

ФІЛОСОФІЯ
ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ
ВИЩОЇ ШКОЛИ:
ПСИХОЛОГІЧНЕ СПРЯМУВАННЯ

КОЛЕКТИВНА МОНОГРАФІЯ

Видавництво
«Центр учбової літератури»
Київ — 2025

УДК 159.9:371.214.46-316.4

Ф 56

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Рівненського державного гуманітарного університету
(протокол № 2 від 20. 02. 2025 року)*

Рецензенти:

Балаиов Е. М. — доктор психологічних наук, професор, ректор Національного університету «Острозька академія»;

Клочек Л. В. — доктор психологічних наук, професор, проректор з наукової роботи Центральноукраїнського державного університету імені Володимира Винниченка;

Підбуцька Н. В. — доктор психологічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки та психології управління соціальними системами імені академіка І. А. Зязюна Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут».

Філософія освітнього простору вищої школи (психологічне спрямування):

Ф 56 Колективна монографія: за ред. Р. В. Павелківа, Н. В. Корчакової. Київ : Вид-во «Центр учбової літератури», 2025. 458 с.

ISBN 978-966-370140-0

Наукова монографія присвячена висвітленню питань оновлення методологічних підходів та змістових аспектів викладання дисциплін психологічного циклу у закладах вищої освіти; розвитку професійних компетенцій майбутніх фахівців та їх особистісного росту в умовах сьогодення. Також, у роботі здійснено висвітлення результатів наукових досліджень, присвячених аналізу стресостійкості здобувачів вищої освіти та їх викладачів в умовах війни; збереження ментального здоров'я українців, що залишили окуповані території чи включені у бойові дії ; відновлення тілесного Я-образу у ветеранів, що пережили тяжке знівчення тіла у результаті поранень.

Матеріали будуть корисні для студентів та викладачів вищих навчальних закладів для спеціальностей «Психологія», «Середня освіта», «Дошкільна освіта», «Соціальна робота». Інформація, подана у форматі аналітичних та емпіричних наукових повідомлень, буде цікавою для практикуючих психологів, педагогів та соціальних працівників.

УДК 159.9:371.214.46-316.4

ISBN 978-966-370140-0

© Колектив авторів., 2025.
© Видавництво «Центр учбової літератури», 2025.

Прийняття понівеченого тіла після важкого поранення як інтрапсихічний конфлікт

*Поки людина не здається,
вона сильніша за свою долю*

Еріх Марія Ремарк

Війна в Україні, спричинена агресією Російської Федерації, не лише принесла смерть і руйнування на нашу землю, спалюючи долю мільйонів людей, а й спричинила необхідність перегляду змісту інформаційного та освітнього простору, у якому відбувається формування професійних компетенцій майбутніх фахівців у галузі надання психологічної допомоги. Здобувачі освіти ще в стінах навчального закладу повинні отримати належну підготовку до організації професійної допомоги і супроводу людей, травмованих війною.

Серед цілої низки проблем, пов'язаних з подоланням наслідків війни, до пріоритетних напрямків психологічного супроводу належить відновлення ментального здоров'я як учасників бойових дій, так і цивільних, що зазнали фізичного травмування в результаті військової агресії РФ. Загалом, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі проживає більше мільярда людей (1,3 мільярда), що мають інвалідність. Це становить 15% населення світу [36].

У країнах, що приймали участь у воєнних діях, цей показник є значно вищим. До початку повномасштабного вторгнення, згідно з даними Державної служби статистики України за 2021 рік, цей показник складав 2,7 мільйона людей. У зв'язку з масштабністю вторгнення, інтенсивним використанням ворогом зброї масового ураження, порушенням агресором усіх конвенційних норм ведення війни кількість важкотравмованих людей щоденно зростає. Фізичні вади, отримані в результаті бойових дій, стають найпоширенішим типом травмувань. За даними Міністерства соціальної політики лише за перше півріччя 2023 року за допоміжними засобами реабілітації звернулися майже 59 тисяч цивільних і військових, які постраждали від війни. З них отримали послуги протезування 20737 осіб [53]. До

порівняння, за даними МО Великобританії за 16 років після воєнних дій в Афганістані (2005 – 2021рр.) компенсацію збройних сил за «травми, поранення та шрами» отримували 10645 військовослужбовців та 374 з них, пережили травматичні ампутації (Ministry of Defence, 2021 [323]). Тож, трагічні наслідки військової агресії РФ в Україні вражають.

Проте, незважаючи на важливість означеної проблеми, на цей момент питання адаптації людей, що зазнали фізичних уражень внаслідок бойових дій, до нового образу тіла та психологічні труднощі, з якими вони зустрічаються, вивчені недостатньо. Як зазначається у дослідженні групи науковців з Великобританії (M. Keeling et al., 2024 [304]), є лише декілька робіт цього спрямування.

Фізична травма змінює не лише можливості людини, а й породжує складні процеси сприйняття свого травмованого тіла, перебудову образу тілесного Я. Для людини цей процес є не менш болісним, ніж сама травма, оскільки передбачає часткову відмову від звичного, прийнятого Я-образу та формування нового бачення свого тіла і його можливостей. Саме тому обговорення питань організації психологічного супроводу травмованих осіб повинно здійснюватися з урахуванням особливостей розвитку та функціонування самосвідомості а також механізмів внутрішньоособистісного конфлікту, як стратегій особистісного відновлення після тяжких травмувань. Як зазначає канадський лікар і письменник Габор Мате (Gabor Maté), книга якого «Міфі про норму» стала одним із бестселерів 2022 року, «травма – це не те, що відбувається з вами, а те, що відбувається всередині вас» [318]. Тож наше повідомлення і здійснюватиметься у напрямку розкриття процесу відновлення ментального здоров'я особистості після тяжких тілесних травмувань, проживання інтрапсихічного конфлікту, його особливостей та динаміки, застосування відновлювальних технік.

Щоб зрозуміти переживання особи, які зумовлені травмуванням тіла, потрібно чітко усвідомлювати той факт, що наша зовнішність як сукупність певних фізичних характеристик (таких як риси обличчя, колір волосся, будова тіла, елементи соціального оформлення образу) з одного боку є ключовим фактором, що сприяє чи перешкоджає налагодженню та підтримці соціальних контактів, а з іншого – репрезентація цієї зовнішності є невід'ємною частиною самосвідомості людини та її Я-концепції. На значущість та

фундаментальність взаємозв'язку між тілесністю та самосвідомістю вказує той факт, що як першооснова самосприйняття, тілесне Я з'являється у структурі індивідуальної психіки на етапі раннього онтогенезу і впродовж життя виступає об'єктом уваги та турботи (Д. М. Туркова, 2020 [221]). Перші уявлення про своє тіло, як елементи когнітивних структур, уже у період раннього дитинства (з кінця 2-го року життя) поєднуються з позитивним самовідношенням. Дитина не лише проявляє цікавість до свого образу, споглядаючи себе у дзеркалі, фотографіях чи відеороликах, а й приймає себе, милується, робить спроби прикрашати себе, турбуватися про своє тіло.

Як засвідчують наші попередні дослідження, з кінця раннього дитинства діти оволодівають першими формами самоподачі і використовують первинні прийоми самопрезентації як елементи налагодження бажаних форм взаємодії з оточуючими (Н. В. Корчакова, 2021 [89]). З дошкільного дитинства у побудову тілесного Я образу вплітаються соціальні настанови, які для особистості матимуть значущість впродовж усього життя. Людина прагне мати не лише здорове тіло, а й сексуально привабливу зовнішність, яка б відповідала віковим, гендерним та соціокультурним стереотипам, та дозволяла підтримувати звичну систему стосунків з оточуючими, забезпечуючи відчуття душевного спокою та задоволення.

Сучасні наукові розвідки вказують на те, що уявлення людини про своє тіло є складним конструктом свідомості. Зокрема, науковці розрізняють схему тіла та його образ. Як зазначає В. Ц. Древець, схема тіла – це неусвідомлені відчуття людиною структури свого тіла, узгодженості функціонування його частин та взаємозв'язку основних елементів, включаючи їх положення у просторі. Це динамічне утворення, яке сприяє реалізації рухів, надаючи інформацію про динамічне положення кожної частини тіла відносно інших його частин (W. C. Drevets, 2000 [279]).

На відміну від схеми тіла, його образ є більш узагальненим та усвідомленим. Це – певна суб'єктивна картина власного тіла відображена у свідомості людини. У психології поняття «образ тіла» є більш усталеним і більш уживаним. Вперше воно було запропоноване німецьким письменником Шільдером у монографії «Образ і зовнішній вигляд людського тіла» (P. Schilder, 1935). Образ тіла є невід'ємним психологічним феномен індивідуальної свідомості, який фіксує сприйняття людиною своєї тілесної сутності, спосіб, у який тіло постає

перед самою людиною (J. Schwoebel, H. B. Coslett, 2005 [342]). Розвиток образу тіла відбувається через тілесний досвід індивіда та відіграє значущу роль у формуванні самоідентичності особистості та її загального самопочуття. За своєю структурою він є комплексним утворенням, що включає когнітивні, перцептивні, афективні та поведінкові аспекти. Поряд з цими компонентами виокремлюють і аксіологічні самовизначення, які характеризують значущість того чи іншого елементу тілесного Я для суб'єкта.

В залежності від особливостей набуття тілесного досвіду ставлення людини до свого тіла займає певне місце на континуумній прямій з полюсами «позитивний – негативний». Відповідно, концептуалізація образу тіла може бути як позитивною, так і негативною. Як зазначається у зарубіжних дослідженнях, саме незадоволеність зовнішністю та образом тіла є мотиваційним каталізатором для проведення різноманітних хірургічних втручань, включаючи процедури пластичної хірургії для покращення зовнішнього вигляду (D. B. Sarwer, C. E. Crerand, 2008 [339]; D. B. Sarwer & J. Spitzer, 2022 [340]).

На підставі аналізу наукових джерел можна стверджувати, що протягом тривалого часу дослідження образу тіла переважно зосереджувалися на вивченні різноманітних відхилень і патологій. Відповідно, увага перш за все, спрямовувалася на вивчення негативного компоненту образу тіла та зв'язку цього особистісного ставлення із розладами ментального здоров'я індивіда – депресією, розладами харчування, суїцидальними намірами. Цей підхід, на думку американських науковців Шарлотти Маркі та її колег, на початкових етапах розгортання досліджень був достатньо обґрунтованим, оскільки проблема не лише дійсно існувала, а й була досить поширеною (С. Н. Markey, J. L. Dunaev, K. J. August, 2020 [315]). Дослідження засвідчують, що майже всі жінки (до 90%) і більшість чоловіків (61%) так чи інакше, відчувають незадоволеність своїм тілом чи окремими його елементами (M. Gillen, C. Markey, & E. A. Daniels, 2018 [288]). Питання позитивного образу тіла та задоволеності тілом, переважно ігнорувалися. Лише в останні два десятиріччя відбулася зміна парадигми спостережень у цій сфері. Дослідження образу тіла розширилися й охопили фокус не лише питань незадоволеності тілом, а й проблеми «позитивного образу тіла» (Т. Л. Tylka, & N. L. Wood-Barcalow, 2015 [361]). Цей ракурс розробки проблеми чітко

узгоджується з гуманістичними ідеями позитивної психології. Як зазначає Мартін Селігман (2002), один із засновників цього напрямку, завданням психологічної науки є не лише вивчення хвороб, слабкостей та патологій, а й виокремлення людської сили та чеснот.

Що ж вкладається у дефініцію «позитивний образ тіла»? Фактично, це позитивна самооцінка тіла не стільки з точки зору його краси, скільки з боку його функціональності [361]. Рефлексивні процеси у людей з позитивним уявленням про своє тіло зосереджуються на фізичних активах, зводячи до мінімуму фокусування на своїх недоліках. У структурі позитивного образу тіла виокремлюють два елементи :

- сприйняття і оцінку його функціональності;
- задоволеність своїм зовнішнім виглядом загалом та окремим частинами тіла.

До основних характеристик позитивного образу тіла відносять наступні показники:

- впевненість індивіда у своїй зовнішності;
- позитивну оцінку функціональності тіла;
- адекватне прийняття природних змін тіла (наприклад, старіння, зміна ваги, поява сивини і т. д.) ;
- стійкість до нереалістичних стандартів краси.

Позитивний образ тіла тісно пов'язаний із безліччю позитивних психологічних наслідків, які здатні суттєво покращувати якість життя людини. Задоволеність тілесним Я підвищує самооцінку та впевненість індивіда, сприяє стійкому та оптимістичному погляду на життя, що дає людині змогу досягати своїх цілей та активно брати участь у соціальних взаємодіях. Вона позитивно впливає на фізичне здоров'я суб'єкта, його соціальні стосунки та особисту реалізацію. Люди, задоволені своїм тілом, більш схильні до вибору стратегій здорового способу життя. Вони більш впевнені у побудові й підтримуванні повноцінних стосунків, включаючи інтимні. Відчуття людиною комфортності і впевненості у своєму тілі, посилює інтимність та сексуальне задоволення, що, у свою чергу, позначається на задоволеності стосунками та відчутті особистого комфорту.

Негативне ставлення до свого тіла передбачає спотворене сприйняття свого тіла та почуття незадоволеності чи сорому за свою зовнішність. Це може призвести до постійної самокритики та

порівняння з іншими. Характеристики негативного образу тіла включають:

- наявність зосередженості на своєму тілі, його частий огляд;
- постійне співставлення свого тілесного Я з іншими;
- пошук способів випробувань;
- переживання сорому чи занепокоєння через свою зовнішність;
- уникання соціальних ситуацій, особливо з публічним контекстом, через незадоволеність тілом;
- докладання наполегливих зусиль для зміни своєї зовнішності.

Існує декілька теоретичних підходів, у розрізі яких висвітлюються закономірності виникнення негативного образу тіла: теорія об'єктивації (Objectification Theory), соціального порівняння (Social Comparison Theory), теорія самоневідповідності (Self-Discrepancy Theory). Аналіз цих підходів презентовано у роботі іспанських та колумбійських науковців (M. Merino et al., 2024 [320]). Кожна з цих теорій дозволяє виокремити не лише загальні закономірності формування образу тілесного Я, а й причини та механізми його викривлення. Зокрема, згідно теорії об'єктивації стверджується, що під впливом поширеної суспільної об'єктивації, у людини розвивається схильність до самооб'єктивації та самомоніторингу. Прийняття індивідом набору норм і трансльованих цінностей, призводить до загострення процесів самоконтролю. Самооб'єктивація зменшує здатність людини брати активну участь у різних аспектах суспільного життя, поглинаючи значні когнітивні та емоційні ресурси на здійснення контролю та самопрезентації. Інтерналізуючи ідею визнання переваг зовнішнього вигляду чи сексуальної привабливості, на противагу особистісним здібностям чи індивідуальності, люди відчувають хронічний сором і тривогу через свою нездатність відповідати культивованим стандартам краси. Ці емоції, на думку фахівців, можуть перерости у більш серйозні проблеми з психічним здоров'ям індивіда, включаючи розлади харчової поведінки та депресію, а також можуть мати соматичні наслідки, такі як загроза розвитку серцево-судинних захворювань через виникнення емоційного невдоволення та тривоги (B. Moradi, Y. P. Huang, 2008 [325]).

Обговорюючи питання сприйняття тіла та психологічного комфорту психологи зазначають, що соціальне порівняння забезпечує

комплексну основу для розуміння того, як люди здійснюють самооцінювання (M. Merino et al., 2024 [320]). Процес зіставлення себе з іншими має вирішальне значення для різних аспектів особистої та її соціальної ідентичності. Теорія стверджує, що люди беруть участь як у висхідних, так і у низхідних порівняннях, оцінюючи себе у співставленні і з тими, кого вважають більш значущими, і з тими, кого вважають менш значущими за певними атрибутами, включаючи зовнішній вигляд. Детальний аналіз трансформування і розгортання досліджень у цій сфері ми знаходимо у роботі Абрахама Буунка (Університет Гронінгена, Нідерланди) та Фредеріка Гіббонса (Університет штату Айова, США) (A. P. Buunk, F. X. Gibbons, 2007 [266]). Автори виокремлюють і характеризують основні підходи, що розгорнулися у останні 50 років: класична теорія соціального порівняння, теорія афіліації страху, теорія низхідного порівняння, теорія соціального порівняння як соціального пізнання, теорія індивідуальних відмінностей у соціальному порівнянні. У роботі зазначається, що технологія соціального порівняння, у контексті сприйняття негативного образу тіла, є особливо значущою. У дослідженнях цього спрямування наголошується, що безперервний потік ідеалізованих і цифровозмінених зображень, які транслуються в ЗМІ та презентуються у соціальних мережах, викликає ескалацію незадоволеності тілом, що спричиняє низку психологічних проблем.

Не менш цікавими є і висновки щодо негативного образу тілесного Я у теорії самоневідповідності. Згідно цієї теорії, відмінності, які виникають у свідомості індивіда між фактичним зовнішнім виглядом та його ідеалізованими версіями, стосуються не лише естетичних характеристик зовнішності, а й висвітлюють значно глибші психологічні процеси. Ірраціональні уявлення індивіда впливають на його самооцінку та психічне здоров'я, ілюструючи, як значні розбіжності між фактичним зовнішнім виглядом людини та її ідеалізованими версіями можуть призводити до глибокого психологічного дискомфорту. Особисті занепокоєння виникають у зв'язку з невідповідністю тілесного Я суспільним та культурним ідеалам краси, які сприймаються людьми як орієнтири. Поширений вплив соціальних медіа, реклами та популярної культури звеличує ці ідеали, часто зображуючи їх не як виняткові індивідуальні особливості, а як досяжні норми. Оскільки ці образи проникають у свідомість індивіда, вони глибоко вкорінюються та спричиняють розбіжності між

фактичним та ідеальним «Я», і, таким чином, поглиблюють прірву у самосприйнятті.

Цей внутрішній, інтрапсихічний конфлікт проявляється як невдоволення образом тіла, де почуття сорому виникає через суворе самоосудження, засноване на цих недотриманих внутрішніх стандартах. Такий емоційний дистрес є постійним і може перерости в більш серйозні стани, впливаючи на почуття власної гідності та компетентності людини. Окрім того, як зазначає Герберт Марш, директор Дослідницького центру SELF-concept, Університету Західного Сіднею (Австралія), занепокоєння індивіда щодо нездатності досягти чи зберегти ідеалізовані образи тіла можуть спричинити розвиток у нього стратегій соціального уникання, непорядкованої харчової поведінки, надмірних тренувань, що, у свою чергу, ще більш погіршують психічне здоров'я та загальну якість життя (H. W. Marsh, 1999 [316]).

На взаємозв'язок соціального та психічного в ракурсі проблеми образу тіла вказують також дослідження австралійських науковців з Технологічного університету Суйнберна Джордж Талепороса та Маріти Маккейб, які підкреслювали, що образ тіла можна розглядати не лише як індивідуальну, а й соціальну конструкцію, яка нерозривно пов'язана з особистістю людини, її его-ідентичністю та почуттям цінності «Я». (G. Taleporos, M. P. McCabe, 2002 [358]). Автори наголошували, що в структурі образу тіла існують як свідомі, так і несвідомі компоненти. Вони можуть стосуватися розміру, функції та зовнішнього вигляду тіла, на сприйняття якого впливає не лише особистий досвід і психологічні фактори, а й суспільні норми та соціокультурні стереотипи. У своєму дослідженні вони зосередились на вивченні тривожності, пов'язаної з образом тіла у людей із фізичними вадами. При цьому образ тіла визначався як сукупність психологічних переживань, почуттів і установок індивіда, які стосуються форми, функції, зовнішнього вигляду та бажаності власного тіла, на яке впливають індивідуальні фактори та фактори навколишнього середовища (G. Taleporos, M. P. McCabe, 2002, [358: 971]). Дослідження виявило, що тілесні ушкодження негативно впливають на психологічний досвід, почуття та ставлення індивіда до власного тіла. У дослідженні було простежено вплив зворотного зв'язку із соціальним середовищем та наведені докази, які засвідчують можливість поступового пристосування людини до свого зміненого тіла та прийняття його вад. Окремою лінією

дослідження цих авторів було простеження взаємозв'язку між тяжкістю та тривалістю фізичного травмування й самооцінкою (G. Taleporos, M. P. McCabe, 2005 [357]). Результати показали, що люди з більш серйозними фізичними вадами демонструють нижчий рівень самооцінки, ніж працездатні учасники дослідження, чи ті, хто мав більш легкі ушкодження. У той же час, було встановлено, що самооцінка не пов'язана з рівнем тривалості фізичної недієздатності. Для чоловіків з фізичними вадами унікальними предикторами позитивного ставлення до свого тіла було зниження потреби в допомозі. За цих умов, травмовані переживали меншу депресію та вищий рівень сексуальної впевненості. Загалом, дослідження показало, що люди з обмеженими фізичними можливостями, особливо з тяжкими формами інвалідності, є вразливими до проблем, пов'язаних із самооцінкою свого тіла [357].

Травмування тіла завжди є складним випробуванням для людини. Якщо ж воно породжує зміну її зовнішності та функціонування (скалічене обличчя, втрата кінцівок, наявність шрамів), які позначаються у зарубіжних джерелах термінами «*acquired visible difference*» (набута видима відмінність) чи «*appearance-altering injury*», скорочено «*AAI*» (травма, яка змінює зовнішній вигляд) (M. Keeling, 2024 [304]), то соціопсихологічні наслідки набувають більших масштабів. Це обумовлюється в першу чергу особливостями функціонування процесів соціальної перцепції. Чисельні дослідження неодноразово продемонстрували, що люди схильні нижче оцінювати партнерів, які є менш привабливими за інших. Їх сприймають як менш розумних, доброзичливих та менш просоціальних. З точки зору соціально-когнітивної теорії, частина набутих людиною знань, включаючи розуміння суб'єктом динаміки соціальних ситуацій, є результатом спостереження за іншими учасниками соціальних взаємодій (A. Bandura [260]). Ці знання, у подальшому, використовуються нею не лише для визначення стратегій поведінки у спілкуванні, а й процесів оцінювання партнерів. Особи із спотвореним обличчям оцінюються як менш привабливі та такі, що мають менш позитивні риси особистості у порівнянні з іншими (F. Hartung, et al, 2019 [291]). Для дослідження цих особливостей сприймання розроблена унікальна «База даних аномалій обличчя» (*ChatLab Facial Anomaly Database; CFAD*) (C. I. Workman et al, 2021 [367]).

Дані висновки знаходять певні підтвердження у дослідженнях нейробіологічного спрямування. Зокрема, у одній із нещодавніх експериментальних розробок співробітників Школи медицини Університету Пенсільванії із застосуванням МРТ, (F. Hartung et al, 2019 [291]) була здійснена спроба проаналізувати наявність упереджень щодо спотвореної зовнішності та їх біологічних основ. Респондентам було запропоновано здійснити категоризацію 28 фотографій, на яких презентувалися обличчя людей до коригуючої хірургічної операції та після неї. Фотографії були відібрані з атласів черепно-лицевої, стоматологічної та пластичної хірургії. Для перевірки наявності упереджень використовувалися 16 слів-стимулів: 8 із них позитивні (привабливий, щасливий, привітний, дружелюбний, симпатичний, милий, вражаючий, чудовий), 8 – негативні (потворний, злий, огидний, поганий, лихий, огидний та ін.). У результаті проведення двох експериментів було встановлено, що зображення людей із спотвореним обличчям, у співставленні із зображеннями тих же облич після хірургічного втручання, викликали більш інтенсивні нервові реакції у вентральній потилично-скроневій зоні кори, зокрема, у двосторонніх веретеноподібних звивинах та правій нижній лобній частині кори. На цій основі, автори стверджують, що процес сприйняття облич, перш за все, пов'язаний не стільки з критерієм їх привабливості-непривабливості, скільки з рівнем виразності. Потрібно зазначити, що у дослідженні було отримано ще й інший результат – зменшення амплітуди нейронної відповіді на спотворені обличчя у іншій частині кори головного мозку (медіальній передній поясній звивині). Саме подібні нейронні реакції фіксуються при сприйманні стигматизованих аутгруп, таких як наркомани та безпритульні.

На думку дослідників, ці показники вказують на пригнічення емпатії та менталізацію або загострення когнітивного контролю, що може виявлятися у затримуванні погляду на області ураження, підвищенні контролю, появі неадекватних соціальних проявів щодо партнерів, таких, наприклад, як уникання. Обидві тенденції, за переконанням Франциски Гартунг, не виключають одна одну і можуть бути пов'язані з підвищеною активацією у лівій нижній лобній звивині – відділі, який пов'язаний із когнітивним контролем. Відносна дезактивація у передній поясній корі, може, на думку авторів, свідчити про функціонування нейронного механізму, що лежить в основі

дегуманізації процесів соціального сприйняття (F. Hartung et al, 2019 [291]).

Отримані тілесні ушкодження зумовлюють цілу низку взаємопов'язаних фізичних, емоційних та соціальних наслідків (M. Argyrides et al, 2023 [261]), що зумовлюють болісні переживання і роздуми, пов'язані з суб'єктивними приписами, острахами щодо ставлень інших людей, характеру стосунків із ними, втрати можливостей організовувати власне життя та необхідності прийняття вимушених відмов від попередніх способів життя та діяльності. Тому, для правильної організації психологічної допомоги та супроводу травмованих осіб необхідно, перш за все, здійснити аналіз тих травматичних відчуттів, що має людина.

Першими реакціями на поранення є симптоми фізичного, тілесного та психологічного шоку. Фізичні страждання пов'язані з переживаннями болю та змін у функціонуванні систем організму. Тілесний шок – відчуття і переживання індивіда, спричинені втратою можливості керувати своїм тілом. Психологічний шок – це первинне усвідомлення людиною сутності особистої трагедії, невизначеності майбутнього та незворотності змін а також їх негативних наслідків. Якщо фізичний та тілесний шок коригуються завдяки медичному втручанню, то психологічні переживання й болісні міркування є цариною психологічної курації. Від своєчасності та якості отриманої психологічної підтримки значною мірою залежатиме як процес одужання, так і подальша якість життя травмованої людини, її соціальна та професійна реінтеграція.

У наукових дослідженнях стверджується, що фізичний і психологічний шок, якого зазнає людина при тяжкому пораненні та ампутаціях, призводить до психічних розладів з великою кількістю різноманітних проявів. Сукупність загальних наслідків травми поділяють на фізіологічні, психологічні та соціальні (G.Maté & D.Mate, 2022) [318]. Їх змістові варіації подані у таблиці 1.

Прикладом фізіологічних наслідків, які викликають болісні реакції, є видимі зміни у функціонуванні тіла та його спотворення (порушення м'язового тону, розлад сексуальних функцій, нетримання сечі, зміна рухливості тіла). До останніх належать такі стани, як квадриплегія, параплегія, геміплегія, моноплегія, травми спинного мозку та ампутації. Квадриплегія або тетраплегія – це порушення сенсорних чи рухових функцій у верхніх і нижніх

кінцівках, а також в області тулуба і тазу. Параплегія – порушення сенсорної чи моторної функції нижніх кінцівок, тулуба та тазової ділянки тіла. При геміплегії відхилення у функціонуванні тіла варіюють від слабкості до повного паралічу однієї із сторін тіла. Моноплегія – це ураження певної ділянки тіла.

Таблиця 1

Наслідки фізичної травми
(за G. Maté & D. Mate, 2022 [318])

Фізіологічні	Психологічні	Соціальні
Хронічне виснаження	Почуття небезпеки у власному тілі, вдома чи у суспільстві	Відсутність довіри
Кошмари або труднощі зі сном, виникнення дисоціації	Емоційне заціпеніння, труднощі з концентрацією уваги	Самоізоляція, поведінка уникання
Подразнення шкіри або висипання	Надмірна когнітивна зацикленість, наявність нав'язливих ідей (обсесій) чи нав'язливих дій (компульсій)	Труднощі міжособистісної взаємодії
Шлунково-кишкові проблеми	Труднощі з пам'яттю або обробкою інформації	Сором і провина. Схильність до надмірного покаяння
Труднощі з підтриманням нормальної ваги	Гіпернастороженість	Страхи самотності
Посилена реакція переляку	Зниження самооцінки	Неправильне уявлення про себе чи інших

Одними з найбільш частих видимих уражень внаслідок бойових дій є втрата кінцівок. Метааналітичне дослідження румунських психологів (A. F. Ghitan et al, 2023 [257]), у якому узагальнено результати 13 самостійних досліджень наслідків тяжкого травмування верхньої кінцівки засвідчує, що комплексна травма руки може мати значний вплив на психічне здоров'я людини, що призводить до різноманітних психологічних проблем, таких як тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад. Біль, обмеження функціональних можливостей, спотворення тіла та соціальна ізоляція виокремлюються у цьому дослідженні як ключові фактори, що сприяють психологічному дистресу (див. табл. 2). Крім того, потрібно зазначити, що важливим фактором, який впливає на самосприйняття осіб із

видимими спотвореннями, є ступінь фізичного ушкодження. Проведені дослідження засвідчують наявність зв'язку між тяжкістю фізичного ушкодження та ступенем незадоволення образом тіла (N. E. Rumsey & D. Harcourt, 2012 [336]; C. E. Crerand et al, 2017¹). У той час, як у осіб без видимих спотворень, зв'язок між об'єктивною зовнішністю та її суб'єктивним образом не простежується (D. B. Sarwer et al, 2011 [239]).

Таблиця 2

**Соціопсихологічні наслідки
травматичних ушкоджень чи ампутації руки**
(за A. F. Ghițan, V. Gheorman, M. E. Ciurea et al, 2023 [287])

Фізіологічні та соціальні наслідки	Психологічні наслідки
Біль	Почуття безпорадності, розчарування та тривоги
Обмеження функціональної здатності кінцівки	Обмежена здатність здійснювати повсякденну діяльність, що позначається на загальній якості життя Втрата самостійності і здатності виконувати прості завдання, розчарування, гнів, почуття неадекватності, що призводить до депресії та зниження почуття власної гідності
Спотворення, шрами, ампутації, деформації.	Негативний вплив на психічне благополуччя, переживання почуття сорому, збентеження зниження самооцінки
Соціальна ізоляція	Труднощі у налагодженні соціальної взаємодії, стигматизація та дискримінація, відчуття дискомфорту у громадських місцях, підвищення соціальної тривоги та ізоляції

Пояснюючи причину емоційних страждань пацієнтів, Жермен Помарес (2020) зазначає «Під час травматичної ампутації пальців і кисті жертва втрачає не лише частинку анатомії свого тіла, а набагато більше: частину себе, своєї особистості та своєї гідності» (G. Pomares et al, 2020: 299). У дослідженні також зазначається, що травматична ампутація має більший деструктивний потенціал, ніж її плановий аналог, а ампутація руки має вищий рівень психіатричного ризику, ніж ампутація нижньої кінцівки.

¹ Crerand C. E ¹, Franklin M. E, Sarwer D.B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgerydoi: 10.1097/01.prs.0000242500.28431.24.

Емоційний тягар фізичного ураження часто може призводити до виникнення цілої низки серйозних проблем із психічним здоров'ям. Пораненому необхідно впоратися зі змінами у функціонуванні тіла та прийняти свою нову зовнішність. Внутрішньоособистісний конфлікт, що розгортається на основі сприйняття травмованого тіла, може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Згідно досліджень О'Donnell та колег (2003), майже половина комбатантів (40%), які зазнали травмування, отримують діагноз ПТСР. Цей показник ще вищий у групах військових із тяжкими ураженнями тіла (Fisher, 2023²). Спотворення тілесного Я спричиняє додаткове психосоціальне навантаження на психіку людини, виступаючи додатковим джерелом травмування. Постійний і видимий характер цих ушкоджень слугує щоденним нагадуванням людині про її травму та вважається стимулом до розвитку або підтримки ПТСР (Van Loey et al, 2003). Подібні висновки були також отримані у дослідженні групи фахівців з Франції та Люксембургу (G. Pomares, H. Coudane, F. Dar, G. Dautel, 2020 [328]), які зазначили, що після травматичної ампутації верхньої кінцівки майже у половини пацієнтів розвивається стан посттравматичного стресу, наближений до переживання втрати. На сьогодні, описано декілька моделей переживання втрати. Найбільш релевантною для роботи з фізично травмованими є модель Кюблер-Росс, або «п'ять стадій прийняття смерті». До основних стадій переживання втрати тут віднесено стадію заперечення, гніву, торгу, депресії та прийняття. І хоча, сама модель розроблялась у ракурсі переживання суб'єктом смертельної недуги, емоційні стани прийняття каліцтва є близькими до переживання втрати.

Іншим розладом, який може виникати на фоні отриманої травми є різновид неврозу – *тілесний дисморфічний розлад* (ТДТ; англ. **Body dysmorphic disorder, BDD**). При ТДТ людина виявляє надмірне занепокоєння навіть незначними дефектами чи особливостями свого тіла. У неї простежується загострена увага до певних частин тіла та стійка мисленнєва зосередженість на дефекті.

Ще одним психологічним наслідком фізичного травмування внаслідок поранень є розвиток депресивних станів. Як зазначає

² Fisher, J. E., Zuleta, R. F., Hefner, K. R., & Cozza, S. J. (2023). Combat-related injuries and bereavement: Effects on military and veteran families and suggested interventions. In C. H. Warner & C. A. Castro (Eds.), *Veteran and military mental health: A clinical manual* (pp. 419–438). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-031-18009-5_23

дослідник із Університету Вашингтона Гейл Райбер, у кожного четвертого ветерана, який у результаті бойових дій втратив кінцівку, було діагностовано розлади настрою (G. E. Reiber et al, 2010 [332]). Одним із наслідків травми є розгортання внутрішньоособистісної стигматизації. Як відомо, стигматизація (грец. στίγμα – тавро, клеймо) це негативне виокремлення індивіда на підставі певної ознаки, девальвація його соціальної ідентичності. При роботі з пораненими варто пам'ятати, що стигматизація може проявлятися як на міжособистісному, так і внутрішньоособистісному рівнях. За цих умов відбувається самостигмація власних рис чи образу, як на рівні когнітивних міркувань, так і емоційного самосприйняття. Такі стани також можуть супроводжуватись дисфоричними емоціями, що виявляються у глибоких відчуттях незадоволеності, пригніченості, дратівливості та емоційного дискомфорту. На думку вчених, дисфоричні емоції, за умови травмування тіла, обумовлені процесами негативного самооцінювання, які активуються у певних ситуаціях, що передбачають оголення тіла, наявність соціального контролю чи соціального спостереження та порівняння. Людина починає соромитися свого тіла, оскільки порівнює своє тіло з попереднім зафіксованим у її свідомості образом фізичного Я. Вона постійно звертається до свого минулого і сприймає поточний образ як перешкоду для побудови стосунків із соціальним оточенням. Від цього страждає її самооцінка, міра впевненості та соціальної активності. З'являються болісні зіставлення себе з іншими людьми, які викликають відчуття неповноцінності, бажання щось приховувати чи контролювати. Зростання емоційної напруги призводить до деструктивної поведінки та ізоляції. Згодом відстороненість може перерости в глибоко вкорінений страх і відразу до свого тіла.

Ситуація також ускладнюється тим, що на міжособистісному рівні люди можуть відчувати небажану увагу, страх взаємодії або некоректне чи зверхнє ставлення з боку інших. На превеликий жаль, можна констатувати наявність вагомих підстав для скаліченої людини побоюватися насторожених реакцій з боку оточуючих. Відмінність зовнішнього вигляду від загальноприйнятих зразків може викликати негативні реакції, соціальну стигматизацію та соціальне відторгнення. Як зазначалось раніше, це обумовлюється процесами соціальної перцепції. Наукові дослідження та життєва практика показують, що у переважній більшості в процесі здійснення соціально перцептивних

обстежень люди орієнтуються на «нормальну» зовнішність, яка відповідає суспільно визначеним зразкам (D. B.Sarwer, et al, 2022 [340]).

Суспільство не завжди готове адекватно сприймає осіб з видимим ушкодженнями. Надмірна увага, розпитування, мимовільне відсторонення чи уникання зумовлюють підвищену соціальну тривожність травмованої людини та призводять до соціального уникання, ізоляції та активації поведінки, спрямованої на приховування шрамів або протезувань. Наслідками соціальної стигми є навішування ярликів, дія негативних стереотипів, відчуження, дискримінація та зниження соціального статусу. Подібна стигматизація має негативний вплив на особистість та її ідентичність. Вона породжує чи підсилює стресогенність ситуацій, викликає такі реакції, як тривога, настороженість, зниження продуктивності пам'яті. Загроза ідентичності, спричинена стигмою зумовлює гострий інтрапсихічний конфлікт, зумовлений тим, що людина оцінює вимоги, нав'язані стигматизуючим фактором, як потенційно шкідливі для її особистості, або ж недосяжні, оскільки вони перевищують її ресурс, її потенційні можливості, щоб впоратися з вимогами. Ця оцінка є результатом взаємозв'язку ознак ситуації, колективних уявлень, які особа привносить у ситуацію та її індивідуальних характеристик. Як зазначає медичний психолог Мері Кілінг, із дослідницької групи з питань оборонної безпеки (RAND Europe), поранені ветерани висловлюють побоювання, що видимі травми можуть викликати у інших думку про те, що вони психічно хворі чи вчинили акти насилля (M. Keeling et al, 2022 [303]).

Варто відзначити, що процес оцінки може бути автоматичним, невербальним, миттєвим і відбуватися поза свідомістю. Все ж, варто визнати, що індивідуальні інтерпретації відіграють ключову роль у відповідях на стигму. Успішне проживання кризи соціальної значущості, відмова від ідей неповносправності дозволяє людині не лише прийняти трансформований образ тіла, а й активізуватися на шляху відновлення професійних і соціальних ролей та статусів. Центральну роль на цьому етапі відіграє рівень життєстійкості особистості та її готовність до активних дій.

Сучасні дослідження засвідчують, що існує значне розмаїття індивідуального реагування на стигму, зокрема люди схильні застосовувати різні стратегії самоподачі. Одні стратегії передбачають приховування скалічених частини тіла, маскування факту відсутності

певної частини тіла, уникання соціальних ситуацій з презентаційним контентом. Вибір таких форм поведінки може значно обмежувати щоденне функціонування (E.V. Thomas et al, 2021 [360]) та погіршує якість життя загалом. Інші стратегії базуються на позитивному самосприйнятті Я-образу. Люди з позитивною орієнтацією переважно не зациклюються на своєму минулому, вони зосереджені на своєму теперішньому та достатньо оптимістично налаштовані стосовно майбутнього. Вони не приховують факту травматизації, наявність протезів, надаючи перевагу функціональному зоровому контролю за протезом, можуть з гумором реагувати на поточну ситуацію та знаходити конструктивні шляхи самоподачі. Маючи позитивне налаштування на себе, індивід сприймає критичний контент взаємодії для посилення своєї сутності. Відповідно, при визначенні ефективних стратегій подолання ситуації необхідно враховувати не лише дію факторів, які потенційно мають вплив на життєстійкість людини, а й особливості суб'єктивного реагування та наявність особистісного ресурсу.

Цілком зрозуміло, що прийняття факту травматизації та напрацювання конструктивних копінг-стратегій є довготривалим процесом. У психологічній літературі стверджується, що процес трансформації тілесного Я-образу в структурі самосвідомості відбувається не лінійно. Існує декілька підходів до періодизації процесу прийняття травмованого тіла. Зокрема, при відновленні після спинномозкової травми у перебізі інтрапсихічного конфлікту виокремлюють проживання чотирьох криз: кризи цілісності образу; автономії; оновленої тілесної ідентичності та кризи значущості нового образу. У основі означених криз лежать механізми розпаду, дезорієнтації та дезадаптації.

На думку психолога з бойовим досвідом С. Тітаренко (2023) існує три етапи адаптації до травмованого тіла: етап прийняття того що трапилося розумом (шоковий); етап заперечення; етап емоційного прийняття [214]. Якщо два перші етапи, як первинні способи реагування індивіда на ситуацію, є доволі короткотривалими, то третій – розтягнений у часі. Індивід вчиться жити по-новому. Як зазначає С. Тітаренко, «щодня людина змушена долати нові перешкоди за принципом: якщо я не здолав бар'єр сьогодні, то завтра, на цьому ж місці, я знову намагатимусь його здолати. Це вдається не відразу, що провокує виникнення фрустрації, яка об'єктивується через обурення та

агресію або депресивні стани. Людина злиться на всіх довкола, на себе, на Всесвіт. Вона може бити кулаками об стіну або лупцювати себе по нозі, яка не ходить, або по обличчю, яке не усміхається. У іншому випадку людина може уникати соціальної комунікації, вживає алкоголь, психотропні речовини» [214].

Обговорюючи етапи зцілення від травми, доктор медичних наук, професорка психіатрії Гарвардської медичної школи, автор книги «Trauma and Recovery» (Травма та відновлення) Джудіт Герман виокремлює три його етапи: встановлення безпеки, проживання скорботи та відновлення зв'язків (J. Herman, 2015 [294]). Для створення відчуття безпеки, травмованій людині, перш за все, необхідно навчитися приймати своє тіло, почуватися в ньому у безпеці, розпізнавати та реагувати на соматичні відчуття, «прислухатися» до того, що потрібно тілу. Це передбачає використання стратегій заспокоєння та навчання самоконтролю над своїми емоціями та спогадами, пов'язаними з травматичною подією. Згодом, відчуття безпеки може поширюватися і на друзів, родину та інші спільноти. Проте, автор зазначає, що у багатьох випадках, однією з особливостей переживання травмуючої події є те, що люди, місця, ситуації, які індивід колись вважав частиною свого життя, більше не сприймаються ним як такі. Як наслідок, людина може відмежуватись від попередньої дружби чи стосунків, які резонують у неї з минулими планами, може обмежити час, який проводить з тим чи іншим членом сім'ї. Відновлення почуття спокою займає центральне місце при новому визначенні того, що означає безпека.

Проживання етапу скорботи передбачає примирення з новим життям після травми. Переживаючи біль, людина, врешті-решт, отримує відчуття свободи волі та контролю над своїм життям. Як зазначає Д. Герман, намагання уникати процесу горя, шляхом переключення на стосунки, хобі чи навіть роботу, збільшує ризик формування залежності, компульсивної поведінки, депресії, тривоги чи інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям [294]. Подібним чином дослідження показують, що модель поведінки уникнення підсилюється кожного разу, коли людина вдається до компульсивної поведінки, щоб уникнути горя, що призводить до підвищення ризику емоційних, психологічних і фізичних проблем у результаті такої поведінки. Проте, цей період може також затягуватись в часі. В цьому випадку психологи говорять про патологічне горе. Термін «патологічне горе»

застосовують до людей, яким не вдалося подолати свою скорботу, незважаючи на плин часу (Understanding Pathological Grief). Патологічна реакція скорботи може бути діагностована навіть через тривалий час (один або й більше років), при цьому стан людини не покращується. Як зазначається у наукових джерелах, немає абсолютних часових рамок, після настання яких горе вважається патологічним, хоча існують культурні норми, які можуть виступати певними орієнтирами. Як відомо, у нашій соціокультурі є поняття сороковин – часу, протягом якого гострий біль втрати притупляється. Якщо ж людина продовжує активно сумувати навіть через півтора-два роки, говорять про «патологічне горе». При цьому, тяжкі страждання, які у часовому вимірі тривають у більш короткому проміжку, але характеризуються високою інтенсивністю і гостротою також можуть інтерпретуватись як патологічне горе. У своїй сукупності процес горювання об'єднує переживання людиною функціональних, соціальних, естетичних і, перш за все, психологічних проблем. При цьому, переживання стану травматичного патологічного горя провокує погіршення самопочуття та підвищення частоти больових симптомів. Позначаючи чиєсь горе як патологічне, лікар чи психолог, тим самим, вказує на те, що вихід із стану горя, з тієї чи іншої причини, не відбувся, і людині потрібна професійна допомога.

На наступному етапі – етапі прийняття – повинні сформуватися нові зв'язки людини з собою. Цей процес передбачає не стільки зміну самого себе, скільки вивчення внутрішніх ресурсів, усвідомлення своїх потенційних можливостей. Це досягається завдяки рефлексивному погляду на себе ніби зі сторони, з іншого ракурсу. Фактично, людині необхідно усвідомити, що саме може принести їй заспокоєння, допоможе відчувати себе цілісно, та зробить життя щасливим і повноцінним. Перебування в оточенні психічно здорових людей, реалізація нових завдань та формування нового досвіду є основою відновлення після травми (J. Herman, 2015 [294]).

Одним із важливих аспектів організації психологічної допомоги пораненим та оперованим бійцям є питання часу. Варто прислухатися до думки французьких клінічних психологів, які зазначають, що психотерапевтичні консультації у перші дні можуть не принести належної користі (G. Pomares, H. Coudane, F. Dap, G. Dautel, 2020 [327]). Спираючись на власний досвід, вони зазначають, що пацієнти часто не можуть адекватно висловлювати свої емоції протягом перших

днів, оскільки перебувають у стані шоку. Лише після його згасання (через 10-15 днів) стає можливою і доцільною терапевтична взаємодія. З іншого боку, як зазначають дані автори, зволікання із психотерапією протягом кількох місяців є також шкідливим.

Аналіз наукових джерел засвідчує, що негативні зміни Я-образу після отриманого травмування виникають не у всіх. Наявність цих тенденцій вказує на необхідність розробки питань, щодо факторів, які забезпечують людині можливість впоратися з проблемою.

При аналізі перебігу суб'єктивного прийняття травмування виокремлюють три можливі сценарії:

- повне прийняття людиною нової зміненої ідентичності;
- прогресування емоційної напруги та загострення травматичного патологічного горя;
- неповне одужання, при якому травмований, не перебуваючи у стані травматичного стресу, все ж, не може повністю прийняти реальність жорстокої модифікації свого тіла (G. Pomares, H. Coudane, F. Dar, G. Dautel, 2020 [327]).

При цьому, психологічні дослідження переконливо засвідчують, що соціокультурний контекст життя людини має більш значний вплив на образ її тіла, ніж її інвалідність (E. V Thomas, 2021 [360]). Оцінюючи ефективність лікування і психологічного відновлення особистості після травматичної ампутації верхньої кінцівки, клінічний психолог Федерації європейських товариств терапії руки (FESSH) Жермен Помарес та його колеги зазначають, що менше половини пацієнтів можна вважати такими, що одужали [328]. При цьому довгостроковий прогноз, перш за все, залежить не від обсягів ампутації, а здатності пацієнта прийняти своє нове тілесне Я.

Проте, у більш складних ситуаціях фактор тяжкості ураження відіграє значну роль у визначенні здатності людини прийняти нові умови її існування. Для прикладу, у дослідженні Е. Вайнштейн визначено основні типи поведінкових реакцій у осіб із спинно-мозковою травмою на втрату контролю над собою тіла та відчуття безпорадності: дитячо-вимогливий, відсторонено-замкнутий, ворожий, тривожно-депресивний (E. A. Weinstein, 1995 [365: 355]). Науковці наголошують, що для супроводу процесу прийняття нової ситуації важливо розуміти особливості сприймання травмованими людьми змін, що відбулися з їх тілом та побудову ними нових ідентичностей. Значущу роль у цьому процесі відіграють дослідження якісного

спрямування. Проте, як зазначає група канадських науковців, існує досить обмежене коло досліджень, спрямованих на врахування суб'єктивного сприйняття образу тіла у процесі надання первинної медичної допомоги (L. Lamarche et al, 2020 [308]). Медичному персоналу, що надає первинну медичну допомогу, бракує знань про сутність цього психологічного утворення, його формування, трансформування та значущості у процесі проходження лікування та видужання. Учасники дослідження визначили важливість образу тіла у життєдіяльності пацієнтів, але продемонстрували невміння здійснювати визначення його особливостей та шляхів врахування у процесі лікування пацієнтів.

Прикладом застосування інтрапсихічного фокусу та подальшого якісного аналізу суджень людей з тяжкими спинно-мозковими травмами, щодо свого тіла і його прийняття, є робота іспанських науковців (M. Vázquez-Fariñas & B. Rodríguez-Martin, 2021 [363]). Автори виокремили дві категорії суджень: зміни в схемі тіла та судження щодо підвищення процесів усвідомлення його нового функціонування. У кожній із означених категорій дослідниками було виокремлено по дві полюсові підкатегорії: відчуження – нормалізація тіла (структура першої категоріальної групи) та неконтрольоване тіло – перевизоване тіло (підкатегорії другої групи).

У підкатегорію «Відчуження» включалися суб'єктивні ідеї чужорідності власного тіла після травми, фрагментованості тулубу, розмитості тіла, атрофованості його м'язової системи та залежності від інвалідного візка чи його сприйняття як продовження тіла. Фактично вони засвідчували втрату людиною відчуття тілесної цілісності та єдності тілесного і психічного. Інвалідний візок розглядався учасниками як невід'ємна частина їхньої нової схеми тіла після травми спинного мозку. Деякі учасники описали початкову відмову від інвалідного візка, вважаючи, що це посилює видимість їхніх обмежень та інвалідності, висловлюючи ідеї про смуток у зв'язку з тим, що їм доведеться залежати від нього все життя. Крім того, вони описали потребу в часі та поступовість психічного процесу адаптації, щоб сприйняти крісло як фасилітатор їхнього одужання та важливий засіб функціонування у світі. Учасники, яким потрібен був інвалідний візок, вважали його продовженням свого тіла, елементом їхньої ідентичності та засобом пересування й спілкування із зовнішнім світом.

Як уже зазначалося, друга лінія усвідомлення нового функціонування тіла у дослідженні Марії Васкес-Фариньяс та її колег була представлено двома категоріями суджень респондентів: неконтрольованість тіла та його перевиховання (М. Vázquez-Fariñas & B. Rodríguez-Martin, 2021 [363]). Спостерігаючи за своїм тілом, учасники констатували, що тіло стало більш автономним й мало керованим, воно постійно вимагає більшого догляду, турбують болі, змінилося функціонування сечового міхура й кишечника, спостерігається спастичність, відсутність рухливості та рівноваги. Все ж, тіло можна поступово перенавчити, сприйнявши його новий образ та функціонування. У дослідженні виокремлюються і обговорюються судження респондентів, щодо перенавчати тіло. Завдяки самопізнанню, травмованій людині вдається відновити контроль над тілом та оволодіти новими способами життєдіяльності.

Особливу увагу привертають дослідження, які аналізують вплив різноманітних факторів на ефективність реабілітації осіб, які варто враховувати при організації психологічного супроводу тяжко поранених. Спираючись на думки респондентів, Васкес-Фариньяс з колегами роблять висновок, що чоловіки здатні більш успішно проходити шлях реабілітації. Крім того, іншим фактором, що сприяє реабілітації є молодий вік.

У випадку травмування військового, додатковим фактором, що може підвищувати життєстійкість людини, є прийняття нею військової культури та сформованість військової ідентичності. Наукові дослідження засвідчують, що саме віднесення себе до війська, сформована військова ідентичність допомагає пораненим у процесі видужання та адаптації. У роботі Джанет Кетер, зазначається, що жінки-ветерани із втратою кінцівок пов'язують свою здатність пристосуватися до змін зовнішнього вигляду та долати тривогу, пов'язану із стигмою, саме сформованістю військового духу та витривалості. Вони повідомляють, що не лише не соромляться своїх протезів, а й пишаються ними, сприймаючи їх як символ своєї участі у бойових діях та служіння країні (J. K. Cater, 2012 [269]). І навпаки, втрата військової ідентичності, особливо для чоловіків, для яких маскулінність тіла має унікальну значущість, вимагає від ветерана значних зусиль у пристосуванні до змін зовнішності та функціонування тіла. Руйнування військової ідентичності призводить до підвищення вразливості особистості, зміни її ставлення до своєї

зовнішності, поведінки у системі романтичних стосунків, особливостей функціонування тіла та налагодження сексуальних зв'язків (M. Keeling, N. D. Sharratt, 2023 [303]).

Виокремлюючи фактори, що допомагають відновленню, науковці зазначають, що фактор часу, активне прийняття людиною нової схеми тіла, позитивна життєва поведінка, молодість, поступове зменшення ступеню залежності від третіх осіб, наявність попередніх гнучких звичок допомагають травмованому впоратися з важкими змінами тіла після травми.

У психологічній науці і практиці напрацьовані різні підходи відновлення образу тіла. Терапія може здійснюватися у руслі когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) із урахуванням різновиду травми, а також соматичної терапії, яка зосереджена на відновленні зв'язку з фізичним Я у безпечному, цілощому середовищі. (Зазначимо, що арттерапевтичні технології, які на сьогодні широко практикуються у наших військових госпіталах, все ж не отримали належного визнання у зарубіжній науці і практиці роботи з військовими, оскільки їх позитивні ефекти для відновлення ідентичності при спотворенні зовнішності не доведені). Відновлення полягає в тому, щоб навчитися знову довіряти своєму тілу і приймати його. Основою цих процесів є використання стратегій усвідомлення тіла та терапії, які мають на меті нормалізувати та допомогти відновити дихання, поставу, рівновагу та м'язову напругу. Ті показники, які, зазвичай, виокремлюються у руховій поведінці людей, які зазнали травми. В організації цього процесу слід враховувати, що реабілітаційне лікування не завжди забезпечує зняття больової симптоматики. Як засвідчують дослідження, фантомний біль відчуває більша половина пацієнтів з ампутаціями (57%), близько половини із них (41,2%) відмічають біль у куксі (А. А. Беспаленко та ін., 2020 [11: 69]). Значна частина травмованих має болючі мультимодальні соматосенсорні спогади, що включають не лише біль, а й тактильні, візуальні, моторні та навіть нюхові компоненти (О. М. Кокун та ін., 2023 [86:96]).

Важливим аспектом відновлення є встановлення нових критеріїв маскулінності/фемінності, переоцінка ступеня прихильності до нормотипових цінностей, створення стосунків, побудованих на міцних засадах, і залучення до спільного подолання перешкод. Важливим висновком, який обговорюється в літературі, є отримання скаліченою особою соціальної підтримки не лише від близьких, а й тих, хто має

однакову із ними соціальну ідентичність, тобто від побратимів, ветеранів чи таких же як і вони поранених. Доступ до підтримки з боку людей із подібними травмами виникає на основі асиміляції групи у військовий колектив, забезпечуючи реалізацію закономірності «бути одним із побратимів» та отримати доступ до такої підтримки (M. Keeling et al, 2023 [303]).

Однією із ліній відновлення ветераном власної ідентичності та побудови нового образу Я є відродження його/її сексуального потенціалу та фертильності (за можливості). Як приклад, можна навести дослідження Мері Кілін та Ніколаса Шарата, присвяченого вивченню особливостей адаптації чоловіків, що зазнали бойових поранень, до нових умов існування та нового образу тіла. Як зазначається, сексуальна компетентність є важливим компонентом маскулінності ветеранів (M. Keeling et al, 2023 [303]). Вони потребують належної психологічної підтримки у питаннях сексу, побудови інтимних стосунків та фертильності. Тяжкі поранення часто спричиняють звуження сексуального репертуару з акцентом на ерекційну функцію та ефективність (D. Satcher et al., 2012 [341]). Допомога фахівців повинна спрямовуватися на ознайомлення з новим сексуальним репертуаром, включаючи знання про можливі та безпечні пози. При реалізації програм відновлення сексуальності та інтимності ветеранів обговорюється доцільність зміщення фокусу із моделі сексуальних дій на модель, засновану на задоволенні (K. M. Ellis, M. J. Nordstrom, K. E. Bach et al., 2021 [281]) Якщо у першому випадку увага зосереджується на проникненні та продуктивності, то у другому – на активації еrogenних зон та розширенні способів залучення до сексуальної активності.

Розробку та надання індивідуальної підтримки для поранених ветеранів на різних етапах реабілітації можна покращити, враховуючи нюанси їх досвіду. Це може включати вивчення питань ставлення військового до втрати цілісності свого тіла та її впливу на самооцінку, самопочуття та сприйняття свого особистого капіталу як чоловіка/жінки; вивчення проявів невпевненості у своїй привабливості та бажання приховувати свої видимі відмінності; вивчення проявів занепокоєнь щодо фертильності та сексуального функціонування. Важливими аспектами реабілітаційних і ресоціалізуючих програм повинні стати питання відновлення функцій тіла, обговорення нових поведінкових репертуарів (включаючи і сексуальні), налагодження

міцних зв'язків із соціальним оточенням, ветеранськими організаціями, побратимами.

Спеціалісти, що виконують супровід людей з тяжкими пораненнями, повинні чітко усвідомлювати, що поранення, які призвели до зміни зовнішності є складним випробуванням не лише для тіла людини, а й її психіки. Відповідно, процес відновлення повинен передбачати стимулювання внутрішніх ресурсів особистості, які б сприяли формуванню й реконструкції самооцінки тіла, забезпечували б процес прийняття себе та особливостей свого тіла.

На сьогодні існує значна кількість методів психотерапії для роботи з травматичними спогадами та прийняттям тілесних ушкоджень. Найбільш ефективними для роботи із фізично скаліченими ветеранами є когнітивно-поведінкова та тілесна терапія у різних їх варіаціях: когнітивно-процесуальна терапія, метод пролонгованої експозиції, терапія десенсибілізації за допомогою руху очей і репроцесінгу (EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing), практика втілення емоцій (practice of embodying) доктора Раджі Селвама (Raja Selvam) та ін. [345]. Зазначимо, що до початку повномасштабного вторгнення РФ у 2022 році у реабілітаційних центрах ЗСУ та НГУ найчастіше використовувалися методи арттерапії. Проте, сучасні вітчизняні та зарубіжні дослідження вказують на відсутність достатніх доказів щодо подолання ПТСР у дорослих з допомогою творчих технологій. Ключовими техніками, які допомагають людям узгодити своє справжнє, ідеальне та належне «Я» після травмування визнаються методи когнітивно-поведінкової терапії, практики усвідомлення та методи позитивної психології.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) допомагає змінювати поведінку, думки та почуття щодо образу тіла шляхом:

- виявлення шкідливих ірраціональних думок і поведінки;
- зміни негативного самосприйняття;
- протипоставлення негативним уявленням про своє тіло позитивних;
- навчання управлінню стресом і стратегіям подолання.

Ці втручання сприяють більш здоровому образу тіла та покращують загальне самопочуття, заохочуючи більш поблажливе самоставлення. Як показують результати наукових досліджень, ставлення до свого тіла, задоволеність Я образом має широкий

індивідуальний діапазон. Розуміння ролі образу тіла в самооцінці людини має вирішальне значення для простеження його впливу на психологічні гаразди індивіда та його життєдіяльність. Люди суттєво різняться установками, щодо важливості образу тіла як визначального компоненту загальної самооцінки. Варто зазначити, що ці варіації суттєво впливають на психічне здоров'я людини.

Метод пролонгованої експозиції є ефективним для корекції соціальної тривожності ветеранів при входженні у цивільне життя, особливо за умови розвитку у них obsесивно-компульсивного розладу (ОКР). Як відомо, ОКР – це тривожний розлад, що характеризується наявністю нав'язливих думок (obsесій) і дій, які виконуються для зниження тривоги (компульсій). При практичному застосуванні методу пролонгованої експозиції проводиться оцінка наявних психопатологічних ситуацій-тригерів та нав'язливих станів; здійснюється первинна оцінка рівня тривоги; розробляється ієрархія ситуацій для експозиції та здійснюється їх безпосереднє проживання спочатку на рівні уяви, а потім і в реальному житті.

Досить ефективним методом роботи з травмою, яка запускає природний механізм самозцілення, вважається EMDR-терапія (ДПРО – десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання травми) рухом очей). На думку деяких фахівців, за допомогою ДПРО покращення стану досягається значно швидше ніж в процесі когнітивно-поведінкової терапії і при цьому мінімально турбує клієнта. Методика використовується у психотерапевтичній практиці з 1987 року. Її автором є американська психологиня, старший науковий співробітник Науково-дослідного інституту Психічних досліджень в Пало-Альто, США Френсін Шапіро (F. Shapiro, 2001 [348]). Вихідною для терапії ДПРО є ідея про те, що кожна людина має природну здатність до зцілення. Усі проходять через складні життєві ситуації, обробляючи інформацію й зберігаючи її. «Обробка» в терапії ДПРО стосується природної здатності людини інтегрувати емоції, переконання та відчуття тіла у систему особистого досвіду. При його обробці, індивід не лише усвідомлює модальність набутого досвіду, а й виносить певні уроки: корисні зміни в почуттях і відчуттях тіла, пам'ять про свої успіхи і переваги, з'являється розуміння того, як майбутні дії можуть бути скореговані завдяки досвіду. Іншими словами, «обробка» досвіду означає його осмислення та зняття занепокоєнь, які він викликав. У тих випадках, коли досвід занадто болісний чи шокуючий і людині складно

його пережити самостійно, використовується ДПРО-терапія. Її мета – «сприяти прискореній обробці інформації» (F. Shapiro, 2017, [349:83]). ДПРО складається зі структурованого набору протоколів і процедур на основі моделі адаптивної обробки інформації (AIP) (F. Shapiro and Lalotis, 2011 [350]). Це комплексний метод психотерапії, що об'єднує багато успішних елементів різних терапевтичних підходів та комбінує їх з рухами очей або іншими формами двосторонньої стимуляції, таким чином, щоб активувати механізм почергової обробки травматичної інформації різними ділянками мозком.

Зазначимо, що метод широко використовується у світовій психологічній практиці. Підтвердження цьому є його рекомендація Національною Радою психічного здоров'я Ізраїлю для лікування жертв тероризму (2002) та Американською Психіатричною Асоціацією як ефективного методу лікування психічних травм (2004). Метод рекомендований також ВООЗ для лікування стресових розладів. У Практичному керівництві «Міжнародного товариства вивчення стресу» ДПРО категоризується як ефективний метод лікування ПТСР у дорослих (Е. В. Foa, Т. М. Keane, М. J. Friedman, 2009 [285]). Міністерство Оборони США і Департамент Ветеранів США (2004) віднесли ДПРО до вищої категорії процедур для лікування інтенсивної травми як метод екстреної психорегуляції. Фактично ДПРО-терапія – метод когнітивного переструктурування, з метою нормалізації психофізіологічного стану. Це техніка десенсибілізації та переробки рухами очей, яка на сьогоднішній день вважається однією з найшвидших прийомів роботи з травмами, стресами, страхами, тривожністю, нав'язливими думками, оскільки працює приховано на рівні нейрофізіології.

Використання ДПРО, як і інших психологічних технологій, передбачає дотримання певних протоколів. Загальна структура сеансу включає: вибір суб'єктивно безпечного місця (реального чи уявного); виокремленні травмуючої ідеї (досвіду); оцінка наявного стану тривоги; виокремлення наявності негативного уявлення про себе в цій ситуації; поетапне опрацювання ситуації (через рухи очей чи переключення уваги на зі сигнали, постукування); після кожної серії застосування прийомів проводиться оцінка результату, аж до повного усунення негативних відчуттів. Існує думка про те, що у стані гострої тривоги, розгубленості чи страху рухи людини хаотичні, погляд наче

«блюкає». Якраз його відновлення і допомагає послаблювати негативний стан.

У терапії десенсибілізації та репроцесуалізації (опрацювання травми) рухом очей використовується восьмифазний підхід. Назви фаз вказують на зміст процесів, що відбуваються. Кожна з фаз фокусується на певному аспекті лікування (М. Hase, 2021 [292]). До протоколу ДПРО належать наступні фази:

- фаза збору анамнезу. Основна мета – визначення цілей допомоги;

- фаза підготовка пацієнта. Мета – ознайомлення клієнта чи пацієнта з особливостями методики і її процедурами;

- фаза оцінка цільової пам'яті Ця фаза, яка триває близько 30 секунд, включає запитання для активації спогадів про травму;

- фаза десенсибілізація – «зниження чутливості» до різних ситуацій чи думок. Це перенавчання, перехід від гострого типу реагування на травму до більш спокійного. Цей етап включає декілька процедур, одна з яких, це рух очей, двостороння стимуляція. Процесуалізація травми відбувається за допомогою одночасного згадування травматичного матеріалу та простеження пацієнтом руху руки терапевта вправо-вліво. Процедура може передбачати і інші форми білатеральної стимуляції (почергові дотики до лівої/правої долоні, аудіостимуляцію та ін.). Припускається, що такий подвійний фокус уваги – на травматичному матеріалі та на стимулах, що по чергово активують ліву/праву півкулю, орієнтують увагу людини на тому, що відбувається «тут і тепер» – задіюючи механізм прискореної процесуалізації інформації та сприяють інтеграції травматичних спогадів у експліцитну, наративну пам'ять, що, відповідно, веде до редукції симптомів ПТСР. Ця процедура триває до тих пір, поки рейтинг суб'єктивних одиниць дистресу клієнта не досягне нуля. Зазначимо, що система рейтингування самопочуття переважно здійснюється за десятибальною шкалою, де 10 означає найбільше занепокоєння, у зв'язку з проблемою чи подією, а нуль – його повну відсутність;

- фаза встановлення. Це етап закріплення позитивної віри в себе через двосторонню стимуляцію. Утверджуються переконання на зразок «Я гідний» або «Наразі я в безпеці». Двостороння стимуляція використовується до тих пір, поки пацієнт не повідомить, що бажаний спосіб мислення цілком прийнятний;

- фаза сканування тіла. Під час цієї фази терапевт просить пацієнта сканувати себе з ніг до голови, щоб простежити наявність-відсутність якихось негативних відчуттів. Якщо вони виникають, двосторонню стимуляцію продовжують, доки всі негативні відчуття, що залишилися, не будуть виведені з тіла;

- фаза закриття, зосереджена на завершенні сеансу та допомозі пацієнту повернутися до стану спокою в сьогоднішні;

- фаза оцінки результатів терапії.

Кожна наступна фаза розпочинається після реалізації завдань попереднього етапу. Усі вісім фаз сприяють загальному ефекту терапії EMDR, однак не всі фази можна використовувати в одному сеансі.

Список негативних мисленнєвих установок, які корегуються у рамках методу ДПРО

Негативна установка самонедосконалості	Позитивна установка
Я недостатньо хороший	Я достатньо хороший
Я погана людина	Я гарна людина
Я не заслуговую на любов	Я заслуговую любові
Я не вартий любові	Я коханий
Я неадекватний	Я адекватний
Я нічого не вартий	Я цінний
Я слабкий	Я сильний
Я безнадійно травмований	Я здоровий (чи можу бути)
Я жалюгідний	Я маю гідність
Відповідальність	
«Коли ви думаєте про цю ситуацію чи спогад, наскільки правдивими здаються вам наступні ідеї (позитивне самосприйняття оцінюється терапевтом за шкалою від 1 до 7, де 1 є абсолютно незгода, а 7 – абсолютна згода	
Я повинен був щось зробити	Я зробив це настільки добре, наскільки міг
Я повинен був зробити краще	Я роблю це настільки добре, наскільки можу
Я повинен був зробити більше	Я роблю стільки, скільки можу
Я зробив щось неправильно	Я виніс з цього урок
Це моя провина	Я зробив так добре, як міг

Негативна установка самонедосконалості	Позитивна установка
Безпека	
Зараз я не відчуваю себе в безпеці	Зараз я в безпеці
Я нікому не можу довіряти	Я можу обирати, кому довіряти
Я в небезпеці	Це закінчилося зараз я в безпеці
Я помру	Зараз я в безпеці і я живий
Переживати і виявляти свої емоції це недобре	Я можу безпечно почуватися і виявляти свої емоції
Контроль/вибір	
Я не контролюю ситуацію	Зараз я контролюю ситуацію
Я безсилий	Зараз у мене є вибір
Я безпорадний	Я контролюю свою долю
Я слабкий	Я сильний
Мені неможна довіритися	Мені можна довіритися
Я не можу довіряти собі	Я можу довіряти собі

Методика ДПРО постійно удосконалюється. На сьогодні опубліковано декілька її модифікацій (F. Shapiro, 2001 [348]; 2011 [350]; 2017[349]).

Достатньо ефективним у роботі з ветеранами може бути і підхід «Практика втілення емоцій» (practice of embodying, ISP), запропонований доктором Р. Селвамом (R. Selvam, 2022 [345]). Цей підхід сформувався у процесі надання практичної допомоги людям, що пережили природні стихійні лиха та військові конфлікти, включаючи фізичне травмування. Це науково обґрунтована психологічна практика, що визнається у зарубіжній психотерапії додатковим методом для скорочення тривалості лікування та покращення когнітивних, емоційних, поведінкових, фізичних, енергетичних, стосункових та духовних результатів у всіх методах терапії, включаючи існуючі тілесні практики й підходи. Методика спрямована на ефективну переробку та загоювання емоційних травм через задіювання тіла. Р. Селвам описує чотири етапи роботи над емоційним втіленням: виокремлення ситуацій, що викликають травмуючі емоції; аналіз емоцій, їх усвідомлення та прийняття; розширення емоцій у мозку та тілі для покращення толерантності до афектів; інтеграція, спрямована на фізичні, енергетичні, когнітивні та поведінкові переваги втілення.

Фактично, передбачається перенесення емоційного напруження у різні частини тіла, оскільки на думку Р. Селвама, чим довше емоція відчувається у одній тілесній зоні, тим інтенсивнішими стають переживання та мають більш руйнівні наслідки. Тому, людину вчать практикувати способи розподіляти стрес у своєму тілі для зняття його накопичення як на рівні думки, так і рухових ефектів та самодотиків (рух кінцівками, погладжування, стискання). При роботі з емоціями використовуються прийоми віддзеркалення, моделювання, обмін емоційними переживаннями, висловлювання співчуття та співпереживання, навчання необхідності емоційний досвід, тощо (R. Selvam, 2022 [345]).

Вся, вищеозначена інформація веде до висновку, що з метою профілактики тяжких психологічних страждань, зумовлених спотворенням тіла чи його частин у результаті поранень, доречно включати питання формування потенційної готовності до прийняття нового тілесного Я при підготовці мобілізованих до участі у бойових діях. Людину не можна навчити не відчувати біль чи страх, але закласти основи диверсифікації структури самооцінки, зміщення акцентів із сприйняття зовнішності на виокремлення більш широкого набору атрибутів свого Я, включаючи особисті досягнення, міжособистісні стосунки, внутрішні якості, такі як доброта чи креативність, інтелект чи життєві цілі й наміри. Індивіду, на когнітивному рівні, необхідно прийняти ідею ризику військового травмування. Потенційно людина повинна не лише бути готовою прийняти своє скалічення, а й мати, хоча б, первинні уявлення про шляхи адаптації до життя з травмованим тілом. У цьому контексті варто прислухатися до порад відомого психотерапевта Джеймса Гордона, автора праці «Трансформації», який виокремлює центральні ідеї відновлення після фізичної травми: «Ми повинні знову інвестувати себе в наше тіло» (We have to reinvest ourselves in our bodies); «Нам потрібно повернути просте задоволення від простого перебування в тілі» (We need to reclaim the simple pleasure of just being in the body (J. Gordon, 2019 [289])).

Саме така готовність особистості до диверсифікування структури самооцінки здатна забезпечити людині захист від негативного впливу незадоволеності образом тіла. Як засвідчується у одному із метааналітичних досліджень групи іспанських фахівців, у якому проаналізовані 212 наукових статей, опублікованих у наукометричних

виданнях платформ PubMed, Scopus, Embase, Science Direct, Sports Discuss, ResearchGate, Web of Science у період 2004-2024 рр., диверсифікація структури самооцінки не передбачає повного витіснення занепокоєнь щодо свого зовнішнього вигляду, але тривожність втрачає домінуючу силу над загальним самосприйняттям, що дозволяє краще підтримувати ментальне здоров'я та емоційну стабільність (A. S. Lowy, 2021 [313]). Зміщуючи фокус із зовнішнього вигляду на функціональність тіла та його можливості, індивід може розвинути більш здорові відносини з ним. При такому підході, змістовий акцент оцінки тілесного образу зосереджений не на зовнішній привабливості, а на тому, що воно здатне виконувати. Культивування такого сприйняття не лише забезпечує кращі результати психічного здоров'я, але й сприяє більш інклюзивному та гуманістично-орієнтованому ставленню суспільства до різноманітностей тіла і його скалічень у результаті воєнного травмування (M. Merino, 2024 [320]). Механізм виходу з особистісної кризи оновленої тілесної ідентичності передбачає розвиток можливостей організму, включаючи не лише відновлені, а й новосформовані чи віднайдені. В наукових джерелах зазначається, що у цей період відбувається перехід від імпульсивно-хаотичних пошуків і нереалістичних уявлень про майбутнє, до практичного способу сприйняття тіла, що ляже в основу формування його нової самооцінки.

Отже, у роботі з ветеранами, що мають проблему з прийняттям свого травмованого тіла, одним із перспективних напрямків роботи є переорієнтація їх уваги із сприйняття зовнішності до виокремлення функціональності тіла та його прийняття. Згідно з думкою нідерландських вчених, Джессіки Аллева та її колег з кафедри клінічної психології, Маастрихтського університету функціональність тіла включає в себе все, що тіло може робити або потенційно здатне робити, включаючи функції, пов'язані з внутрішніми процесами (травлення, додання болю й недомагань), фізичними здібностями (ходьба, плавання), відчуттями тіла та можливостями аналізаторів (зір, слух, відчуття смаку і задоволення), творчі спроби (наприклад, малювання, спів), спілкування з іншими (наприклад, за допомогою мови тіла, зорового контакту) і догляду за собою (сон, душ, тощо) (J. M. Alleva, T. L. Tylka, 2021 [259]). Обговорюючи методи психотерапевтичної допомоги Дж. Гордон особливу увагу зосереджує

на пробудження уваги до тіла і догляд за ним (J. Gordon, 2019 [289]). Серед дієвих прийомів виокремлюються наступні:

- купання (формування відчуття на тілі води та насолоди від процесу миття) ;
- заспокійливе дихання для виходу з режиму боротьби чи втечі (одним з різновидів є м'яке дихання животом (soft belly breathing);
- фізична активність, яка приносить задоволення й розслабляє;
- когнітивне сканування всього тіла і кожної його частинки з обмірковуванням їх можливостей. «Уявіть, говорить автор, що ви перебуваєте у певній ділянці свого тіла. Запитайте себе, звертаючись до цієї частинки: «Чому я тут? Чого ти хочеш навчити мене?»

Завдяки включенню у різні форми діяльності і взаємодії, травмована людина має можливість вивчати і приймати унікальність власного тіла з його новими характеристиками. Це забезпечить формування нової тілесної ідентичності, позитивного ставлення до власного тіла та його функціонування.

Ще одним питанням, яке заслуговує на особливу увагу з боку психологічного аналізу, є вивчення потенційного впливу травматичних пошкоджень зовнішності ветеранів на психосоціальне благополуччя їх батьків. Як зазначає медичний психолог Мері Кілінг, у світовій психологічній практиці дослідження цього спрямування практично відсутні (M. Keeling, et al, 2024 [304]). Є незначна кількість робіт, присвячених трансформуванню подружніх чи романтичних стосунків ветеранів, внаслідок зміни їх зовнішності. Питання батьківського і материнського ставлення до цієї проблеми у психологічній науці не вивчалися. Тож, психологічний супровід батьків, що страждають у зв'язку з травмуванням їх синів чи доньок фактично не має належного наукового осмислення. Це вказує на актуальність цієї лінії наукових спостережень. Дослідження британських вчених стало першим, предметом якого стало вивчення психологічного досвіду і проблем матерів, чиї сини отримали ураження, що змінили їх зовнішність. У результаті проведеної роботи було встановлено, що матері відчувають великі страждання у зв'язку з пораненням та каліцтвом своїх синів. У процесі проживання травмуючої ситуації вони проходять від первинного шокowego сприйняття знівченого тіла та емоційного стресу, до відчуття постійного болю й переживання провини, у зв'язку з невиконанням материнського обов'язку захисту дитини. Ситуація ускладнюється тим,

що всі свої страждання матері змушені приховувати від сина чи доньки, придушуючи своє горе, щоб не нанести вторинну травму. Внаслідок цього, матері, а саме вони були учасниками означеного дослідження, гостро відчують необхідність більш проактивної допомоги зі сторони суспільства та оточуючих. Травматичність їх переживань, обмежені можливості їх прояву, постійна необхідність приховувати масштабність особистісних страждань, необхідність здійснення постійного догляду та опіки рідної людини, знижують особистісну активність матерів щодо отримання зовнішньої соціопсихологічної підтримки, яку вони потребують (M. Keeling et al, 2024 [304]).

Враховуючи українські реалії, масштабність бойових дій та високу міру травмування комбатантів й представників цивільного населення, особливо у прифронтових зонах, питання шляхів подолання батьківської травми, способи полегшення їх страждань, що презентовані у дослідженні британських вчених, заслуговують на особливу увагу. Як зазначає Мері Кілінг, до найбільш ефективних шляхів послаблення та корекції психологічної травми батьків, які були апробовані у їхньому дослідженні та виокремлені у роботах інших авторів, можна віднести наступні:

- формування у батьків відчуття суспільного визнання значущості діяльності їх дітей, цінності їхнього вкладу у загальнодержавну справу (M. Keeling et al, 2022[303]);
- стимулювання ідеї зміщень у сприйнятті травми – сприймання трагедії через призму низхідного соціального співставлення «могло бути гірше (J. K. Cater, 2012[269]; M. Keeling et al, 2022[302]);
- зосередження на фізичних функціях травмованого, його якостях, а не його зовнішності (M. Keeling et al., 2022 [302]; J. M. Alleva et al, 2018 [259]);
- долучення до спільнот, які б забезпечували можливість висловлювати свої страждання та отримувати підтримку;
- входження у ветеранські спільноти для отримання підтримки;
- наближення до людей включених у військову культуру та проблематику;
- отримання неформальної та офіційної підтримки, особливо проактивної.

Питання проактивності у цій проблематиці має особливе значення. З багатьох причин (міри психічного травмування, зайнятість

опікою, відсутність належної обізнаності і. т. д.) батькам важко здійснювати самостійний пошук допомоги для себе і своїх травмованих дітей, тож вирішення цих питань повинно стимулюватися на державному рівні, включаючи і відповідну роботу в освітньому просторі.

Організуючи роботу з батьками, необхідно виходити з принципу – фізичні ушкодження поступово заживають, а проблеми з психічним здоров'ям є значно тривалішими. Тож, залучення матерів до програм, які б сприяли їх адаптації до проблеми зміни зовнішності сина, формування навичок керування складними соціальними ситуаціями, пов'язаними з його видимими відмінностями – це важливе завдання для ветеранських спільнот та державної політики в цілому.

Враховуючи значну кількість людей, що зазнали фізично травмування та змушені пережити тяжкі процеси відновлення тілесного Я-образу психологічна спільнота України повинна долучитися до формування нової культури сприйняття фізично травмованих людей з ненормотиповою зовнішністю у нашому суспільстві, починаючи від розробки освітніх програм, спрямованих на формування турботливого, толерантного ставлення до ветеранів в української молоді та завершуючи організацією наукового супроводу визначення державних підходів у цих питаннях. Будь-яке гуманістично-спрямоване суспільство, зацікавлене у розширенні різноманітності у медіа-репрезентаціях зовнішньої краси, боротьбі зі стигматизацією, пропаганді більш цілісного погляду на здоров'я та благополуччя. У період війни і у поствоєнний час вирішення цих питань є життєво важливим. Освітні програми та кампанії можуть мати вирішальне значення для зміни суспільних норм, які надмірно акцентують увагу на зовнішності та недооцінюють інші особисті якості. Культивування позитивного сприйняття суспільством захисників з тілесними ушкодженнями це не лише вимога сьогодення, а й показник його зрілості та єдності у майбутньому.

На сьогодні існує значна кількість досліджень, у яких вивчається вплив травмування тіла на самосприйняття та життєдіяльність людей, все ж, у переважній більшості, вони виконані у цивільному світі, і, відповідно, їх висновки не завжди є релевантними щодо військових травм. А отже, дослідження особливостей і динаміки особистісної кризи в учасників бойових дій та ветеранів має значущість для організації психологічної допомоги та супроводу при поверненні їх до

цивільного життя. Це дозволить розробляти та впроваджувати релевантні та делікатні стратегії роботи з ветеранами та їх родинами. Варто прислухатися до думки, висловленої Ольгою Рудневою, керівницею «Superhumans» (одного із центрів з протезування) про подальші українські реалії «...ми будемо країною людей з інвалідністю. Це вже частина картинки нашої майбутньої України. Ми маємо навчитися це приймати, ставитися до цього нормально, бо так ми виборювали свою свободу, такий вигляд матиме ця країна після війни».

ЗМІСТ

Передмова	3
-----------------	---

Частина 1.

ВПЛИВ ВІЙНИ НА УЧАСНИКІВ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ ТА ЇХ ПОТЕНЦІЙНИХ КЛІЄНТІВ

Деонтологічні предиктори адаптивності до невизначеності викладачів прифронтових закладів вищої освіти <i>Токарева Наталя</i>	5
Прийняття скаліченого тіла після важкого поранення як інтрапсихічний конфлікт <i>Корчакова Наталія</i>	35
Актуальні проблеми розвитку ментального здоров'я особистості в сучасних умовах кризового суспільства <i>Волошина Валентина, Варіна Ганна</i>	71
Суб'єктивне переживання стресу здобувачами вищої освіти в умовах воєнного стану та у взаємозв'язку із самоусвідомленням <i>Савелюк Наталія</i>	101

Частина 2

ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІН ПСИХОЛОГІЧНОГО СПРЯМУВАННЯ : МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ЗМІСТОВІ АСПЕКТИ

Особливості викладання психології у вищій школі з урахуванням цілей сталого розвитку <i>Ширяєва Людмила</i>	147
Екскурс у методологію психологічного дослідження позитивного та саногенного мислення особистості <i>Булах Ірина, Цьомик Христина</i>	170

Науково-методологічні парадигми в консультативній психології <i>Попелюшко Роман</i>	204
Змістові аспекти викладання дисципліни «Психологія освітньої діяльності» <i>Созонюк Ольга</i>	234
Вплив кризи на психологічне благополуччя особистості <i>Назарець Людмила</i>	269

Частина 3. РОЗВИТОК ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ ТА ОСОБИСТОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Оцінювання професійної компетентності майбутніх управлінців : міждисциплінарний підхід <i>Березюк Тетяна</i>	298
Формування фахової компетентності майбутніх учителів-логопедів на заняттях дисципліни «Логопсихологія» <i>Руденко Наталія</i>	332
Особливості професійної підготовки майбутніх фахівців психологічної служби освіти у контексті сучасних вимог <i>Кулакова Лариса</i>	342
Розвиток соціального інтелекту майбутнього педагога у процесі професійної підготовки <i>Руслан Кулаков</i>	372
Психологічні аспекти взаємозв'язку суб'єктивного благополуччя та життєвих перспектив у юнацькому віці <i>Варіна Ганна, Ковальова Ольга</i>	402
Список використаних джерел	429
Авторський колектив	453

НАУКОВЕ ВИДАННЯ

ФІЛОСОФІЯ
ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ
ВИЩОЇ ШКОЛИ:
ПСИХОЛОГІЧНЕ СПРЯМУВАННЯ

КОЛЕКТИВНА МОНОГРАФІЯ

Друкується в авторській редакції

Підписано до друку 18.03.2025 р. Формат 60х84 1/16.
Друк цифровий. Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 28,65. Тираж 300 прим.

ТОВ «Центр учбової літератури»
вул. Лаврська, 20 м. Київ

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 2458 від 30.03.2006 р.