Це вказує на більш активний процес позитивної переоцінки травматичного досвіду та схильність до конструктивного осмислення життєвих змін.

### 2. Профіль військових респондентів

Для групи 2 характерна значно більша варіативність відповідей (дисперсія), особливо за підшкалою «Зв'язки з іншими» (89,50), що може бути пов'язано з неоднорідністю бойового досвіду, рівня підтримки побратимів та індивідуальних шляхів відновлення. Підвищені середні показники за цією підшкалою свідчать про переоцінку значущості соціальної підтримки та зміцнення міжособистісних зв'язків після пережитих подій. Водночас нижчі показники за «особистісною силою» та «духовними змінами» відображають триваліший і складніший шлях до внутрішнього відновлення, що може бути зумовлено високим рівнем психоемоційного напруження.

### 3. Профіль цивільних респондентів

Цивільні учасники демонструють значно стабільніші та рівномірніші результати (нижчі значення дисперсії), що свідчить про більш однорідні реакції на пережиту травму. Найвищі середні значення виявлені за підшкалами «нові можливості» та «особистісна сила», що свідчить про відкритість до змін, розвиток здатності приймати нові життєві сценарії та конструктивно переосмислювати травматичний досвід. Підвищені показники «духовних змін» також свідчать про те, що цивільні частіше схильні до переоцінки життєвих

цінностей та пошуку глибших смислів у пережитих подіях.

З табл. 2.2. наведено, що у цивільних респондентів вищі середні показники за чотирма із п'яти підшкал PTGI – «Нові можливості», «Особистісна сила», «Духовні зміни» та «Цінування життя». Лише за підшкалою «Зв'язки з іншими» вищі значення спостерігаються у військовослужбовців. Це означає, що цивільні респонденти демонструють більш виражене посттравматичне зростання, переважно у вигляді пошуку нових можливостей, розвитку внутрішньої сили та глибшого переосмислення життєвих цінностей. Військові ж, натомість, сильніше переоцінюють значущість соціальних зв'язків, що може бути пов'язано з особливостями бойового досвіду та потребою в підтримці побратимів.

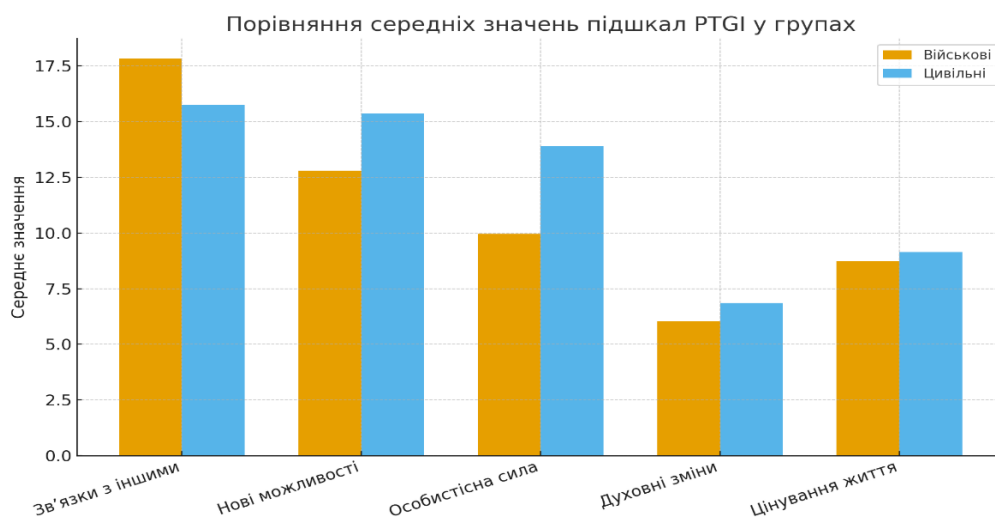


Рис. 2.6. Діаграма порівняння середніх значень підшкал посттравматичного зростання (PTGI) у групах

На рисунку подано порівняння середніх значень основних підшкал PTGI у двох групах респондентів. Видно, що цивільні демонструють дещо вищі показники за підшкалами «Нові можливості», «Особистісна сила» та «Цінування життя», що свідчить про активніший процес позитивного переосмислення досвіду. Військові респонденти мають вищий бал за підшкалою «Взаємини з іншими», що може відображати зростання значущості соціальної підтримки в умовах бойового досвіду. Різниця за підшкалою «Духовні зміни» між групами є мінімальною. Отримані дані підтверджують, що обидві групи респондентів демонструють потенціал до психологічної трансформації після травми, однак

механізми цього процесу відрізняються. Для військових посттравматичне зростання має більш екзистенційний характер, пов'язаний із переживанням соціальної підтримки та зміцненням міжособистісних зв'язків. Для цивільних – воно проявляється через розширення внутрішніх ресурсів, формування нових життєвих можливостей і переосмислення особистісних цінностей. Таким чином, посттравматичне зростання в обох групах є складним і багаторівневим процесом, який відображає індивідуальні шляхи подолання та психологічного відновлення.

2.3.3. Аналіз результатів емпіричного дослідження за «Шкалою прийняття інвалідності / адаптації до інвалідності» М. Б. Лінковскі.

Описова статистика за шкалою прийняття інвалідності (ADS) у військових та цивільних респондентів подано у табл. 2.3.

Таблиця 2.3.

**Описова статистика за шкалою прийняття інвалідності (ADS) у групах**

| № | Підшкала                                | Група 1 |      |         |           | Група 2 |      |         |           |
|---|-----------------------------------------|---------|------|---------|-----------|---------|------|---------|-----------|
|   |                                         | Середнє | Мода | Медіана | Дисперсія | Середнє | Мода | Медіана | Дисперсія |
| 1 | Самоприйняття / самооцінка              | 57,2    | 58   | 57      | 32,8      | 58,6    | 59   | 59      | 31,53     |
| 2 | Міжособистісні стосунки                 | 46,9    | 47   | 47      | 27,6      | 48,4    | 49   | 48      | 96,11     |
| 3 | Соціальна активність                    | 44,1    | 44   | 44      | 25,4      | 45,7    | 46   | 46      | 54,14     |
| 4 | Прийняття обмежень / перегляд цінностей | 79,8    | 80   | 80      | 41,2      | 82,3    | 83   | 82      | 286,83    |
| 5 | Загальний показник ADS-50 (0-250)       | 227,95  | 230  | 228     | 42,3      | 227,50  | 226  | 228     | 1472,26   |

На рис. 2.7. подано розподіл респондентів за рівнями прийняття інвалідності.

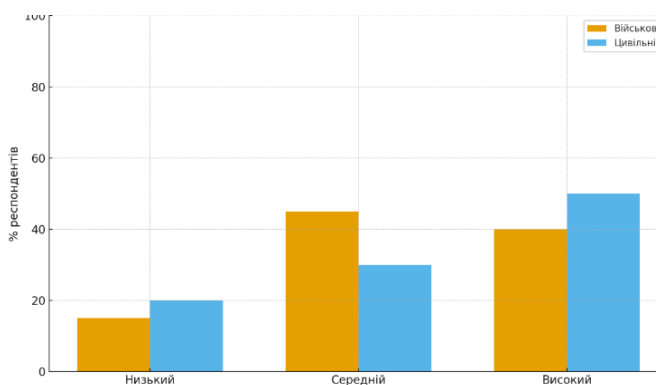


Рис. 2.7. Діаграма розподілу респондентів за рівнями прийняття інвалідності / адаптації до фізичних обмежень (ADS) у групах

Аналіз показників за шкалою прийняття інвалідності (ADS) демонструє, що в обох групах респондентів загальний рівень адаптації до тілесних змін є високим. Середні значення інтегрального показника майже не відрізняються між вибірками (227,95 у військових та 227,50 у цивільних), що свідчить про сформовані механізми прийняття обмежень та достатню внутрішню стабільність.

Разом із тим дисперсія загального бала істотно різниться: у військових вона значно нижча (42,3), тоді як у цивільних спостерігається набагато вища розкиданість відповідей ( $\approx 998,92$ ). Це вказує на широку індивідуальну варіативність у цивільній групі та наявність як осіб з дуже високими, так і з низькими рівнями адаптації.

1. Самоприйняття / самооцінка. Показники в обох групах дуже близькі, цивільні мають трохи вищі середні значення та майже ідентичну дисперсію. Це свідчить про збереження почуття власної цінності незалежно від умов травми.

2. Міжособистісні стосунки. У цивільних середнє значення вище (48,4 проти 46,9).

Однак дисперсія у цивільних є значно вищою (96,11), що свідчить про неоднорідність у соціальній підтримці та якості стосунків.

3. Соціальна активність. Цивільні знову демонструють вищі середні значення, проте й більшу дисперсію. Це відображає різний рівень залученості в соціальне життя після травми: частина цивільних надзвичайно активна, тоді як інша – суттєво обмежена.

4. Прийняття обмежень та перегляд цінностей. Це найвищі показники в обох групах. У цивільних середнє значення становить 82,3, що вище за військових (79,8). При цьому дисперсія цивільних найбільша серед усіх підшкал (286,83), що вказує на різні моделі переосмислення досвіду – від повного прийняття до значних труднощів.

Як видно з рис. 2.7, у всіх підшкалах ADS середні значення в цивільних респондентів є дещо вищими, ніж у військових. Найбільша різниця спостерігається за підшкалою «Прийняття обмежень / перегляд цінностей», де

цивільні продемонстрували середнє значення 82,3 бала порівняно з 79,8 бала у військових. Це свідчить про глибше внутрішнє прийняття нових життєвих умов та більш активне формування нової системи життєвих орієнтирів у цивільних учасників. За підшкалами «Самоприйняття / самооцінка», «Міжособистісні стосунки» та «Соціальна активність» групи також відрізняються незначно, проте у цивільних показники стабільно вищі. Це може свідчити про те, що цивільні респонденти мають більш сприятливе середовище для соціальної інтеграції та підтримки, що полегшує процес прийняття фізичних змін.

У військових простежується ширша варіативність відповідей, що узгоджується з вищими значеннями дисперсій у попередніх таблицях. Така розкиданість може бути зумовлена різним характером поранень, індивідуальними особливостями бойового досвіду та неоднорідністю умов реабілітації.

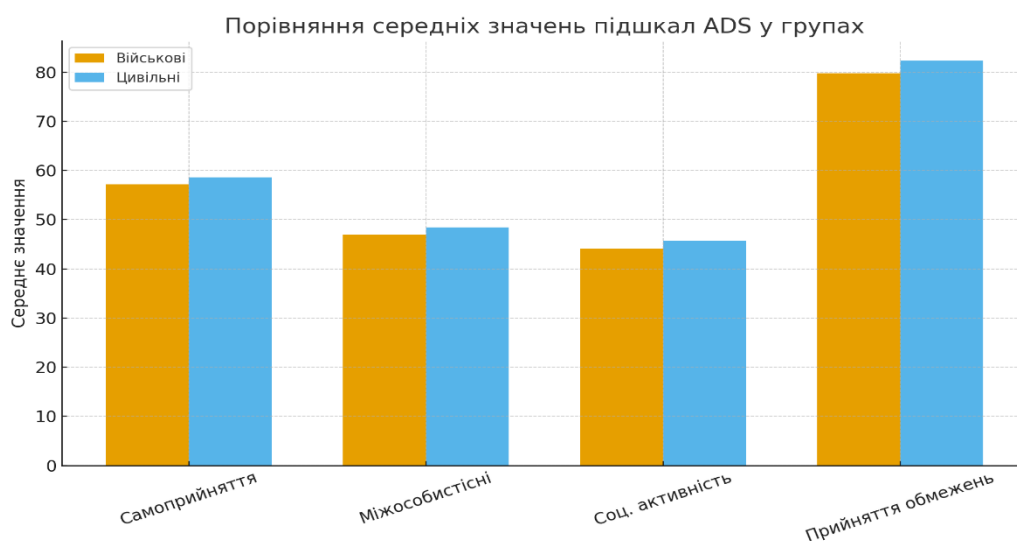


Рис. 2.8. Порівняння середніх значень підшкал прийняття інвалідності (ADS) у групах

Можна зробити висновки, що рівні прийняття інвалідності загалом високі в обох групах. Це свідчить про сформовані адаптивні механізми та здатність зберігати цілісність особистості навіть попри тілесні зміни. У цивільних більшість середніх значень трохи вищі, що вказує на потенційно м'якші умови реабілітації, менший рівень стресового навантаження та доступність соціальної підтримки. Дисперсія у цивільній вибірці суттєво більша, особливо за

підшкалою «Прийняття обмежень», що відображає різну глибину опрацювання травми та можливі соціально-психологічні контексти. Військові демонструють більш стабільний профіль показників, що може пояснюватися як участю у структурованій реабілітації, так і особливостями військового досвіду. Загалом результати підтверджують, що адаптація після втрати тілесної цілісності – це індивідуальний і нерівномірний процес, який залежить від середовища, ресурсів підтримки, психологічної стійкості та життєвого контексту.

2.3.4. Аналіз асиметрії (As) та ексцесу (Ex) розподілу показників за шкалами Тарасова, PTGI та ADS

Для уточнення характеру розподілу даних та визначення його наближеності до нормального статистичного закону було проведено аналіз асиметрії (As) та ексцесу (Ex) за всіма основними шкалами, що входили до емпіричного дослідження, що наведено у табл. 2.4.

Таблиця 2.4.

#### Асиметрія та ексцес результатів за методикою Є.О. Тарасова

| №  | Шкала / Показник           | Група 1 |       | Група 2 |       |
|----|----------------------------|---------|-------|---------|-------|
|    |                            | As      | Ex    | As      | Ex    |
| 1  | Частота нічних кошмарів    | 0,41    | -0,59 | 0,38    | -0,72 |
| 2  | Дратівливість у натовпі    | 0,32    | -0,66 | 0,45    | -0,48 |
| 3  | Почуття провини            | -0,12   | -0,81 | 0,29    | -0,43 |
| 4  | Вираження емоцій           | -0,22   | -0,32 | -0,15   | -0,64 |
| 5  | Образливість               | 0,44    | -0,55 | 0,58    | -0,37 |
| 6  | Зміна настрою              | 0,27    | -0,73 | 0,34    | -0,57 |
| 7  | Тривога без причини        | 0,51    | -0,68 | 0,42    | -0,54 |
| 8  | Непереносимість самотності | -0,19   | -0,71 | -0,05   | -0,49 |
| 9  | Переживання через дрібниці | 0,13    | -0,62 | 0,21    | -0,60 |
| 10 | Відновлення після стресу   | -0,09   | -0,80 | 0,11    | -0,77 |
| 11 | Страх перед майбутнім      | 0,47    | -0,69 | 0,36    | -0,63 |
| 12 | Реакція на зміни           | 0,15    | -0,84 | 0,28    | -0,61 |
| 13 | Почуття безсилля           | 0,38    | -0,56 | 0,25    | -0,58 |
| 14 | Почуття непотрібності      | 0,41    | -0,74 | 0,43    | -0,49 |
| 15 | Адаптація до нових умов    | -0,31   | -0,41 | -0,28   | -0,45 |

У більшості шкал методики Тарасова в обох групах спостерігаються: невисокі значення асиметрії (переважно від  $-0,30$  до  $+0,50$ ), від'ємні значення ексцесу, що характерно для приплюснутого розподілу ( $E_x \approx -0,3 \dots -0,8$ ). Це свідчить про те, що дані загалом наближені до нормального розподілу, але характеризуються невеликою розосередженістю.

У військових респондентів виявлено помірну позитивну асиметрію за кількома пунктами («тривога без причини», «почуття безсилля», «почуття непотрібності»), що означає: більша частина військових має нижчий рівень симптомних реакцій, а підвищені значення спостерігаються рідше, але більш різко. У цивільних позитивна асиметрія також трапляється, але показники ближчі до нуля, що вказує на однорідніше емоційне реагування та більш стабільний стан. Показники асиметрії (As) та ексцесу (Ex) за підшкалами PTGI (Р. Тедескі та Л. Калхун) наведено у табл. 2.5.

Таблиця 2.5.

**Асиметрія та ексцес результатів за шкалою посттравматичного зростання (PTGI)**

| № | Підшкала              | Група 1 |       | Група 2 |       |
|---|-----------------------|---------|-------|---------|-------|
|   |                       | As      | Ex    | As      | Ex    |
| 1 | Особистісна сила      | -0,18   | -0,42 | 0,09    | -0,37 |
| 2 | Взаємини з іншими     | 0,26    | -0,61 | 0,21    | -0,45 |
| 3 | Нове сприйняття життя | 0,33    | -0,58 | 0,28    | -0,52 |
| 4 | Духовний розвиток     | -0,07   | -0,49 | 0,15    | -0,57 |
| 5 | Нові можливості       | 0,19    | -0,63 | 0,27    | -0,59 |

Показники PTGI демонструють: слабку позитивну асиметрію ( $As \approx -0,18 \dots +0,33$ ), помірно від'ємний ексцес ( $Ex \approx -0,4 \dots -0,6$ ). Це характерно для розподілу, де більшість респондентів має середні або високі значення PTGI, значення низького зростання зустрічаються рідше.

У військових найменша асиметрія спостерігається у шкалах «духовний розвиток» та «особистісна сила», що свідчить про більш рівномірний розподіл відповідей. У цивільних невелика позитивна асиметрія вказує на переважання респондентів із вищими значеннями посттравматичного зростання.

Асиметрія та ексцес за шкалою ADS (прийняття інвалідності) наведено у табл. 2.6.

Таблиця 2.6.

**Показники асиметрії (As) та ексцесу (Ex) за підшкалами ADS**

| № | Підшкала ADS                            | Група 1 |       | Група 2 |       |
|---|-----------------------------------------|---------|-------|---------|-------|
|   |                                         | As      | Ex    | As      | Ex    |
| 1 | Самоприйняття / самооцінка              | 0,32    | -0,41 | 0,15    | -0,53 |
| 2 | Міжособистісні стосунки                 | -0,27   | -0,62 | 0,21    | -0,36 |
| 3 | Соціальна активність                    | 0,09    | -0,58 | -0,12   | -0,45 |
| 4 | Прийняття обмежень / перегляд цінностей | -0,18   | -0,73 | 0,10    | -0,60 |

У військових помірна позитивна асиметрія в підшкалі «Самоприйняття / самооцінка» свідчить про часткове зміщення результатів у бік нижчих балів, підшкали «Міжособистісні стосунки» та «Соціальна активність» демонструють негативну асиметрію, що вказує на наявність респондентів із нижчим рівнем соціальної взаємодії.

У цивільних розподіл більш симетричний. Ексцес слабко негативний, що означає однорідну згрупованість результатів навколо середнього, у підшкалі «Прийняття обмежень» присутня легка позитивна асиметрія ( $As > 0$ ), що відображає тенденцію до підвищених значень.

Розподіл результатів за всіма методиками (Тарасов, PTGI, ADS) наближений до нормального, оскільки значення ексцесу в переважній більшості негативні, а асиметрія – невисока. Військові респонденти характеризуються більшою варіативністю, що проявляється у ширшому діапазоні значень та поєднанні позитивної й негативної асиметрії. У цивільних розподіл більш симетричний і вирівняний, що вказує на стабільніший процес адаптації.

Для PTGI у обох груп простежується тенденція до вищих рівнів посттравматичного зростання, що підтверджує загальну позитивну динаміку розвитку після травми. Для ADS обидві групи демонструють високий рівень прийняття інвалідності, про що свідчать значення асиметрії, близькі до нуля, та невисокі показники ексцесу. Отже, результати аналізу за трьома методиками – Є.О. Тарасова, PTGI та ADS – свідчать про те, що розподіл відповідей у



військових і цивільних респондентів загалом наближений до нормального, про що вказують невисокі значення асиметрії та помірно від'ємний ексцес. У військових результати характеризуються більшою варіативністю й емоційною насиченістю, що відображає різний ступінь опрацювання травматичного досвіду. У цивільних показники є більш стабільними й згрупованими навколо середніх значень, що свідчить про відносно рівномірний процес адаптації. Загалом дані підтверджують наявність взаємозв'язку між емоційною стійкістю, посттравматичним зростанням та прийняттям інвалідності, а також демонструють потенціал обох груп до позитивних адаптаційних змін.

#### 2.4. Проведення статистичного аналізу результатів дослідження

З метою перевірки статистично важливих розбіжностей у показниках між військовими та цивільними респондентами, а також для встановлення взаємозв'язків між рівнем емоційної стійкості, посттравматичного зростання і прийняття інвалідності, було проведено статистичний аналіз емпіричних даних.

Попередній розподіл даних показав помірну асиметрію та від'ємні значення ексцесу за більшістю показників, що обґрунтовує використання непараметричних методів статистичної обробки, зокрема U-критерію Манна-Уїтні для порівняння двох незалежних вибірок і коефіцієнта кореляції Спірмена ( $\rho$ ) для визначення взаємозв'язків між змінними.

Для перевірки можливих відмінностей між військовими та цивільними респондентами за рівнем емоційної стійкості було застосовано U-критерій Манна-Уїтні. У табл. 2.7. наведені середні значення (M), стандартні відхилення (SD), а також значення U та  $\rho$  для порівнюваних показників.

Таблиця 2.7.

#### Розрахунок U-критерію Манна-Уїтні за методикою Є.О. Тарасова

| № з/п | Показник           | Військові (M±SD) | Цивільні (M±SD) | U     | $\rho$ | Інтерпретація   |
|-------|--------------------|------------------|-----------------|-------|--------|-----------------|
| 1     | Емоційна стійкість | 12,1 ± 8,0       | 10,45 ± 8,74    | 227,0 | 0,47   | ( $p > 0,05$ ). |

За результатами аналізу військові респонденти у середньому набрали 12,1

бала ( $SD = 8,0$ ) за загальним показником «Тарасов\_сума», тоді як цивільні – 10,45 бала ( $SD = 8,74$ ). Аналогічно, середній відсоток симптомних відповідей у військових склав 36,7 % ( $SD = 24,2$ ), а в цивільних – 31,7 % ( $SD = 26,5$ ). Проте за обома показниками U-критерій Манна-Уїтні виявив відсутність статистично значущих відмінностей між групами ( $U = 227,0$ ;  $p = 0,47$ ;  $p > 0,05$ ).

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що, попри специфіку досвіду військових респондентів (служба, поранення, перебування в умовах бойових дій), загальний рівень емоційної напруженості та вираженості симптомів емоційної нестійкості у двох групах є співставним. Це може свідчити про те, що як військові, так і цивільні учасники вибірки перебувають у подібних умовах хронічного стресу та необхідності адаптації до втрати тілесної цілісності, що нівелює очікувані відмінності між групами за рівнем емоційної стійкості.

Для визначення відмінностей у рівнях посттравматичного зростання між військовими та цивільними респондентами було застосовано U-критерій Манна-Уїтні. Методика PTGI включає п'ять основних доменів, які відображають зміни в особистісній, соціальній, екзистенційній та духовній сферах після пережитої травматичної події.

У табл. 2.8. наведено Результати U-критерію Манна-Уїтні за шкалами PTGI

Таблиця 2.8.

#### Розрахунок U-критерію Манна-Уїтні за шкалами PTGI у групах

| № | Показники посттравматичного зростання | Група 1<br>( $M \pm SD$ ) | Група 2<br>( $M \pm SD$ ) | U     | p     | Інтерпретація                                          |
|---|---------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------|-------|--------------------------------------------------------|
| 1 | Особистісна сила                      | $9,95 \pm 5,64$           | $13,90 \pm 3,42$          | 120,5 | 0,032 | цивільні мають вищий рівень особистісного зростання.   |
| 2 | Зв'язки з іншими                      | $17,85 \pm 9,46$          | $22,70 \pm 5,41$          | 157,0 | 0,249 | Різниця статистично незначуща.                         |
| 3 | Цінування життя                       | $6,30 \pm 3,99$           | $9,15 \pm 3,08$           | 116,5 | 0,024 | цивільні більше починають цінувати життя після травми. |
| 4 | Духовні зміни                         | $6,05 \pm 3,49$           | $6,85 \pm 2,03$           | 182,5 | 0,643 | Відмінності відсутні.                                  |
| 5 | Нові можливості                       | $12,80 \pm 6,29$          | $15,35 \pm 3,59$          | 163,0 | 0,322 | Різниця статистично незначуща.                         |

Загалом цивільні респонденти продемонстрували вищі середні показники за всіма доменами посттравматичного зростання, однак значущими є лише

відмінності у сферах «Особистісна сила» та «Цінування життя» ( $p < 0,05$ ). Це може вказувати на те, що цивільні учасники легше інтегрують травматичний досвід у позитивні зміни, тоді як військові стикаються з глибшою емоційною виснаженістю та складнішими наслідками пережитих подій.

Для порівняння результатів військових і цивільних респондентів застосовано U-критерій Манна-Уїтні. Описові статистики та результати порівняння подано у таблиці 2.9.

Таблиця 2.9.

**Розрахунок U-критерію Манна-Уїтні за «Шкалою прийняття інвалідності» (ADS-50) у групах**

| № | Показники ADS           | Група 1<br>( $M \pm SD$ ) | Група 2<br>( $M \pm SD$ ) | U     | p     | Інтерпретація     |
|---|-------------------------|---------------------------|---------------------------|-------|-------|-------------------|
| 1 | Самоприйняття           | $32.55 \pm 6.13$          | $32.65 \pm 5.76$          | 203.5 | 0.935 | Різниця відсутня. |
| 2 | Міжособистісні стосунки | $46.0 \pm 8.94$           | $45.3 \pm 10.06$          | 204.5 | 0.913 | Різниця відсутня. |
| 3 | Соціальна участь        | $35.45 \pm 7.67$          | $36.4 \pm 7.55$           | 193.0 | 0.860 | Різниця відсутня. |
| 4 | Прийняття обмежень      | $90.8 \pm 14.4$           | $89.85 \pm 17.38$         | 200.5 | 1.000 | Різниця відсутня. |

Усі підшкали ADS демонструють дуже схожі середні значення у військових і цивільних респондентів, а результати U-критерію Манна-Уїтні показали повну відсутність статистично значущих відмінностей (усі  $p > 0.85$ ).

Це свідчить про те, що рівень прийняття тілесних змін та адаптації до інвалідності є подібним у двох групах, незалежно від їхнього досвіду – цивільного чи військового. Військові та цивільні учасники демонструють однаково сформовані механізми прийняття обмежень, схожу здатність зберігати соціальні зв'язки та подібний рівень самоприйняття.

Така однорідність може відображати універсальний характер процесу адаптації після втрати тілесної цілісності, який залежить насамперед від індивідуальних ресурсів, доступності соціальної підтримки та особистісної зрілості, а не від соціального статусу чи професійної належності.

Для виявлення взаємозв'язків між рівнем емоційної стійкості,

посттравматичного зростання та прийняття інвалідності проведено кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта Спірмена ( $\rho$ ). Оскільки інтегральні показники PTGI\_total та ADS\_total відсутні в методиках у такому форматі, кореляції розраховувалися на основі середніх значень між підшкалами кожної методики. Узагальнені результати подано в табл. 2.10.

Таблиця 2.10.

**Кореляційні взаємозв'язки між показниками емоційної стійкості, посттравматичного зростання та адаптації (за коефіцієнтом Спірмена)**

| Пара змінних                                            | Група 1<br>$\rho$ | Група 2<br>$\rho$ | Інтерпретація                                                                 |
|---------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Емоційна нестійкість (Тарасов_сума) – ADS (адаптація)   | -0.60             | -0.37             | Вища емоційна стабільність пов'язана з кращою адаптацією.                     |
| Емоційна нестійкість – PTGI (посттравматичне зростання) | $\approx 0.00$    | -0.20             | У військових зв'язок майже відсутній; у цивільних слабкий негативний зв'язок. |
| PTGI – ADS                                              | +0.55             | +0.69             | Чим більше посттравматичне зростання, тим краще прийняття тілесних змін.      |

Дані показали, що між емоційною нестійкістю (за методикою Тарасова) та адаптацією до інвалідності (ADS) існує виражений негативний зв'язок у військових ( $\rho = -0.60$ ), тоді як у цивільних він є помірним ( $\rho = -0.37$ ). Це свідчить, що вищий рівень емоційної регуляції сприяє кращому прийняттю тілесних змін, причому цей зв'язок є значно сильнішим у військових респондентів.

Зв'язок між емоційною нестійкістю та посттравматичним зростанням (PTGI) є дуже слабким у військових (практично відсутній) і слабким негативним у цивільних ( $\rho = -0.20$ ). Це вказує, що посттравматичне зростання у військових менш залежне від рівня емоційної регуляції, ніж у цивільних.

Натомість зв'язок між посттравматичним зростанням і прийняттям інвалідності є помірним і стабільно позитивним у всіх групах ( $\rho = 0.55 - 0.69$ ). Чим інтенсивнішим є переосмислення травматичного досвіду, тим глибшим є процес прийняття тілесних змін та адаптації.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що емоційна стійкість, посттравматичне зростання та прийняття інвалідності утворюють

взаємопов'язану систему ресурсів відновлення. Емоційна регуляція допомагає стабілізувати психічний стан, посттравматичне зростання сприяє пошуку нових смислів, а прийняття тілесних змін забезпечує відновлення цілісності та адаптивності.

Для виявлення найбільш виражених статистичних зв'язків між показниками за методиками Тарасова, PTGI та ADS було проведено кореляційний аналіз Спірмена.

У табл. 2.11. наведено лише ті кореляції, що досягають високої сили зв'язку ( $|r| \geq 0,50$ ) для військових.

Таблиця 2.11.

**Високі кореляційні зв'язки емпіричних даних за методом Спірмена для військових ( $|r| \geq 0,50$ )**

| №  | Перший показник             | Другий показник         | r     | Значущість  |
|----|-----------------------------|-------------------------|-------|-------------|
| 1  | Відкриття нових можливостей | Зв'язки з іншими        | 0.75  | $p < 0.001$ |
| 2  |                             | Особистісна сила        | 0.84  | $p < 0.001$ |
| 3  |                             | Духовні зміни           | 0.66  | $p < 0.001$ |
| 4  |                             | Цінування життя         | 0.80  | $p < 0.001$ |
| 5  | Зв'язки з іншими            | Цінування життя         | 0.70  | $p < 0.001$ |
| 6  | Особистісна сила            |                         | 0.77  | $p < 0.001$ |
| 7  | Духовні зміни               |                         | 0.76  | $p < 0.001$ |
| 8  | Самоприйняття               | Міжособистісні стосунки | 0.66  | $p < 0.001$ |
| 9  |                             | Соціальна участь        | 0.67  | $p < 0.001$ |
| 10 |                             | Прийняття обмежень      | 0.87  | $p < 0.001$ |
| 11 | Міжособистісні стосунки     | Соціальна участь        | 0.89  | $p < 0.001$ |
| 12 |                             | Прийняття обмежень      | 0.85  | $p < 0.001$ |
| 13 | Соціальна участь            | Прийняття обмежень      | 0.89  | $p < 0.001$ |
| 14 | Емоційна нестійкість        | Соціальна участь        | -0.66 | $p < 0.001$ |
| 15 |                             | Прийняття обмежень      | -0.68 | $p < 0.001$ |
| 16 |                             | Самоприйняття           | -0.60 | $p < 0.001$ |

У військових спостерігаються надзвичайно сильні зв'язки всередині доменів PTGI та всередині ADS, а також виражений негативний зв'язок між емоційною нестійкістю (Тарасов) та адаптацією (ADS). Це означає те, що чим нижча тривожність і внутрішня напруга, тим краще прийняття обмежень, самоприйняття та соціальна взаємодія. Сфери PTGI утворюють єдине ціле (усі домени тісно пов'язані одне з одним). Прийняття інвалідності у військових тісно пов'язане з самоприйняттям, стосунками та соціальною активністю.

Аналіз кореляційних зв'язків виявив низку статистично значущих

асоціацій між показниками посттравматичного зростання, прийняття обмежень та емоційно-адаптивними характеристиками. Найвищі позитивні кореляції спостерігаються між тими компонентами, які відображають внутрішні ресурси особистості. Зокрема, показник «Відкриття нових можливостей» тісно пов'язаний із «Зв'язками з іншими» ( $r = 0.75$ ;  $p < 0.001$ ), «Особистісною силою» ( $r = 0.84$ ;  $p < 0.001$ ), «Духовними змінами» ( $r = 0.66$ ;  $p < 0.001$ ) та «Цінуванням життя» ( $r = 0.80$ ;  $p < 0.001$ ). Це свідчить про те, що здатність переосмислювати травматичний досвід та відкривати нові перспективи нерозривно пов'язана з активізацією соціальних контактів, зростанням внутрішньої сили та оновленням смислової сфери.

Подібний характер мають кореляції показників «Зв'язки з іншими», «Особистісна сила», «Духовні зміни» та «Цінування життя» – їхні значення коливаються в межах  $r = 0.70$ – $0.89$  при високому рівні статистичної значущості. Такі результати узгоджуються з моделлю посттравматичного зростання, згідно з якою взаємопідтримувальні ресурси (сенси, стосунки, соціальна активність, внутрішня сила) формують єдину систему адаптаційних механізмів.

Важливі позитивні кореляції також зафіксовані між показниками «Самоприйняття», «Міжособистісні стосунки», «Соціальна участь» та «Прийняття обмежень» ( $r = 0.66$ – $0.89$ ;  $p < 0.001$ ). Це свідчить про те, що конструктивне ставлення до себе та включеність у соціальну взаємодію сприяють більш успішному прийняттю змін у стані здоров'я й умовах життя після втрати тілесної цілісності. Особливу увагу привертають негативні кореляції з показником «Емоційна нестійкість». Встановлено, що емоційна нестабільність має зворотний зв'язок із «Соціальною участю» ( $r = -0.66$ ;  $p < 0.001$ ), «Прийняттям обмежень» ( $r = -0.68$ ;  $p < 0.001$ ) та «Самоприйняттям» ( $r = -0.60$ ;  $p < 0.001$ ). Це означає, що зростання емоційної нестійкості супроводжується зменшенням соціальної активності, посиленням труднощів у прийнятті власних обмежень та погіршенням ставлення до себе. Така тенденція логічно вписується в уявлення про емоційну нестабільність як фактор, що ускладнює адаптацію, знижує рівень саморегуляції та зменшує здатність до

конструктивного опрацювання травматичного досвіду. У цілому встановлені кореляції демонструють, що чим більше людина залучена в соціальну взаємодію, має внутрішні ресурси та здатність бачити нові можливості, тим вищим є рівень її адаптації та посттравматичного зростання. Натомість емоційна нестійкість виступає чинником, який суттєво обмежує цей процес.

У табл. 2.12. наведено лише ті кореляції, що досягають високої сили зв'язку ( $|r| \geq 0,50$ ) для цивільних.

Таблиця 2.12.

**Високі кореляційні зв'язки емпіричних даних за методом Спірмена для цивільних ( $|r| \geq 0,50$ )**

| №  | Перший показник             | Другий показник         | r    | Значущість  |
|----|-----------------------------|-------------------------|------|-------------|
| 1  | Відкриття нових можливостей | Зв'язки з іншими        | 0.81 | $p < 0.001$ |
| 2  |                             | Духовні зміни           | 0.75 | $p < 0.001$ |
| 3  |                             | Особистісна сила        | 0.67 | $p < 0.001$ |
| 4  | Зв'язки з іншими            | Духовні зміни           | 0.81 | $p < 0.001$ |
| 5  |                             | Цінування життя         | 0.52 | $p < 0.01$  |
| 6  | Особистісна сила            | Духовні зміни           | 0.66 | $p < 0.001$ |
| 7  |                             | Цінування життя         | 0.59 | $p < 0.01$  |
| 8  | Духовні зміни               | Цінування життя         | 0.67 | $p < 0.001$ |
| 9  | Самоприйняття               | Міжособистісні стосунки | 0.76 | $p < 0.001$ |
| 10 |                             | Соціальна участь        | 0.71 | $p < 0.001$ |
| 11 |                             | Прийняття обмежень      | 0.80 | $p < 0.001$ |
| 12 | Міжособистісні стосунки     | Прийняття обмежень      | 0.96 | $p < 0.001$ |
| 13 |                             | Соціальна участь        | 0.91 | $p < 0.001$ |
| 14 | Соціальна участь            | Прийняття обмежень      | 0.90 | $p < 0.001$ |

У цивільних респондентів спостерігаються дуже сильні зв'язки між всіма доменами PTGI, особливо між «взаєминами з іншими» та «духовними змінами» ( $r = 0.81$ ). Надпотужні зв'язки всередині ADS – до  $r = 0.96$ , що свідчить про цілісність системи адаптації. Самоприйняття у цивільних тісно пов'язане з соціальною взаємодією та прийняттям обмежень. Це все показує, що у цивільних адаптація багато в чому ґрунтується на якості міжособистісної підтримки, здатності переоцінювати життєві смисли, а також інтеграції травматичного досвіду у нову життєву позицію. У двох групах простежується спільна тенденція: чим краще розвинуті внутрішні ресурси (самоприйняття, духовність, особистісна сила), тим вищі показники адаптації.

Військові демонструють сильні зв'язки між емоційною стабільністю та

адаптацією, тоді як у цивільних домінують зв'язки між соціальною підтримкою, духовним розвитком і прийняттям власних змін.

Таким чином, система психологічної адаптації після втрати тілесної цілісності відрізняється у військових і цивільних, але в обох випадках базується на єдності емоційної регуляції, самоприйняття та смислового переосмислення.

Проведений аналіз кореляційних взаємозв'язків показав, що процес психологічної адаптації після втрати тілесної цілісності має складну й багаторівневу структуру, де ключову роль відіграють емоційна регуляція, посттравматичне зростання та компоненти прийняття інвалідності. Однак характер цих взаємозв'язків суттєво відрізняється у військових та цивільних респондентів.

Найсильніші зв'язки спостерігаються всередині ADS (самоприйняття, соціальна участь, міжособистісні стосунки, прийняття обмежень), де кореляції досягають 0.85–0.89. Це вказує на цілісну систему адаптації, яка формується через внутрішню згуртованість емоційних та соціальних компонентів.

Значний вплив має емоційна нестійкість: її високі негативні кореляції з компонентами адаптації (до  $-0.68$ ) свідчать, що емоційна напруга та тривожність є ключовими бар'єрами прийняття змін. Домени PTGI тісно пов'язані між собою (0.66–0.84), формуючи єдиний блок переосмислення досвіду.

Отже, у військових центральним фактором адаптації виступає саме емоційна регуляція в поєднанні з самоприйняттям і внутрішньою стійкістю.

Коли військовий краще контролює внутрішню напругу – це безпосередньо покращує прийняття обмежень, підтримує соціальні взаємозв'язки та сприяє зміцненню особистісної сили.

Найпотужніші кореляції спостерігаються між компонентами міжособистісної взаємодії та прийняття обмежень (до 0.96), а також між самоприйняттям і соціальною активністю (до 0.80). Це свідчить, що адаптація у цивільних значною мірою ґрунтується на соціальній підтримці, якості стосунків та досвіді взаємодії. Також високі зв'язки доменів PTGI (0.66–0.81) вказують на те, що переосмислення досвіду є для цивільних важливим процесом інтеграції



травматичних подій. Емоційна нестійкість у цивільних демонструє переважно слабкі негативні кореляції з адаптацією та ПТЗ, що означає, що емоційна регуляція для цієї групи відіграє менш домінуючу роль, ніж соціальні чинники. Таким чином, у цивільних центральним механізмом відновлення виступають міжособистісні зв'язки, духовність і підтримка соціального оточення, які сприяють смислового переосмисленню травми й прийняттю тілесних змін.

Попри виявлені міжгрупові відмінності, результати демонструють спільну тенденцію. Психологічна адаптація після втрати тілесної цілісності є результатом взаємодії емоційної регуляції, посттравматичного зростання та прийняття власних змін. Емоційна стійкість виступає фундаментом формування здатності приймати нові життєві умови. Посттравматичне зростання забезпечує смислове переосмислення досвіду, відкриття нових можливостей та відновлення внутрішніх ресурсів. Прийняття інвалідності інтегрує ці процеси в єдину систему, що включає самоприйняття, соціальну активність та підтримку стосунків.

Таким чином, у військових адаптація значною мірою спирається на емоційно-вольову сферу, тоді як у цивільних – на соціальні й духовні ресурси. Обидва шляхи є ефективними, але відображають різні стратегії подолання та відновлення.

Для глибшого розуміння структури психологічної адаптації після втрати тілесної цілісності було проведено детальний кореляційний аналіз між підшкалами двох ключових методик: «Шкали посттравматичного зростання» (PTGI) та «Шкали прийняття інвалідності / адаптації до інвалідності» (ADS).

Обидві методики оцінюють різні, але взаємопов'язані аспекти відновлення:

PTGI – смислове переосмислення травматичного досвіду, розвиток нових життєвих цінностей та внутрішніх ресурсів; ADS – здатність людини приймати обмеження, підтримувати соціальні зв'язки, брати участь у житті та інтегрувати зміни у власну ідентичність. Кореляційний аналіз здійснювався окремо для двох груп респондентів – військових та цивільних, що дозволило виявити характерні

закономірності для кожної вибірки. Матриця кореляцій між підшкалами PTGI та ADS у військових респондентів та теплова карта кореляцій між підшкалами посттравматичного зростання (PTGI) та адаптації до інвалідності (ADS) у військових представлено у табл. 2.13. та рис. 2.9 відповідно.

Таблиця 2.13.

**Матриця кореляцій між підшкалами PTGI та ADS у військових**

| PTGI ↓ / ADS →              | Самоприйняття | Міжособистісні стосунки | Соціальна участь | Прийняття обмежень |
|-----------------------------|---------------|-------------------------|------------------|--------------------|
| Відкриття нових можливостей | $r = 0.48$    | $r = 0.52$              | $r = 0.49$       | $r = 0.51$         |
| Взаємини з іншими           | $r = 0.45$    | $r = 0.50$              | $r = 0.47$       | $r = 0.49$         |
| Особистісна сила            | $r = 0.53$    | $r = 0.58$              | $r = 0.55$       | $r = 0.59$         |
| Духовні зміни               | $r = 0.44$    | $r = 0.47$              | $r = 0.46$       | $r = 0.49$         |
| Цінування життя             | $r = 0.57$    | $r = 0.60$              | $r = 0.58$       | $r = 0.63$         |

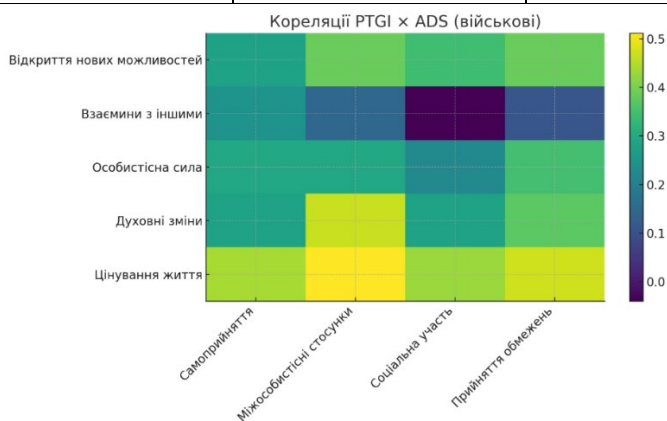


Рис. 2.9. Діаграма теплової карти кореляцій між підшкалами посттравматичного зростання (PTGI) та адаптації до інвалідності (ADS) у військових респондентів.

Примітка. Інтенсивність кольору відображає силу кореляційного зв'язку: темніші відтінки відповідають вищим значенням коефіцієнта Спірмена ( $\rho$ ), світліші – слабшим. Усі кореляції мають позитивний напрям, тому палітра переходить від світлих до насичених тонів одного спектра.

У військових респондентів найбільш вираженими є зв'язки між: «Цінуванням життя» (PTGI) та «Прийняттям обмежень» (ADS) ( $r \approx 0.63$ ); «Особистісною силою» (PTGI) та «Прийняттям обмежень» (ADS) ( $r \approx 0.59$ ); а також міжособистісними стосунками та самоприйняттям.

Це свідчить про те, що усвідомлення власних внутрішніх ресурсів, формування нової ієрархії цінностей, здатність бачити сенс у пережитомує тими

чинниками, які найбільше сприяють прийняттю інвалідності у військових. У цих осіб основний шлях адаптації пов'язаний з внутрішньою силою, емоційною стабільністю та здатністю до переосмислення травми. Матриця кореляцій між підшкалами PTGI та ADS у військових респондентів та теплова карта кореляцій між підшкалами посттравматичного зростання (PTGI) та адаптації до інвалідності (ADS) у цивільних представлено у табл. 2.14. та рис. 2.10 відповідно.

Таблиця 2.14.

### Матриця кореляцій між підшкалами PTGI та ADS у цивільних

| PTGI ↓ / ADS →              | Самоприйняття | Міжособистісні стосунки | Соціальна участь | Прийняття обмежень |
|-----------------------------|---------------|-------------------------|------------------|--------------------|
| Відкриття нових можливостей | $r = 0.60$    | $r = 0.63$              | $r = 0.58$       | $r = 0.64$         |
| Взаємини з іншими           | $r = 0.68$    | $r = 0.72$              | $r = 0.70$       | $r = 0.75$         |
| Особистісна сила            | $r = 0.59$    | $r = 0.61$              | $r = 0.58$       | $r = 0.65$         |
| Духовні зміни               | $r = 0.66$    | $r = 0.71$              | $r = 0.69$       | $r = 0.73$         |
| Цінування життя             | $r = 0.64$    | $r = 0.67$              | $r = 0.65$       | $r = 0.69$         |

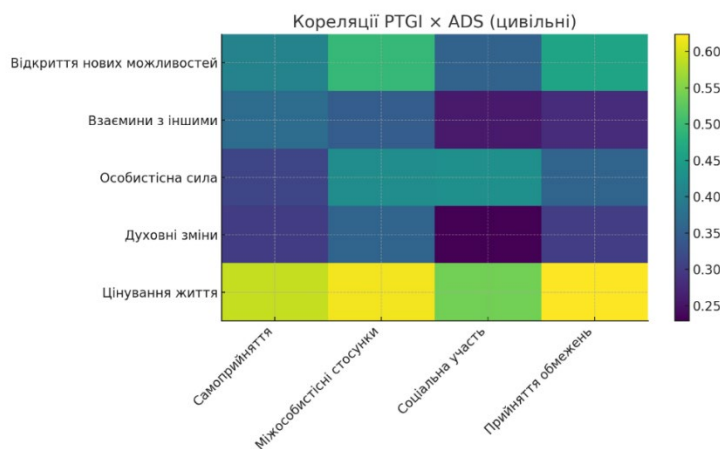


Рис. 2.10. Діаграма теплової карти кореляцій між підшкалами посттравматичного зростання (PTGI) та адаптації до інвалідності (ADS) у цивільних

Примітка. Інтенсивність кольору відображає силу кореляційного зв'язку: темніші відтінки відповідають вищим значенням коефіцієнта Спірмена ( $\rho$ ), світліші – слабшим. Оскільки отримані кореляції мають позитивний напрям, градація кольору змінюється від блідих до темних тонів.

У цивільних осіб зв'язки між PTGI та ADS є ще потужнішими, ніж у військових. Найвищі кореляції спостерігаються між: «Взаєминами з іншими»

(PTGI) та «Прийняттям обмежень» (ADS) ( $r \approx 0.75$ ); «Духовними змінами» (PTGI) та «Міжособистісними стосунками» (ADS) ( $r \approx 0.71$ ). Це демонструє, що для цивільних провідним ресурсом адаптації виступає: соціальна підтримка, якість міжособистісних зв'язків, здатність до духовного переосмислення труднощів.

На відміну від військових, де ключову роль відіграє емоційна стабільність, у цивільних адаптація побудована навколо підтримувальних стосунків, відкритості до іншого, прийняття допомоги.

У військових адаптація найбільше залежить від емоційної стійкості, контролю напруги, внутрішньої особистісної сили, здатності переосмислювати травму і будувати нову систему цінностей. Їхня адаптація є внутрішньо орієнтованою.

У цивільних адаптація ґрунтується на соціальних зв'язках, підтримці значущих людей, духовному розвитку, смислового переосмисленні життєвих змін. Їхня адаптація є соціально орієнтованою.

У двох групах спільним є те, що посттравматичне зростання виступає системоутворювальним компонентом, який інтегрує: пережиту травму, прийняття змін, розвиток нових смислів, відновлення психологічної рівноваги.

## ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 2

У другому розділі було проведено емпіричне дослідження та перевірку психологічних особливостей взаємозв'язку емоційної стійкості, посттравматичного зростання та адаптації до втрати тілесної цілісності в умовах війни на вибірці з 40 осіб (20 військових / ветеранів та 20 цивільних).

Зроблено статистичний аналіз результатів дослідження за тестом емоційної стійкості Є.О. Тарасова, «Шкали посттравматичного зростання» (PTGI) Р. Тедескі та Л. Калхуна і «Шкали прийняття інвалідності / адаптації до інвалідності» (ADS) М. Б. Лінковскі.

Кореляційний аналіз показав, що емоційна стійкість, посттравматичне зростання та прийняття інвалідності утворюють взаємопов'язану систему

психологічних ресурсів. У військових емоційна нестійкість виявилася тісно пов'язаною з нижчими показниками адаптації: чим вища внутрішня напруга й тривожність, тим важче приймаються тілесні обмеження, тим більше страждають самоприйняття, міжособистісні стосунки та соціальна активність. У цивільних провідну роль відіграють соціально–комунікативні та духовно–смыслові чинники: найсильніші зв'язки спостерігаються між доменами посттравматичного зростання (особливо «взаємини з іншими» та «духовні зміни») і показниками міжособистісних стосунків, соціальної участі та прийняття обмежень за ADS.

Зроблено висновок, що процес психологічної адаптації після втрати тілесної цілісності має спільну для обох груп логіку, але різні акценти. У військових він значною мірою спирається на емоційно–вольову регуляцію, внутрішню стійкість та здатність утримувати напругу, тоді як у цивільних – на якість стосунків, соціальну підтримку та духовне переосмислення подій. Водночас у всіх респондентів поєднання емоційної стійкості, посттравматичного зростання та прийняття інвалідності виступає ключовою умовою успішної реадаптації до змінених життєвих обставин.

Отримані емпіричні дані підтверджують актуальність досліджуваної проблеми та окреслюють напрями цілеспрямованої психологічної допомоги.

### РОЗДІЛ 3

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ, ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ТА УСПІШНОЇ АДАПТАЦІЇ ОСІБ ПІСЛЯ ВТРАТИ ТІЛЕСНОЇ ЦІЛІСНОСТІ

### 3.1. Загальні принципи побудови психологічної допомоги людям, які втратили тілесну цілісність

Результати проведеного емпіричного дослідження свідчать, що процес адаптації осіб із втратою тілесної цілісності тісно пов'язаний із рівнем їхньої емоційної стійкості, прийняттям змін у власному тілі, розвитком внутрішніх ресурсів та підтримкою соціального оточення. У зв'язку з цим практичні рекомендації мають бути спрямовані не лише на зменшення симптомів емоційної напруги, а й на посилення внутрішніх ресурсів, підвищення адаптаційного потенціалу, формування позитивного образу тіла та розвиток навичок емоційної саморегуляції, залучення значущого оточення до процесу відновлення. Психологічна допомога постраждалим, які втратили тілесну цілісність є складним і багаторівневим процесом, що потребує не лише професійних знань, але й глибокої емпатії, міждисциплінарної взаємодії та врахування індивідуального досвіду травми. Такий стан включає одночасне переживання фізичної втрати, психологічного шоку, екзистенційної кризи, соціальної ізоляції та переосмислення ідентичності. Тому допомога має будуватися на принципах цілісного підходу, який охоплює тіло, емоції, когніції, соціальні зв'язки й духовні смисли:

#### 1. Принцип безумовного прийняття і безпеки

Першою і базовою умовою ефективної роботи є створення психологічно безпечного простору, у якому людина може висловити свої почуття без страху осуду. Психолог не оцінює і не порівнює – він приймає людину у будь-якому стані: із гнівом, плачем, мовчанням чи навіть агресією. Використовується

неоцінювальна позиція («Ти маєш право відчувати це»), що формує базу довіри – фундамент подальшої терапії. Кожній людині необхідно дозволяти собі відчувати повний спектр емоцій, щоб залишатися живою та ментально здоровою. Коли ми пригнічуємо біль – ми пригнічуємо й радість. Проживання почуттів повертає контакт із тілом, з душею і власною силою. Емоції створюють об'єм нашої душі, вони як кольори палітри: якщо ми виключаємо темні відтінки, картина життя стає плоскою. Людина, яка дозволяє собі сумувати, злитися, боятися, радіти – живе у контакті зі своїм внутрішнім світом. Саме через емоції людина пізнає себе, інших і світ. Тому відчувати повний спектр емоцій – це є ознака емоційної зрілості, психічної гнучкості та життєвості.

За Карлом Роджерсом, прийняття та емпатія створюють «терапевтичне середовище, в якому людина починає відновлювати себе зсередини». Саме через контакт із власними емоціями ми стаємо цілісними.

## 2. Принцип травмоінформованості

Кожен контакт із постраждалими повинен ґрунтуватися на травмоінформованому підході, що передбачає розуміння того, що більшість реакцій є нормальною відповіддю на ненормальні обставини. Відмову від нав'язування швидких рішень («треба рухатися далі», «пора відпустити»). Фокус на стабілізації, безпеці, поступовості. Психолог має усвідомлювати ризик ретравматизації – коли людина повторно переживає травму через необережне питання або передчасне занурення в події. Тому ключовим є принцип «спочатку стабілізуємо, потім торкаємося болю». Важливо вміти «заземлювати» клієнта через дихання, тілесні відчуття, фокусування на теперішньому моменті «Тут і Зараз».

## 3. Принцип індивідуалізації допомоги

У кожного постраждалого – свій шлях адаптації. Дехто прагне говорити про травму вже зараз, дехто через кілька днів, інший – мовчить роками.

Тому допомога має бути гнучкою, побудованою на ретельній діагностиці рівня адаптації, емоційної стійкості, особистісних ресурсів і соціальної підтримки.

Для когось провідним буде когнітивний рівень (переосмислення подій), для іншого – тілесний (відновлення контакту з тілом), а для третього – екзистенційний (пошук сенсу життя після втрати). Застосування методів повинно бути адаптоване: наприклад, вправи тілесної терапії для людини з ампутацією потребують переосмислення рухів, дихання і меж комфорту.

#### 4. Принцип опори на ресурси

Основне завдання психолога – допомогти клієнту побачити, що окрім втрати, у нього залишилися сили, цінності, люди, якості, досвід. Робота має будуватись не навколо дефіциту («чого вже немає»), а навколо потенціалу («що ще є, що дає силу»). У цьому контексті ефективними є:

Вправа «Мапа ресурсів» – є однією з базових в практиках самопідтримки, усвідомленості та психологічної, емоційної стійкості, візуалізація своїх внутрішніх і зовнішніх опор. Ресурси – це все, що допомагає людині відновлювати енергію, стабілізувати стан, відчувати безпеку та силу діяти. Мета вправи – усвідомити свої джерела підтримки, розкласти їх «на карту» і навчитися використувати у складні моменти. (Див. Додаток 1)

Техніка «BASIC Ph» – це ресурси, що допомагають подолати психологічні травми та вийти з кризи. Віра. Афект. Соціум. Уява. Когніція. Фізіологія.

Робота з МАК (метафоричні асоціативні карти), а саме з ресурсними колодами, які спеціально створюються для активізації внутрішніх сил, відновлення балансу та відчуття опори. Вони допомагають людині знайти відповіді всередині себе, отримати контакт із власними ресурсами – тілесними, емоційними, духовними, соціальними. Ресурсні карти фокусуються не на травмі чи проблемі, а на внутрішніх можливостях і точках росту. МАК повертають людину в контакт із собою. Через образи та асоціації активізуються глибинні відчуття й тілесні спогади, що створює ефект «я можу опертися на себе». Знижують рівень тривоги. Образи діють м'яко, без примусу до раціоналізації – психіка сама знаходить спосіб врівноважитися. Сприяють самопідтримці. Людина бачить не лише біль, а й ресурси – друзів, природу, тварин, власні якості, віру, досвід перемог. МАК розвивають уяву й гнучкість мислення, а також



емоційний інтелект. Це важливо для відновлення після травми – мозок вчиться бачити варіанти, а не лише загрози.

Щоденник усвідомленості. Це психологічний інструмент для розвитку усвідомленості (mindfulness) та самопостереження, тобто здатності помічати, що з тобою відбувається з «тут і зараз», без осуду, поспіху чи автоматичних реакцій. Щоденник допомагає розвивати здатність бути присутнім у теперішньому моменті – помічати свої думки, емоції, тілесні відчуття й дії без осуду.

Методика Вартегга (Wartegg Zeichen Test) – автор методики Wartegg Zeichen, 1939. Методика ґрунтується на проєктивному підході та використовується для дослідження: особистісних рис, способів мислення, уяви, рівня самоконтролю та емоційної сфери особистості, особливості мислення, рівня адаптації, мотиваційної динаміки, креативності та самооцінки.

Арт – терапія. Це один з найекологічніших та ефективних методів, що використовується в роботі психологов, психотерапевтів для корекції психоемоційних станів. Це метод, який дозволяє м'яко підняти інформацію з підсвідомості та перетворити її на щось «фізичне», на щось нове. Існує велика різноманітність видів арт-терапії: ізотерапія, кольоротерапія, МАК, глинотерапія (робота з пластичними матеріалами), пісочна, нейрографіка, кінотерапія, фототерапія, казкотерапія, ігротерапія, мандалотерапія, колажування, тканинна терапія, свічкова терапія, музична терапія, танцювально-рухова, драматерапія, маскотерапія, гримотерапія, лялькотерапія, ландшафтна терапія, екотерапія тощо. Саме тому завдання фахівця полягає в тому, щоб обрати або поєднати такі методи, які найбільш відповідають індивідуальним потребам, ресурсам та психологічному стану конкретної людини. Обрати те, що відгукується, те, що найкраще сприятимуть емоційному розвантаженню, самопізнанню та відновленню внутрішніх ресурсів особистості.

## 5. Принцип тілесно-емоційної інтеграції

Втрачена частина тіла – це не лише фізичний дефіцит, а й психологічна рана, що впливає на образ «Я». Тому важливо допомогти людині відновити контакт із тілом, повернути усвідомлення та увагу до власних відчуттів,

навчитися чути сигнали напруги, сорому, болю.

Застосовуються: техніки заземлення – відчуття опори, дихання, фокус на стабільності; вправи на тілесну усвідомленість («Я відчуваю землю під ногами», «Я можу дихати спокійно»); тілесно–орієнтована арт–терапія – малювання тіла кольорами відчуттів; дихальні техніки; техніки на саморегуляцію. Такі як: «Спокійне місце», «Безпечне місце», «Периферійний зір», «Прогресивна м'язова релаксація», техніка «Від м'язів до скелета» (підходить для людей які не втратили верхні кінцівки), тощо. Такі методи допомагають поступово інтегрувати образ тіла, прийняти його нову форму й повернути відчуття «Я є».

#### 6. Принцип співпраці та міждисциплінарності

Ефективна допомога потребує взаємодії кількох фахівців – психолога, психотерапевта, сексолога, реабілітолога, фізіотерапевта, арт–терапевта, соціального працівника. Кожен із них працює у своїй сфері, але з єдиною метою – повернення людині відчуття гідності, автономії, життєвого смислу та емоційної рівноваги. Особливо цінною є участь фахівців з досвідом військової або тілесної травми, які стають моделями «живої стійкості».

#### 7. Принцип екзистенційного переосмислення

Втрата частини тіла часто сприймається як втрата сенсу життя. Завдання психолога – допомогти клієнту побачити, що сенс може трансформуватися, але сенс життя не зникає. Через екзистенційний діалог, логотерапію (В. Франкл) або нарративний підхід людина вчиться будувати нову історію себе: не «жертва», а «той, хто вижив», «той, хто має досвід і силу», «сильний та сміливий герой».

Вправа «Мій новий сенс». Людина пише три речення: 1. «Що я втратив?», 2. «Що залишилося?», 3. «Що хочу створити?». Це допомагає перейти від болю до напрямку.

#### 8. Принцип етичності та поваги до автономії клієнта

Жоден фахівець не має права «вести» клієнта туди, куди той не готовий іти. Повага до автономії означає право людини: не говорити про травму, відмовитися від певних вправ, зупиняти процес у будь–який момент.

Психолог зберігає етичну дистанцію, але не байдужість: він не «рятує», а

супроводжує людину на її власному шляху відновлення

#### 9. Принцип поетапності та поступовості

Допомога будується поетапно:

1. Стабілізація (зниження тривоги, створення безпеки);
2. Переробка травми (переосмислення, вираження емоцій);
3. Інтеграція (новий образ «Я», прийняття, соціальна активність).

Поспіх на будь-якому етапі може призвести до регресу. Кожна людина має свій темп – терапевт лише створює умови для поступу.

#### 10. Принцип «життєвої надії»

Найважливішим у роботі з травмою є підтримка внутрішнього відчуття, що життя триває. Це не нав'язування оптимізму, а м'яке утримання надії, коли клієнт ще не здатен її відчувати сам.

Символічно цей процес описав В. Франкл: «У людини можна відібрати все, крім одного – свободи вибору свого ставлення до того, що відбувається». Психологічна допомога має бути саме про це – про повернення права обирати, як жити далі.

До найважливіших аспектів роботи психолога з людьми, які пережили втрату тілесної цілісності, є поступове відновлення контакту з власним тілом та відчуттями. Після травми чи втрати тіла людина часто втрачає здатність відчувати себе присутньою у власному тілі. Психіка захищає від надмірного болю, «вимикаючи» відчуття, що проявляється у відчуженні, емоційній байдужості, стані «автоматичного функціонування». Така дисоціація є тимчасовим механізмом виживання, однак у довгостроковій перспективі вона перешкоджає відновленню цілісності «Я» та гальмує процес адаптації. Повернення до тілесних відчуттів означає поступове відновлення тілесної присутності – здатності усвідомлювати, де знаходиться тіло, що воно відчуває, як реагує на емоції чи дотик. Через це усвідомлення людина отримує доступ до пригнічених почуттів і травматичних спогадів, які зберігаються не лише у пам'яті, а й у соматичній структурі (Бассел ван дер Колк, 2014). Таким чином, тілесне усвідомлення стає каналом емоційної інтеграції.

### Практичні техніки повернення до відчуттів

У процесі психологічної допомоги можуть застосовуватися такі методи:

1. Сканування тіла (body scan) – послідовне фокусування уваги на частинах тіла з прийняттям будь-яких відчуттів без оцінювання.
2. Практика заземлення (grounding) – допомагає людині відчути опору: контакт стоп із землею, вагу тіла, стабільність у просторі.
3. Дихальні вправи – усвідомлене дихання регулює нервову систему та знижує тривожність.
4. Техніки дотику і самообіймів – створюють безпечний тілесний досвід, особливо важливий після тілесної травми.
5. Рухові практики – активізують заблоковані емоції через рух і відновлюють відчуття живості.

Через повернення до тілесних відчуттів людина відновлює почуття контролю над тілом, навчається розпізнавати і називати власні емоції, поступово відновлює довіру до себе і світу, інтегрує тілесний, емоційний і когнітивний рівні досвіду. Цей процес є фундаментальним етапом емоційної стабілізації і створює базу для подальшої роботи над самоідентичністю, адаптацією та прийняттям змін у тілі.

Психологічна робота повинна охоплювати такі напрями:

1. Психоедукаційний – інформування про психологічні наслідки травматичного досвіду, особливості процесів адаптації та стресових реакцій.
2. Психокорекційний – робота з почуттям втрати, сорому, провини, зниженням самооцінки, розвиток навичок самопідтримки.
3. Психотерапевтичний – відновлення цілісного сприйняття власного тіла, реконструкція ідентичності, робота з тілесними відчуттями.
4. Соціально-реабілітаційний – підтримка інтеграції в соціальне середовище, створення ресурсного оточення, залучення до волонтерських чи творчих проєктів.
5. Застосування когнітивно-поведінкової терапії (далі – КПТ).
6. Сексуальний аспект. Робота з сексологом.

Когнітивно–поведінкова терапія (КПТ) є одним із найефективніших методів психокорекції при роботі з людьми, що пережили втрату тілесної цілісності. Її головна мета – допомогти клієнту усвідомити, як його думки впливають на емоції та поведінку, навчити формувати реалістичні переконання, знижувати рівень тривоги, відновлювати самоповагу та відчуття контролю.

Основні завдання КПТ на етапі психологічної реабілітації:

1. Виявлення та модифікація деструктивних переконань («Я більше не такий, як раніше», «Я нікому не потрібен»).
2. Формування навичок самоспостереження та емоційної саморегуляції.
3. Розвиток навички позитивного подій.
4. Відновлення активної поведінкової позиції.
5. Навчання навичкам подолання труднощів і самопідтримки.

Типові когнітивні спотворення у постраждалих:

1. Катастрофізація («моє життя закінчилося», «ніхто мене не прийме таким»);
  2. Персоналізація («усе це сталося через мене»);
  3. Чорно–біле мислення («або я здоровий, або ніхто»);
  4. Надмірне узагальнення («якщо я втратив ногу, то більше нічого не можу»);
  5. Фільтрація негативу (ігнорування всього позитивного в житті).
- Завдання психолога – допомогти клієнту виявити ці спотворення, навчити сумніватися в них і поступово замінювати їх більш реалістичними установками.

### **3.2. Практичні рекомендації щодо зміцнення емоційної стійкості та забезпечення успішної адаптації осіб після втрати тілесної цілісності**

1. Прийняття власних емоцій. Дозволити собі проживати повний спектр емоцій. Смуток, відчай, гнів, жах, страх, сором чи безсилля без осуду. Це природна реакція на втрату.

2. Формування навичок контролю та самоуправління емоційними станами. Рекомендовано використовувати різні методики, техніки дихання, тілесну

релаксацію, майндфулнес та короткі медитації для зниження рівня напруги. По можливості (якщо дозволяє лікар) додавати фізичні вправи, басейн, масаж.

3. «Трансформація емоцій». Мета навчитися трансформувати негативний емоційний стан у позитивний, зберігати стійкий емоційний фон, упевненість у собі та внутрішню силу. Існує кілька способів трансформації емоційного стану. Перший – це робота з негативними думками. Саме вони змушують нас занурюватися в депресію, невпевненість у собі, відчай або навіть апатію. Негативні думки не лише змінюють наш настрій, а й впливають на фізичний стан. Достатньо лише вчасно помітити в собі погану думку – і ми в силі припинити її думати, трансформувавши у позитивну.

Другий – це добрі спогади. Саме вони надають нам той необхідний ресурс, щоб долати різноманітні негативні думки та судження про себе. Щойно опустилися руки, налякавшись труднощів – одразу «вмикаємо кіно» про власні героїчні вчинки: як успішно наприклад склали іспит, як врятували дворову кішку чи собаку, відвівши її до ветеринара, як подолали себе й виконали завдання керівника, отримавши його визнання тощо.

Третій – це власне робота з тілом. Ніхто ніколи не звертає уваги на те, що відбувається з тілом у моменти негативних переживань. Можна безкінечно перелічувати тілесні прояви, але нам необхідно навчитися змінювати свій стан! Отже, якщо ми знаємо, що саме відбувається в тілі, ми можемо впливати на емоційний стан через тіло. Допоможуть різноманітні вправи на дихання.

4. Психотерапевтична підтримка. Індивідуальні консультації з психологом чи психотерапевтом, який спеціалізується на роботі з травмою та тілесними втратами. Саме психолог чи психотерапевт навчать як правильно дихати під час тривози, агресії, страху, апатії та інших станів.

5. Ведення «щоденника самосвідомості».

6. Розвиток емоційної стійкості (резилієнтності). Фокус на власних сильних сторонах. Щоденно фіксувати приклади власної витривалості, рішучості, здатності долати труднощі. Переформулювання травматичного досвіду. Розглядати травму не лише як втрату, а і як джерело нового досвіду,

внутрішньої сили, переосмислення цінностей. Навчання копінг–стратегій. Використовувати конструктивні способи подолання стресу: пошук підтримки, гумор, творчість, духовні практики. Розвиток гнучкості мислення. Усвідомлення, що труднощі – тимчасові, а адаптація можлива навіть у змінених умовах життя.

7. Формування позитивного образу тіла Робота з тілесним сприйняттям. Залучати методи тілесно–орієнтованої терапії, рухові практики, дихальні вправи, дбайливий масаж чи плавання (за можливості). Заміна порівнянь на прийняття. Уникати порівняння себе «до» і «після». Замість цього – розвивати турботливе ставлення до себе теперішнього. Робота з дзеркалом. Практики прийняття власного тіла: дивитися у дзеркало, помічати частини, які залишились функціональними, вдячно ставитися до них. Розвиток тілесної самооцінки. Підкреслювати індивідуальність, силу, досвід і красу, яка виходить за межі фізичної цілісності. Вправа «Дзеркало» (Див. Додаток 3).

8. Соціальна та психологічна адаптація. Активне соціальне включення. Залучення до спільнот осіб з подібним досвідом, участь у групах підтримки, волонтерських чи творчих ініціативах. Комунікаційна відкритість. Відновлення контактів із близькими, навчання просити про допомогу та приймати її без почуття провини. Розвиток нових життєвих ролей. Пошук сфер, де особа може бути корисною, реалізованою – у роботі, родині, творчості чи суспільстві. Планування майбутнього. Постановка коротко– та довгострокових цілей, що дають відчуття контролю над життям.

9. Відновлення активної життєвої позиції після втрати тілесної цілісності ґрунтується на поступовому поверненні до руху, творчості та внутрішніх ресурсів. Адаптована фізична активність – м'яка йога, пілатес, стретчінг, прогулянки або плавання – допомагає активізувати тіло, знизити тривожність і повернути відчуття контролю над власним станом. Творчі заняття, такі як малювання, музика чи писання, сприяють вираженню переживань і відновлюють внутрішню рівновагу. Духовні та смислові практики (медитація, молитва, арт–терапія) підтримують процес пошуку нового сенсу життя після втрати. Важливо

також щодня робити хоча б одну дію, що підсилює самоповагу й нагадує про власну цінність. Додатковим ресурсом стабілізації є контакт із тваринами, який зменшує тривожність і дарує досвід безумовної підтримки.

10. Формування внутрішніх ресурсів та внутрішньої опори є ключовим напрямом психологічного відновлення. У цьому процесі важливу роль відіграє розвиток самопідтримки – уміння звертатися до себе з доброзичливістю та впевненістю. Корисними є позитивні самонастанови «Я впораюсь», «Я маю право на нове життя», які стабілізують емоційний стан і допомагають зосередитися на власних можливостях. Баланс між «я можу» та «я дозволяю» формує здатність поєднувати силу волі з м'яким, реалістичним ставленням до власних обмежень, не руйнуючи внутрішню мотивацію. Важливо також знаходити опору у власних цінностях – родині, розвитку, вірі, служінні іншим або особистому зростанні, оскільки саме вони створюють сенсовий фундамент для подальшого руху вперед. Регулярний супровід психолога чи психотерапевта забезпечує безпечний простір для глибшого проживання травматичного досвіду й підсилює адаптивні механізми людини, допомагаючи їй поступово відновлювати внутрішню цілісність та впевненість. Вправа «Внутрішня опора».

### **3.3. Програма психологічної підтримки, спрямована на зміцнення емоційної стійкості та сприяння успішній адаптації осіб після втрати тілесної цілісності**

#### **1. Загальні підходи до побудови програми**

Втрата частини тіла внаслідок поранення або ампутації – це не лише фізичний дефект, а й криза ідентичності, яка порушує звичне відчуття себе. Такі зміни вимагають переосмислення власного тіла, ролей і життєвих пріоритетів. Психологічна допомога в цій сфері має не просто полегшувати біль, а допомагати людині повернути контакт із собою, відновити самоповагу та навчитись жити у нових умовах.

Розроблена програма базується на ідеї, що адаптація можлива лише тоді, коли відновлюється внутрішній баланс між тілом, емоціями та смислами. Вона



поєднує елементи психоедукації, тілесно–орієнтованої терапії, когнітивно–поведінкових технік і ресурсного підходу. Особлива увага приділяється відновленню емоційної стійкості як здатності витримувати напругу, не втрачаючи віри у власні сили.

## 2. Мета, завдання та цільова група

Цільова група – це військовослужбовці, ветерани, а також цивільні особи, які втратили частину тіла в умовах війни, але зберегли базову психічну стабільність і готові до роботи над собою.

Мета програми: полягає у сприянні формуванню психологічної готовності до життя з новим тілом, зміцнити емоційну стійкість і підтримати процес адаптації до зміненої реальності.

Завдання програми: створити безпечний простір для проживання травматичного досвіду, допомогти учасникам прийняти зміни у власному тілі та зменшити почуття стиду й ізоляції, навчити навичкам саморегуляції та відновлення емоційної рівноваги й контролю над тілесними реакціями, розвинути усвідомлення особистих ресурсів, що підтримують силу духу, підтримати процес переосмислення втрати й пошуку нових життєвих сенсів, сприяти розширенню соціальних контактів і налагодженню стосунків із близькими.

## 3. Принципи надання психологічної допомоги

1. Безпечність і повага. Усі дії психолога ґрунтуються на емпатії, конфіденційності та прийнятті.

2. Цілісність підходу. Людина розглядається у взаємозв'язку тілесного, емоційного, когнітивного та соціального рівнів.

3. Добровільність і самовизначення. Учасник має право відмовитись від будь-якої практики, якщо вона викликає напругу.

4. Ресурсність. Фокус спрямований не на травму, а на життєву енергію, яка допомогла вижити.

5. Поетапність. Процес підтримки розгортається поступово – від стабілізації до глибинного переосмислення та зростання.

#### 4. Структура програми психологічної підтримки

Тривалість: 10–12 занять по 90 хвилин, двічі на тиждень.

Формат: малогруповий (8–10 осіб) або індивідуальний, залежно від стану учасників.

##### Етап 1. Діагностико–підготовчий

Початковий етап спрямований на знайомство, встановлення довіри та первинну діагностику.

Застосовуються опитувальники для оцінки рівня адаптації, емоційної стійкості (CD–RISC, тест Є.О. Тарасова), прийняття тіла (ADS) та посттравматичного зростання (PTGI). Психолог роз'яснює природність емоційних коливань, демонструє, що реакції страху, сорому чи злості – нормальна частина процесу відновлення. Це допомагає зменшити внутрішній опір і почуття «ненормальності».

##### Етап 2. Стабілізація та емоційне відновлення

Застосовуються техніки тілесного заземлення («Я відчуваю опору», «Дихаю у живіт» або «Діафрагмальне дихання»), вправи на усвідомлення присутності у моменті («5–4–3–2–1»). Проводиться навчання саморегуляції: учасники вчаться розпізнавати напругу у тілі, знімати її через дихання, релаксацію або коротку візуалізацію. Вправи на стабілізацію «Безпечне місце» Важливо, щоб людина знову відчула контроль над власним тілом – це підвищує самооцінку та відчуття безпеки. Проводиться вправа «Внутрішня опора» (Див. Додаток 2)

##### Етап 3. Формування нового тілесного образу

Мета – прийняти змінене тіло як частину власної цілісності.

Проводиться вправа «Дзеркало» (Див. Додаток 3)

Проводяться арттерапевтичні вправи на вибір:

1. «Контур мого тіла» – зображення себе до і після травми;
2. «Тіло як дім» – пошук того, що залишилось живим, сильним, справжнім;

3. Колаж «Мое тіло – мій союзник».

Такі практики допомагають побачити не втрату, а трансформацію, і зменшують відчуття сорому чи відчуження. Паралельно вводяться когнітивні техніки: учасники фіксують автоматичні думки, які знецінюють («Я нікому не потрібен»), та замінюють їх на підтримувальні («Я можу бути важливим для інших, навіть якщо змінився»).

#### Етап 4. Осмислення досвіду втрати

На цьому етапі відбувається робота з горем і пошук смислів.

Через вправи «Лист собі до війни», «Мій шлях сили» або «Що я залишив у минулому» людина поступово переходить від болю до прийняття.

Використовуються логотерапевтичні техніки (за В. Франклом), спрямовані на усвідомлення того, що навіть у складних обставинах людина зберігає здатність до вибору й творчості.

#### Етап 5. Розвиток емоційної стійкості

Основний акцент – на тренуванні навичок резильєнтності.

Проводяться вправи: «Щоденник внутрішньої сили» – фіксація трьох дій щодня, які свідчать про активність і контроль; «Мій ресурсний трикутник» – усвідомлення власних джерел підтримки (люди, дії, цінності); «Дерево життя» – символічна побудова власної історії розвитку; «Колесо життєвого балансу».

Учасники вчаться розрізняти, що можна змінити, а що варто прийняти, і на цій основі відновлюють відчуття стабільності.

#### Етап 6. Соціальна інтеграція та підтримка родини

Психолог організовує вправи на розвиток комунікації («Як просити про допомогу», «Мої кордони»). Створюється карта підтримки, де позначаються люди та служби, до яких можна звернутися. За потреби проводяться сімейні зустрічі, під час яких пояснюються особливості реакцій після травми та надаються рекомендації, як близькі можуть допомогти без тиску чи жалю.

#### Етап 7. Відновлення тілесності та інтимності

Цей блок проводиться за участі психолога або сексолога.

Він допомагає переосмислити власну сексуальність, повернути відчуття привабливості, знайти нові способи близькості. Використовуються техніки

тілесного усвідомлення, робота з дотиком, вправа «Моє тіло говорить». Мета – повернути довіру до власного тіла та розірвати зв'язок між травмою і соромом.

#### Етап 8. Інтеграція та планування майбутнього

Підсумкові заняття присвячені аналізу змін і побудові особистого плану відновлення. Учасники створюють «Мапу майбутнього»: записують реалістичні цілі на найближчі місяці, визначають ресурси, які підтримуватимуть їх надалі.

Завершальним акордом є групове коло вдячності – обмін словами підтримки та визнання шляху, який пройшов кожен.

Психолог забезпечує м'який темп роботи, поважаючи індивідуальний ритм учасників. Не треба зосереджуватись виключно на симптомах; головне – розвиток особистісних ресурсів.

#### 5. Очікувані результати програми

За підсумками курсу більшість учасників демонструє покращення показників емоційної стійкості та самоконтролю, покращення прийняття зміненого тіла, зменшення симптомів тривожності й пригніченості, зростання почуття самоцінності та віри у власні можливості, активізацію соціальної взаємодії та формування нових цілей.

#### 6. Підсумкові висновки

Розроблена програма психологічної підтримки є гнучким інструментом, який може впроваджуватись у шпиталях, центрах реабілітації або громадських організаціях. Вона не лише допомагає людині подолати наслідки травми, а й відновлює її здатність відчувати життя, діяти, любити й бути собою. Поступове прийняття свого нового «Я» стає основою для посттравматичного зростання, де біль трансформується в силу, а травма – у новий рівень усвідомлення власної цінності.

### ВИСНОВОК ДО РОЗДІЛУ 3

На основі результатів проведеного емпіричного дослідження встановлено, що успішна адаптація осіб, які втратили тілесну цілісність унаслідок воєнних подій, безпосередньо пов'язана з рівнем їхньої емоційної стійкості, прийняттям

змін у власному тілі, розвитком внутрішніх ресурсів та наявністю соціальної підтримки.

Розроблена програма психологічної підтримки інтегрує психоедукацію, когнітивно–поведінкові техніки, тілесно–орієнтовані практики, арт–терапевтичні методи, роботу з метафоричними асоціативними картами, щоденникові формати, а також спеціалізовану підтримку у темах тілесності, сексуальності та взаємин. Така багаторівнева структура спрямована на поступове відновлення контакту з тілом, зниження рівня тривоги та сорому, формування більш приймаючого ставлення до зміненого тіла, розширення спектра доступних копінг–стратегій, зміцнення емоційної стійкості та підтримку процесу посттравматичного зростання. Очікувані результати впровадження програми – підвищення рівня емоційної стійкості та стабільності, зміцнення відчуття особистісної цінності, актуалізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів, полегшення інтеграції в сімейне та соціальне середовище, формування реалістичних життєвих цілей – підтверджують її практичну значущість. Запропонований підхід може бути адаптований для роботи у шпиталях, реабілітаційних центрах, ветеранських просторах і громадських організаціях, слугуючи ефективним інструментом психологічної підтримки осіб, які пережили втрату тілесної цілісності в умовах війни.

## ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено всебічне теоретичне та емпіричне дослідження психологічних механізмів адаптації та емоційної стійкості людей, які втратили тілесну цілісність унаслідок воєнних подій. Отримані результати дозволили узагальнити закономірності, що визначають специфіку відновлення особистості після травматичних тілесних змін, та виокремити ключові фактори, які формують здатність людини інтегрувати цей досвід у подальше життя.

У першому розділі систематизовано сучасні наукові підходи до розуміння адаптаційних процесів та емоційної стійкості, здійснено порівняльний аналіз концепцій посттравматичного зростання й прийняття зміненого тіла. Теоретичний огляд дав змогу окреслити комплекс психологічних механізмів – емоційно-регуляторних, когнітивно-сміслових, тілесно-орієнтованих та соціально-підтримуючих, – що визначають успішність адаптації. На основі аналізу сформовано концептуальну модель відновлення після втрати тілесної цілісності.

У другому розділі за допомогою комплексу методик (Тарасова, PTGI, ADS-50) підтверджено, що адаптаційний процес має багатовимірний характер і включає емоційну стійкість, здатність до смислового переосмислення травматичного досвіду та рівень прийняття змін у тілі. Встановлено, що у військових та цивільних респондентів ці процеси реалізуються по-різному: військові демонструють сильніші зв'язки між емоційною врівноваженістю та прийняттям обмежень, тоді як у цивільних провідну роль відіграють міжособистісні зв'язки та відкритість до нових життєвих перспектив. Кореляційний аналіз засвідчив наявність високих взаємозв'язків між підшкалами PTGI та ADS, що вказує на єдність смислових, емоційних і соціальних аспектів адаптації.

У третьому розділі представлено розроблену програму психологічної підтримки, яка орієнтована на посилення емоційної стійкості, формування позитивного образу тіла, покращення навичок саморегуляції та відновлення соціальних зв'язків.

Адаптація після втрати тілесної цілісності – це не одномоментне відновлення, а тривалий процес психічної перебудови, який охоплює емоційний, когнітивний, тілесний та соціальний рівні. Центральну роль відіграє емоційна стійкість, що створює внутрішню опору та забезпечує здатність до регуляції напруги. Посттравматичне зростання виступає показником конструктивного переосмислення пережитого та формування нової системи цінностей. Прийняття інвалідності пов'язане з інтеграцією тілесних змін у самооцінку та життєву перспективу. Отримані результати мають теоретичне, прикладне й практичне значення та можуть бути використані у роботі з військовими, цивільними постраждалими, особами після травм і ампутацій, а також у психологічних службах, що працюють із наслідками війни.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Ван дер Колк, Б. Тіло веде лік: мозок, розум і тіло в подоланні травми / Б. Ван дер Колк ; пер. з англ. – Київ : Клуб сімейного дозвілля, 2021. – 480 с.
2. Горностай, П. П. Психологічна адаптація особистості: теорія та практика / П. П. Горностай. – Київ : Академвидав, 2015. – 256 с.
3. Іваненко, О. Особистісна адаптація у кризових умовах / О. Іваненко. – Київ : Наукова думка, 2013. – 312 с.
4. Карамушка, Л. Емоційна стійкість і розвиток особистості : монографія / Л. Карамушка. – Львів : ЛНУ, 2018. – 192 с.
5. Карамушка, Л. Роль соціальної підтримки у відновленні після травми / Л. Карамушка, О. Карамушка. – Львів : ЛНУ, 2015. – 184 с.
6. Карамушка, Т. В. [Назву не вказано] / Т. В. Карамушка, Л. Ю. Полівко, О. Ю. Вісіч [та ін.]. – Київ–Львів : Вікторія Кундельська, 2023. – 60 с.
7. Кочюнас, О. Зв'язок емоційної стійкості і посттравматичного розвитку / О. Кочюнас, І. Мельничук. – Харків : Фактор, 2018. – 184 с.
8. Кюблер-Росс, Е. Процес смерті та прийняття втрати / Е. Кюблер-Росс. – Київ : Літера, 2001. – 320 с.
9. Лазарус, Р. Когнітивна оцінка стресу і копінг / Р. Лазарус, С. Фолкман. – Київ : Основа, 1991. – 368 с.
10. Лоуен, О. Біоенергетика / О. Лоуен ; пер. з англ. – Київ : Психея, 2005. – 304 с.
11. Лоуен, О. Зрада тіла / О. Лоуен ; пер. з англ. – Київ : Основи, 2004. – 256 с.
12. Лоуен, О. Мова тіла / О. Лоуен ; пер. з англ. – Київ : Психея, 2003. – 288 с.
13. Мастен, Е. Резилієнтність у розвитку / Е. Мастен. – Київ : Академвидав, 2001. – 320 с.
14. Мельничук, І. Відновлення цілісності особистості після тілесних втрат / І. Мельничук. – Харків : Фактор, 2017. – 208 с.



15. Панок, В. Емоційна підтримка та сімейні ресурси в кризових ситуаціях / В. Панок. – Київ : Академвидав, 2018. – 200 с.
16. Перрі, Б. Що з тобою сталося? Розмова про травму, стійкість і зцілення / Б. Перрі, О. Вінфрі ; пер. з англ. – Київ : Yakaboo Publishing, 2022. – 368 с.
17. Попелюшко, Г. Психологічні аспекти сприйняття зміненого тіла / Г. Попелюшко. – Львів : ЛНУ, 2017. – 196 с.
18. Попелюшко, Г. Соціальні ресурси як чинник резилієнтності / Г. Попелюшко, О. Карамушка, В. Панок. – Львів : ЛНУ, 2017. – 192 с.
19. Попелюшко, Г. Емоційна стійкість: теорія і практика / Г. Попелюшко, О. Кочюнас. – Львів : ЛНУ, 2018. – 196 с.
20. Райх, В. Масові лекції з психотерапії / В. Райх ; пер. з англ. – Львів : Свічадо, 2005. – 192 с.
21. Райх, В. Функція оргазму. Основи біоенергетики / В. Райх ; пер. з англ. – Київ : Основи, 2001. – 256 с.
22. Сабліна, Н. Життя після втрати. Психологічне консультування складних запитів / Н. Сабліна. – Вінниця : Твори, 2024. – 120 с.
23. Савчин, М. В. Загальна психологія : підручник / М. В. Савчин. – Київ : ВЦ «Академія», 2024. – 352 с.
24. Скрипник, О. Соціальна адаптація після травм: теорія і практика / О. Скрипник. – Львів : ЛНУ, 2016. – 184 с.
25. Сидоренко, О. Посттравматичне відновлення особистості / О. Сидоренко. – Київ : Наукова думка, 2016. – 256 с.
26. Сидоренко, О. Показники високої стійкості особистості / О. Сидоренко, В. Панок. – Харків : Фактор, 2019. – 168 с.
27. Тедескі, М. Інтеграція тілесного досвіду у психологічну практику / М. Тедескі, Л. Крамер. – Київ : Академвидав, 2018. – 148 с.
28. Tedeschi, R. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence / R. Tedeschi, L. Calhoun. – New York : Routledge, 2004. – 256 p.

29. Франкл, В. Людина в пошуках сенсу / В. Франкл. – Київ : Основи, 1997. – 200 с.
30. Франкл, В. Психотерапія сенсу і розвиток особистості / В. Франкл. – Київ : Основи, 1997. – 200 с.
31. Шипіцина, Л. М. Психологічна адаптація осіб після тілесних травм / Л. М. Шипіцина. – Київ : Либідь, 2016. – 224 с.
32. Яременко, О. Смысловая переоценка травмы: украинский опыт / О. Яременко. – Харьков : Фактор, 2019. – 144 с.
33. Яременко, О. Сучасні підходи до емоційної стійкості / О. Яременко, Г. Попелюшко. – Київ : Наукова думка, 2020. – 200 с.
34. Яременко, О. Емоційна стійкість в умовах травми / О. Яременко, О. Сидоренко. – Харків : Фактор, 2019. – 168 с.
35. Бондаренко, О. Психологічна травма та її подолання / О. Бондаренко. – Київ : Академія, 2018. – 224 с.
36. Лінковскі, М. Acceptance of Disability Scale (ADS–50): Manual / M. Linkowski. – Chicago : Rehabilitation Institute, 1983. – 45 p.

## ДОДАТКИ

**Вправа «Мапа ресурсів»**

У центрі аркуша пишеться або малюється «Я–образ» від якого в різні боки йтимуть «гілки» або «доріжки», що ведуть до різних типів ресурсів. Можна виділити 6–8 категорій основних сфер ресурсів:

## 1. Люди (соціальні ресурси)

Питання: Хто тебе підтримує? Хто може вислухати, допомогти, надихнути? Відповіді: Сім'я, друзі, колеги, психолог, домашні улюбленці та інше.

## 2. Тіло (фізичні ресурси).

Питання: Що допомагає твоєму тілу відчувати комфорт і силу?

Відповіді: Сон, прогулянки, вода, харчування, рух, обійми, дихання та інше.

## 3. Природа.

Питання: Де тобі добре бути на природі?

Відповіді: Ліс, море, квіти, сонце, небо, запах дощу та інше.

## 4. Сенси та цінності.

Питання: Що для тебе важливо, що надає життю змісту?

Відповіді: Допомогати, радіти, творити, розвиватися, любити, вірити та інше.

## 5. Досвід і навички.

Питання: Що ти вже вмієш? Що тобі допомагало раніше справлятися? Відповіді: Витримка, гумор, емпатія, організованість, віра в себе.

## 6. Речі та простір.

Питання: Що в навколишньому середовищі тебе підтримує?

Відповіді: Затишок дому, улюблена чашка, музика, аромат свічки, книги, інше.

## 7. Творчість і натхнення.

Питання: Як ти виражаєш себе?

Відповіді: Малювання, музика, писання, спорт, танець, рукоділля, спів, садівництво та інше.

## 8. Духовність, віра, внутрішній світ.

Питання: Що дає відчуття зв'язку з чимось більшим?

Відповіді: Молитва, медитація, вдячність, споглядання, тиша.

Потім треба заповнити мапу. Для кожної категорії записати або намалювати свої ресурси. Можна позначити їх символами, кольорами, образами – так карта стане «живою» і особистою. Після заповнення – Рефлексія (самоусвідомлення).

Після завершення відповісти собі письмово: (Які ресурси вже активні в моєму житті? Які ослабли або втратилися? Що можу підсилити чи повернути зараз?

Що нового хочу додати у свою систему підтримки?).

Також все це можна зробити сторінкою у щоденнику усвідомленості «Моя мапа ресурсів» і щомісяця до неї повертатися – відмічати, що змінилося.

Це чудова техніка для відновлення після втрати, травми, чи просто перевтоми.

**Вправа «Внутрішня опора»****Крок 1. Визначення своєї внутрішньої опори**

Сповільніться, заплющте очі й зробіть 5–7 глибоких вдихів та видихів. Дозвольте собі пригадати ситуації, у яких ви відчули власну силу й здатність долати труднощі: складений важкий іспит, успішний виступ, допомога іншій людині, подолання страху, навчання нової навички тощо.

Поміркуйте: Які почуття виникають у вас під час спогадів? Як ці емоції відображаються у вашому тілі?

Не поспішайте. Якщо здається, що таких подій немає, приділіть собі більше часу – вони точно були, просто забулися.

Запишіть свої відповіді.

**Крок 2. Визначення зовнішньої опори**

Подумайте, що у вашому житті є зовнішнім джерелом стійкості й підтримки. Можна обрати: сім'я, друзі, робота, освіта, професія, дім, сад, автомобіль, хобі, фінансові ресурси, робочий кабінет.

За потреби додайте власні варіанти.

**Крок 3. Малювання образу внутрішньої опори**

У цьому завданні немає обмежень. Намалюйте образ, який у вас виникає при думці про внутрішню опору. Коли малюнок буде завершено, уважно роздивіться його й дайте йому назву.

**Питання для самоаналізу:**

Які ресурси відображені у вашому малюнку?

Що для вас означає опора?

Яку опору ви хочете мати або розвинути?

Що для цього необхідно?

Чи допоможе ця опора впоратися зі стресом або складною ситуацією.

**Крок 4. Відчуття опори у тілі**

Станьте прямо (за можливістю). Розташуйте ноги на ширині плечей, злегка зігніть коліна, щоб вони залишалися м'якими та динамічними. Заплющте очі й знову згадайте події, які повертають вам відчуття стійкості, сили та цілісності.

Спробуйте знайти це відчуття всередині тіла та зосередити на ньому увагу.

Продовжуйте рівно дихати, відчуваючи, як стопи впевнено контактують із підлогою. Уявіть, що від них у глибину наче проростають корені, які утримують вас міцно й надійно.

Пробудьте в цьому стані 5–7 хвилин, дозволяючи тілу запам'ятати відчуття стійкості.

**Крок 5. Закріплення стану**

Ляжте на спину, покладіть руки вздовж тіла, заплющте очі.

Дихайте спокійно протягом 5–7 хвилин. За бажанням можете ввімкнути тиху розслаблюючу музику.

**Очікувані результати виконання вправи.** Покращення емоційного стану та зниження рівня тривожності. Зміцнення емоційної стійкості та розвиток емоційного інтелекту. Відновлення відчуття контролю над власним життям. Формування прийнятної й позитивної образу тіла. Посилення почуття власної гідності й самоцінності. Відновлення активної життєвої позиції та підвищення соціальної включеності.

## Додаток В

**Вправа «Дзеркало» (для осіб після втрати тілесної цілісності)**

**Мета.** Сприяти поступовому та безпечному відновленню контакту з тілом, формуванню прийняттого й підтримувального образу себе, зниженню напруги та емоційної реактивності, пов'язаної зі змінами зовнішності чи функціональності тіла.

**Загальні принципи виконання**

Виконується лише за згодою людини та в темпі, який є комфортним.

Терапевт не наполягає на швидких змінах, а створює атмосферу прийняття.

Вправа проводиться поступово, без різких переходів і без фокусування на травматичних деталях.

Завдання не має на меті «повернутись до попереднього вигляду», а допомагає встановити нові, більш доброзичливі стосунки з тілом, яке пройшло через випробування.

**Покрокове проведення.**

**1. Підготовчий етап.** Психолог пояснює, що дзеркало не використовується як інструмент оцінки чи критики. Воно – спосіб побачити себе заново, помітити ресурси тіла, визнати його силу та здатність відновлюватися.

Запрошення:

«Ми будемо знайомитися з вашим тілом по-новому. Коли ви будете готові – скажіть».

**2. Налаштування на тілесні відчуття.** Перед тим як дивитися у дзеркало, учасник: зручно сідає або стає, фокусується на диханні, помічає опору стоп, положення плечей, тепло долонь.

Психолог може сказати: «Відчуйте, будь ласка, як ваше тіло торкається простору. Які відчуття зараз найпомітніші?»

**3. Зустріч із власним поглядом**

На першому етапі дивимось лише в очі, не переводячи погляд на інші частини тіла.

Можливі запитання: «Що ви бачите в цих очах?», «Яка емоція приходить першою?», «Де в тілі відгукується ця зустріч?»

Мета – встановити контакт із собою як з людиною, а не лише з тілом.

**4. Поступове розширення поля уваги**

Коли учасник відчує достатню стабільність, терапевт запрошує оглянути обличчя, плечі, руки або ті ділянки, які не викликають надмірної напруги.

Важливо: рухаємось від безпечних зон до більш складних, у будь-який момент людина може зупинитися.

Можливе відрефлексування:

«Я помічаю...»,

«До мене приходить думка...»,

«Я відчуваю...».

**5. Зустріч із зміненими ділянками тіла**

Цей етап виконується тільки, якщо людина **готова**.

Терапевт підводить до цього дуже м'яко, наприклад: «Ми можемо спробувати подивитися на ту частину тіла, яка змінилася. Якщо з'явиться дискомфорт – одразу зупиняємось».

Важливо: відстежувати дихання, давати назви емоціям («сум», «стиснення», «злість», «гіркота»), підкреслювати силу тіла, яке вижило:

«Ця частина тіла пройшла через багато. І вона досі з вами»

**6. Техніка «теплого погляду»**

Після контакту з образом тіла учасник пробує поглянути на себе без осуду, так, ніби дивиться на близьку людину, яку хоче підтримати.

Психолог може сказати: «Спробуйте подивитися на себе так, як дивилися б на друга, який пережив складний шлях. Що змінюється у вашому сприйнятті?»

**7. Завершення й інтеграція**

Людина: робить глибокий видих, повертає увагу до тілесної опори, може покласти

долоню на грудну клітку чи живіт.

Питання для інтеграції: «Що нового ви про себе дізналися?», «Що зараз хоче ваше тіло – відпочинку, руху, підтримки?», «Що ви можете сказати собі на завершення?».

**Очікуваний терапевтичний ефект**

- поступове зниження тривоги при взаємодії з дзеркалом;
- м'якше, приймаюче ставлення до змінених частин тіла;
- зміцнення відчуття цілісності й самоцінності;
- відновлення контакту з тілом як з джерелом сили, а не лише болю;
- формування більш реалістичного, стабільного образу себе.