

**Київський національний університет імені Тараса Шевченка**

**Факультет психології**

**Кафедра психології розвитку**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**ОБРАЗ ТІЛА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АМПУТАЦІЯМИ ЯК  
ЧИННИК ГОТОВНОСТІ ДО РОМАНТИЧНИХ СТОСУНКІВ**

Спеціальність 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Психологія дитинства  
і сім'ї з основами психотерапії»

**Здобувача вищої освіти**  
ОС «Магістр»  
**Євманенко Ольги**

**Науковий керівник:**  
д.психол.н., доцент,  
завідувач кафедри  
психології розвитку  
**Наталія ДЕМБИЦЬКА**

Допустити до захисту в ЕК  
кафедра психології розвитку  
протокол № \_\_ від \_\_\_\_\_  
Завідувач кафедри:  
Наталія ДЕМБИЦЬКА  
\_\_\_\_\_( підпис)

КИЇВ - 2025

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b>	3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБРАЗУ ТІЛА ЯК ЧИННИКА ГОТОВНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО РОМАНТИЧНИХ СТОСУНКІВ</b>	
1.1. Готовність особистості до романтичних стосунків як фокус психологічних досліджень: суть феномену, психологічні чинники розвитку .....	7
1.2. Образ тіла як чинник розвитку готовності до романтичних стосунків: концепція образу власного тіла після ампутації кінцівки	12
1.3. Теоретична модель впливу образу власного тіла на готовність військовослужбовців з ампутаціями до романтичних стосунків .....	18
<i>Висновки до розділу 1</i> .....	20
<b>РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОБРАЗУ ТІЛА ЯК ЧИННИКА ГОТОВНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО РОМАНТИЧНИХ СТОСУНКІВ</b>	
2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки .....	22
2.2. Психодіагностичний інструментарій і методи дослідження .....	27
<i>Висновки до розділу 2</i> .....	43
<b>РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ОБРАЗУ ТІЛА ЯК ЧИННИКА ГОТОВНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АМПУТАЦІЯМИ ДО РОМАНТИЧНИХ СТОСУНКІВ</b>	
3.1. Особливості готовності до романтичних стосунків у військовослужбовців .....	46
3.2. Аналіз образу тіла у військовослужбовців з ампутаціями і без них	47
3.3. Вплив змін в образі тіла у військовослужбовців з ампутаціями на готовність до романтичних стосунків .....	58
3.4. Практичні рекомендації для клінічних психологів з психологічної реабілітації військовослужбовців з ампутаціями .....	74
<i>Висновки до розділу 3</i> .....	77
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	81
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	86
<b>ДОДАТКИ</b> .....	100

## **ВСТУП**

### **Актуальність теми**

Актуальність дослідження обумовлена значним зростанням кількості військовослужбовців, які втратили кінцівку внаслідок бойових дій росії проти України. Ампутація є травматичною подією, що впливає не лише на фізичну функціональність, але й на сприйняття образу власного тіла, яке є критичним компонентом самосвідомості особистості.

Незадоволення образом власного тіла асоціюється з вищим рівнем депресії, тривожності та значним погіршенням якості життя. Негативне самосприйняття та зниження самооцінки (кореляція між якими є оберненою і значущою) можуть спричиняти соціальну ізоляцію.

Тому дослідження взаємозв'язку зміни образу тіла та його впливу на готовність до романтичних стосунків має важливе значення для програм психологічної реабілітації ветеранів в Україні.

### **Постановка проблеми**

Порушення сприйняття образу власного тіла внаслідок ампутації є джерелом психологічного дистресу, який може призводити до уникнення соціальних контактів та дистанціювання від романтичних стосунків. Проблема полягає у виявленні того, як саме незадоволення образом власного тіла військовослужбовців впливає на їхню психологічну готовність до нових або існуючих романтичних стосунків, особливо з урахуванням таких психологічних механізмів, як стиль прихильності та самооцінка.

### **Об'єкт дослідження**

Готовність до романтичних стосунків військовослужбовців з ампутаціями.

### **Предмет дослідження**

Образ тіла військовослужбовців з ампутаціями як чинник готовності до романтичних стосунків.

### **Мета дослідження**

Емпірично дослідити взаємозв'язок між сприйняттям образу власного тіла (включаючи рівень незадоволення зовнішнім виглядом) та психологічною готовністю військовослужбовців до романтичних стосунків (через оцінку самооцінки, стилю прихильності та соціальної адаптації).

### **Гіпотеза**

Сприйняття образу тіла та рівень готовності до романтичних стосунків у військовослужбовців з ампутаціями будуть значно нижчими порівняно з аналогічними показниками у військовослужбовців без ампутацій (група порівняння).

### **Завдання дослідження**

1. Провести теоретичний аналіз проблеми детермінації готовності особистості до романтичних стосунків і на цій основі обґрунтувати теоретичну модель впливу образу власного тіла на готовність військовослужбовців з ампутаціями до романтичних стосунків.

2. Емпірично дослідити особливості готовності до романтичних стосунків у військовослужбовців з ампутаціями і без них.

3. Здійснити емпіричну оцінку сприйняття образу власного тіла та показників готовності до романтичних стосунків (самооцінки, типу прихильності та задоволеності стосунками) у військовослужбовців з ампутаціями.

4. На основі отриманих результатів розробити практичні рекомендації для клінічних психологів з психологічної реабілітації військовослужбовців з ампутаціями.

### **Теоретико-методологічні основи дослідження:**

- Положення психологічної науки щодо суті міжособистісних подружніх стосунків (В.Блищук, О.Бондарчук, А.Денисенко, М.Боуен.) та готовності особистості до них (Т.Вакуліч, З.Кісарчук),

зокрема – до романтичних (Н. Дмитрієва, Ц. Короленко, В.Кравець, Л.Магдисюк, Bradbury, Christensen, Gottman, ;

- Науковий доробок з проблеми психологічної адаптації (И.Безвершко, Ж.Вірна, В.Дикун, О.Овчаренко), психологічних особливостей переживання себе військовослужбовцями (Калюжна, Савченко, Ю. Коваленко, М.Озерова) в умовах війни, зокрема внаслідок ампутації (Ю.Безсмертний, Р.Вовчук, Вторнікова, Н.Гриців, М.Казанжи, Н.Калька, Такмакова, Устименко, В.Шевчук, Murray, Abdulrazaq);
- Наукові підходи до питання психологічної реабілітації військовослужбовців та осіб, постраждалих внаслідок участі в бойових діях (О.Блінов, М.Казанжи, О.Кокун).

#### **Наукова новизна дослідження:**

- кваліфіковано готовність особистості до стосунків як багатовимірне психологічне утворення, яке включає емоційний когнітивно-ціннісний та поведінковий компоненти, пов'язані з перебуванням в близькості та витримуванням інтимності;
- обґрунтовано та перевірено практично вплив образу тіла на готовність до романтичних стосунків.

#### **Практична значущість дослідження:**

- розроблено зміст едукативної інтервенції як дієвого інструменту психологічної реабілітації військовослужбовця з ампутацією, яку можна застосовувати у консультативно-психотерапевтичній роботі з військовослужбовцями з тілесними травмами.

#### **Методи дослідження:**

1. Теоретичні методи: аналіз, систематизація та узагальнення наукових джерел з досліджуваної проблеми, теоретичне моделювання.

2. Емпіричні методи: психодіагностичне тестування (Шкала оцінки образу тіла після ампутації (ABIS) автор , Шкала самооцінки Розенберга (RSE), опитувальника «Досвід близьких стосунків» (ECR-R) для

оцінки стилю прихильності, та Модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі (BBC-SWB) для оцінки загального благополуччя та задоволеності стосунками).

3. Методи математичної статистики: описова статистика, регресійний аналіз, пакет статистичних програм SPSS 26.0.

**Експериментальна база дослідження:** дослідження здійснювалось на базі медичних і реабілітаційних закладів, що надають допомогу військовослужбовцям із бойовими травмами, а також у форматі дистанційного опитування. Респондентів було залучено за допомогою онлайн-опитувальника Google Forms, який заповнювався під час лікування та відновлення у клінічному стаціонарі лікарні «Феофанія», у реабілітаційних центрах Superhumans, Unbroken та Tytanovy Rehab, а також через його поширення у професійних і ветеранських спільнотах, групах підтримки та за посередництва фахівців, що працюють із цією категорією пацієнтів, а саме психологів, реабілітологів та інших представників мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

### **Структура роботи:**

Кваліфікаційна робота структурована вступом, трьома розділами, списком використаних джерел (який містить 62 україномовних та 78 англійськомовних джерел) та додатками загальним обсягом 108 сторінок, з них 85 сторінки основного тексту.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОБРАЗУ ТІЛА ЯК ЧИННИКА ГОТОВНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО РОМАНТИЧНИХ СТОСУНКІВ

#### **1.1. Готовність особистості до романтичних стосунків як фокус психологічних досліджень: суть феномену, психологічні чинники розвитку**

Проблематика готовності особистості до романтичних стосунків посідає центральне місце в сучасній психології, оскільки саме якість близьких зв'язків розглядається як один із найпотужніших предикторів суб'єктивного благополуччя та успішної соціально-психологічної адаптації (Безвершко, 2023).

Психологічна готовність до романтичних стосунків у сучасній літературі розглядається як інтегральна, багатовимірна характеристика, що поєднує мотиваційні, когнітивні, емоційно-регулятивні та поведінкові компоненти.

У працях Л. І. Магдисюк психологічна готовність до подружніх, тобто романтичних, стабільних, стосунків описується як сукупність мотивів, знань, умінь, навичок та особистісних якостей, які забезпечують здатність будувати конструктивні, відповідальні та тривалі партнерські відносини. Вона охоплює когнітивний рівень - уявлення про зміст і функції романтичних та сімейних стосунків, про ролі партнера і партнерки, мотиваційний - ціннісне ставлення до стосунків, орієнтація на взаємність, відповідальність, емоційний - здатність до емпатії, емоційної регуляції, переживання прихильності, та поведінковий - вміння вирішувати конфлікти, домовлятися, взаємодіяти ненасильницьким чином (Магдисюк, 2022).

А. Денисенко розглядає психологічну готовність до шлюбу як стійкий стан особистості, що складається із системи соціальних та особистісних

установок, поглядів і цінностей, орієнтованих на побудову позитивних подружніх стосунків. У такому розумінні готовність до романтичних стосунків виходить за межі ситуативного бажання бути у парі й відображає глибинні світоглядні позиції: ставлення до відповідальності, вірності, самопожертви, поваги до іншої людини та її кордонів (Денисенко, А. О. 2003).

У сучасній психології близьких стосунків готовність до шлюбу зазвичай розуміють як сформованість реляційної компетентності та здатності підтримувати стабільну близькість. Вона включає емпатійну чутливість і турботливу відповідь на переживання партнера, уміння розуміти його внутрішній емоційний світ і формувати спільність смислів, а також готовність до співпраці та конструктивної комунікації в щоденній взаємодії і в ситуаціях напруження. Важливою складовою виступає прийняття індивідуальних відмінностей партнера та здатність регулювати егоцентричні й агресивні імпульси під час конфлікту, що знижує руйнівний вплив негативного афекту на взаємини та підтримує їхню стабільність (Bradbury et al., 2000; Christensen et al., 2004; Gottman, 1994.).

В. Кравець наголошує на тому, що готовність до романтичних стосунків та подружнього життя передбачає усвідомлення соціального значення власних дій, розуміння обов'язків перед партнером і майбутніми дітьми, а також прийняття неминучих обмежень особистої свободи, пов'язаних із сімейними зобов'язаннями. З цієї перспективи психологічна готовність до романтичних стосунків постає як прояв загальної життєвої відповідальності та здатності до довгострокових зобов'язань (Кравець, 2020; Крижановська, 2022).

Узагальнюючи різні підходи, можна виділити кілька ключових вимірів готовності до романтичних стосунків. Мотиваційно-ціннісний вимір відображає ставлення до стосунків як до значущої життєвої цінності, прагнення не лише «отримувати» любов, а й вкладати зусилля у її

підтримання. Когнітивний вимір включає знання про психологічні закономірності партнерських стосунків, про гендерні ролі, очікування, норми та межі відповідальної взаємодії. Емоційно-регулятивний вимір стосується здатності впоратися з фрустрацією, ревнощами, розчаруванням, не руйнуючи стосунки та не вдаючись до насильства чи самошкодуючої поведінки. Поведінковий вимір пов'язаний із розвиненими навичками спілкування, умінням слухати, домовлятися, йти на компроміс, брати участь у спільному вирішенні проблем (Блищук, 2023).

Таким чином, психологічна готовність до романтичних стосунків є показником психологічної зрілості, що інтегрує емоційну, моральну та соціально-поведінкову компетентність особистості.

Дослідження показують, що задоволеність стосунками є одним із провідних чинників відчуття щастя, психологічної стабільності та життєвої реалізованості, а психологічна близькість між партнерами виступає ключовою умовою такої задоволеності.

У цьому контексті романтичні стосунки розглядаються не лише як емоційний зв'язок між двома людьми, а як складний інтегративний феномен, який охоплює емоційний, когнітивний, поведінковий та ціннісно-смысловий виміри. За суттю, йдеться про особливий тип міжособистісної взаємодії, що поєднує почуття любові, прихильності, довіри, взаємної відповідальності та готовності до тривалого партнерства.

У працях Ц. П. Короленко та Н. В. Дмитрієвої романтичні стосунки описуються через феномен емоційної та психологічної близькості, що ґрунтується на переживанні приналежності, значущості іншого та здатності «ділити життя» з партнером. Романтичні стосунки передбачають, з одного боку, здатність бути разом, розділяти почуття, досвід і життєві плани, а з іншого - зберігати індивідуальність, кордони й автономію (Короленко & Дмитрієва, 2012).

Романтичні стосунки, побудовані на психологічній зрілості, характеризуються емоційною фіксацією на партнері як на значущій особі, але без руйнування власного «Я», стабільністю, повторюваними взаємодіями, взаємною відповідальністю, відчуттям «ми» та досвідом взаємної підтримки. Дефіцит таких стосунків, як підкреслюють Короленко і Дмитрієва, нерідко стає фоном для переживання самотності, внутрішньої порожнечі та формування широкого спектру міжособистісних труднощів.

Особливого значення для розуміння готовності до романтичних стосунків набуває концепція диференціації «Я», запропонована М. Боуеном. Високий рівень диференціації особистості означає здатність одночасно підтримувати психологічну близькість з партнером і зберігати власну автономію. У таких стосунках людина спроможна регулювати власну тривогу, не вдаючись до емоційного відсування чи симбіотичного злиття, а контакт із партнером не сприймається як загроза власній цілісності. Натомість низька диференціація пов'язана або з надмірною залежністю від партнера, або з тенденцією до емоційного віддалення, що істотно ускладнює побудову стабільних романтичних стосунків (Бондарчук, 2001; Федоренко, 2021).

Глибокий гуманістичний вимір романтичних стосунків простежується у підході Е. Фромма, який розглядає любов як рушійну силу, здатну долати відчуття відчуженості та самотності, водночас зберігаючи цілісність і автономію особистості. Любов, у цьому розумінні, не зводиться до емоційної залежності чи симбіозу, а є активною позицією, що поєднує турботу, відповідальність, повагу та знання іншої людини. Романтичні стосунки, побудовані на таких засадах, стають простором особистісного розвитку, а не компенсацією внутрішніх дефіцитів (Fromm, 1956).

Таким чином, романтичні стосунки як психологічний феномен відображають баланс між потребою у близькості та потребою в автономії, між прагненням бути з іншим і здатністю залишатися собою. Відповідно,

готовність до таких стосунків не може бути зведена лише до мотиваційного бажання «мати пару» чи створити сім'ю, а постає як комплексна характеристика психологічної зрілості особистості (Безвершко, 2023; Блищук, 2023; Карпова, 2022).

Одним із найбільш продуктивних теоретичних підходів до розуміння готовності до романтичних стосунків є теорія прив'язаності (Bowlby, 1969). У її межах вважається, що ранній досвід взаємодії з батьками або іншими значущими дорослими формує базові моделі стосунків «Я - інший», які згодом переносяться на романтичну сферу у дорослому віці (Hazan & Shaver, 1987).

Дослідження показують, що тип прив'язаності є більш точним предиктором якості та стабільності романтичних стосунків, ніж окремі риси особистості. Надійний тип прив'язаності пов'язаний із довірою до партнера, здатністю одночасно зберігати автономію й відчувати близькість, конструктивно долати конфлікти та проявляти гнучкість у стосунках. Ненадійні типи прив'язаності - зокрема тривожний та уникаючий - асоціюються відповідно з гіперзалежністю, ревнощами, страхом покинутості або, навпаки, з дистанціюванням, емоційною відстороненістю та труднощами у вираженні почуттів.

У межах теорії прив'язаності емпіричні дослідження послідовно демонструють, що різні стилі прив'язаності пов'язані з відмінностями у тому, як люди уявляють романтичні стосунки, інтерпретують близькість і оцінюють потенційні вигоди та витрати взаємодії. Особи з надійною прив'язаністю, як правило, орієнтовані на тривалі, стабільні й взаємні стосунки. Уникаючі індивіди часто скептично ставляться до романтичної любові, розглядають її як феномен, що трапляється рідко, і схильні знецінювати емоційну залежність. Тривожно-амбівалентні, навпаки, надають романтичним стосункам надмірного значення, схильні ідеалізувати любов, але водночас переживають сильний страх відкидання. Ці

закономірності підтверджуються як у класичних і сучасних зарубіжних працях, так і в українських дослідженнях та адаптаціях методик прив'язаності, які вказують на зв'язок типу прив'язаності з очікуваннями від близькості та специфікою переживання романтичних взаємин. (Hazan & Shaver, 1987; Bartholomew & Horowitz, 1991; Mikulincer & Shaver, 2016; Казанжи & Вторнікова, 2022; Погоріла & Виноградов, 2024; Крижановська & Бабак, 2022)

Типи прив'язаності також співвідносяться зі стилями любові, описаними Дж. Лі. Унікаючим особистостям ближчі ігрові та прагматичні стилі стосунків, які мінімізують емоційну вразливість, тоді як тривожно-амбівалентні тяжіють до маніакального або жертвовного стилю, у якому домінують залежність, ревності, самопожертва. Надійна прив'язаність, натомість, створює основу для більш збалансованих, взаємних і стабільних романтичних стосунків (Mikulincer & Shaver, 2016; Lee, 1973).

Таким чином, теорія прив'язаності надає операціональну рамку для дослідження готовності до романтичних стосунків: стилі прив'язаності можуть бути виміряні за допомогою стандартизованих опитувальників (зокрема ECR-R) і розглянуті як важливі психологічні чинники, що визначають, наскільки людина здатна довіряти, відкриватися, брати і давати підтримку в романтичних стосунках. У подальших розділах саме цей підхід стане основою для розуміння того, як травматичні події, зміни в образі тіла та самооцінці військовослужбовців з ампутаціями можуть позначатися на їхній готовності до побудови й підтримання романтичних стосунків (Погоріла & Виноградов, 2024; Такмакова, 2016).

## **1.2. Образ тіла як чинник розвитку готовності до романтичних стосунків: концепція образу власного тіла після ампутації кінцівки**

Готовність особистості до побудови романтичних стосунків і досягнення психологічної близькості нерозривно пов'язана з інтегральною

оцінкою себе, центральне місце в якій посідає образ власного тіла. Образ тіла (Body Image) у сучасній психології розглядається як багатовимірний і динамічний конструкт, що включає думки, почуття, поведінкові установки, очікування та ставлення індивіда до свого тіла, насамперед до його фізичного вигляду, функціональних можливостей і привабливості. У такому розумінні образ тіла є не лише відображенням фактичного фізичного стану, а й ключовим елементом Я-концепції, що впливає на самооцінку, відчуття власної цінності та здатність вступати у близькі романтичні взаємини (Cash & Smolak, 2011; Fisher, 1986; Говорун & Кікінежді, 2004; Дикун та ін., 2023).

Травматична ампутація кінцівки, особливо в контексті бойових дій, радикально порушує цей конструкт, перетворюючи його на потужний чинник, що визначає здатність особистості до соціально-психологічної адаптації та, зокрема, до встановлення та підтримання романтичних стосунків. Ампутація обмежує можливості людини здійснювати професійну, рекреаційну й соціальну активність; знижена рухливість, дискомфорт, порушення фізичної цілісності підривають загальний стан здоров'я та зменшують якість життя. Втрата фізичної функції неминуче впливає на те, як людина сприймає власне тіло та зовнішність, а в умовах суспільства, де фізична привабливість, молодість, «фітнес» і життєва енергія мають високий символічний статус, зміни зовнішності через ампутацію часто переживаються як втрата відповідності соціальним стандартам, а інколи - як ознака «невдачі» або «дефектності».

У класичних підходах образ тіла визначається як «ментальний образ, який людина формує щодо власного фізичного Я». Сприйняття власної тілесної унікальності істотно впливає на суб'єктивне благополуччя: воно інтегрує перцептивний компонент (те, як людина бачить, уявляє й оцінює своє тіло) та атитюдний компонент (емоційне ставлення до власної зовнішності, рівень прийняття або неприйняття свого тіла). Водночас образ

тіла формується не лише на основі індивідуальних соматичних характеристик, а й під впливом сенсорного досвіду, історії хвороби, соціальних взаємодій, культурних норм, медійних стандартів краси та очікувань значущих інших (Калюжна & Савченко, 2021; Коваленко, 2025; Коваленко, 2020).

Згідно з сучасними моделями тілесності, образ тіла тісно пов'язаний із поняттям тілесної усвідомленості (Body Awareness), що відображає здатність інтегрувати тілесні відчуття в структуру самосвідомості. Усвідомлення тіла розглядають як одну з базових опор особистісної ідентичності: людина не просто «має» тіло, а постійно переживає себе як тілесну істоту, яка взаємодіє зі світом, іншими людьми та потенційними партнерами через тілесність. У цьому контексті образ тіла виступає внутрішньою психічною репрезентацією себе в тілі, що поєднує когнітивні уявлення, емоційні реакції та поведінкові стратегії (наприклад, демонстрація чи приховування частин тіла, уникання певних ситуацій, пов'язаних з оцінкою зовнішності, або, навпаки, прагнення до підтвердження привабливості) (Reichmann & Bartman, 2018; Kravets, 2020).

Травматична ампутація нижньої кінцівки потребує значної психосоціальної адаптації та особливо гостро впливає на образ тіла як складову самоконцепції. Втрата кінцівки змінює звичний досвід володіння й користування тілом, порушує відчуття цілісності та контроль над рухами, вимагає перебудови як тілесної, так і соціальної ідентичності. Вважається, що образ тіла ґрунтується на поєднанні сенсорних і соціальних переживань; отже, в осіб з ампутацією він може розглядатися як когнітивно-емоційна реакція на втрату кінцівки, що має істотні соціальні наслідки. Дисфункціональні уявлення про власне тіло, очікування негативних або жалісливих реакцій з боку інших, побоювання стигматизації впливають на міжособистісну поведінку, знижують рівень соціальної участі та якість міжособистісних і романтичних стосунків.

У клінічних та емпіричних дослідженнях ампутацію описують як «потрійну загрозу», оскільки вона передбачає втрату функції, втрату сенсорного досвіду та втрату цілісності образу тіла. У цьому контексті порушення образу тіла (Body Image Disturbance, BID) розглядається як специфічний тип когнітивно-афективної відповіді на травматичну зміну зовнішності: людина переживає розрив між тим, яким було або «мало би бути» її тіло, та тим, яким воно є після травми. Такі порушення пов'язують зі зниженням самооцінки, підвищеним рівнем тривоги й депресії, погіршенням якості життя та звуженням спектра соціальних і особистісних ролей. Додатково клінічно значущі наслідки ампутації, зокрема фантомний біль, асоціюються з більш вираженим негативним сприйняттям власного тіла і здатні посилювати емоційний дистрес, пов'язаний із тілесністю (Murray, 2009; Abdulrazaq, 2022).

Особливо важливим є те, що дослідження показують: порушення образу тіла у людей з ампутацією мають специфічний характер і не зводяться до загальних моделей незадоволеності зовнішністю, властивих іншим клінічним або не клінічним групам. Вони пов'язані не лише з оцінкою привабливості, а й із відчуттям тілесної цілісності, повноцінності, здатності до руху, участі в повсякденному житті та романтичних взаєминах (Taktakova, 2016; Ustymenko, 2018).

Умови сучасного інформаційного суспільства лише посилюють значущість цього питання. Естетика, фізична привабливість і сексуальність мають високий символічний ресурс і активно тиражуються медіа. Сприйняття краси впливає не лише на самооцінку, а й на соціальні можливості, доступ до партнерства, статус у групі, відчуття успішності та «нормальності». У такому контексті військовослужбовець із ампутацією опиняється в ситуації, де його тілесність різко відхиляється від домінуючих стандартів, що створює додатковий психологічний тиск у сфері романтичних і сексуальних стосунків.

Образ тіла та самооцінка, за даними досліджень, становлять дві фундаментальні основи, через які людина формує уявлення про власну зовнішність і загальну цінність себе. Самооцінка у цьому контексті визначається як стійке позитивне чи негативне ставлення до самого себе та судження про власну гідність. Для осіб з ампутацією негативне сприйняття образу тіла, самостигматизація, переживання втрати та відчуття «інакшості» можуть підірвати базове відчуття власної гідності, посилювати вразливість до депресії, тривоги та страху відкидання. Разом із тим у частини пацієнтів формується парадоксальна компенсаторна самооцінка, коли зовні позитивна оцінка себе співіснує з високим рівнем тривоги у стосунках і страхом бути залишеним партнером.

Особливу роль у формуванні та відновленні образу тіла відіграє протезування. Використання протеза має не лише функціональний, а й символічний і соціальний сенс. Більш тривале щоденне носіння протеза асоціюється з меншим дистресом, пов'язаним із тілесністю, кращою мобільністю, вищим рівнем участі в соціальному житті та більш інтегрованим образом тіла. Естетична та функціональна задоволеність протезом, а також успішна психосоціальна адаптація до його використання демонструють позитивний зв'язок із більш здоровим тілесним автоконцептом. Важливим феноменом є переживання протеза як частини тіла (*prosthesis embodiment*), коли штучна кінцівка поступово інтегрується в ментальну репрезентацію тіла і відновлює порушене відчуття цілісності. Дослідження свідчать, що позитивний образ тіла після ампутації, пов'язаний із вдалим протезуванням і високим рівнем фізичної активності, стабільно асоціюється з кращою психосоціальною адаптацією, незалежно від рівня ампутації, статі чи інтенсивності болю.

Соціальний контекст також виявляється критично важливим для переживання власної тілесності. Дані досліджень показують, що одружені особи з ампутацією мають нижчі показники порушення образу тіла та кращі

показники психічного здоров'я порівняно з одинокими. Наявність стабільних романтичних або сімейних стосунків може виконувати функцію захисного чинника, який пом'якшує дистрес, пов'язаний із тілесними змінами, й підтримує відчуття прийняття, цінності та бажаності. Водночас незмінним залишається той факт, що навіть за підтримувальних стосунків людині з ампутацією доводиться постійно інтегрувати новий образ тіла у структуру власного «Я» та взаємодію з партнером (Shchotka, & Andrieieva, 2022).

Для військовослужбовців, які пережили ампутацію, образ тіла стає центральним психосоціальним конструктом, що опосередковує не лише загальний емоційний стан і самооцінку, а й готовність долати страх відкидання у романтичних стосунках. Порушення образу тіла здатне знижувати готовність до романтичних стосунків через уникання соціальної взаємодії, сором за змінене тіло, нетерпимість до власної «інакшості» та очікування негативної реакції з боку потенційного партнера. Натомість більш цілісний, інтегрований і прийнятий образ тіла, підтриманий реабілітацією, протезуванням, фізичною активністю та стабільною підтримуючою взаємодією, сприяє формуванню внутрішнього переживання власної привабливості, суб'єктивної цінності та спроможності вступати у взаємні, рівноправні романтичні стосунки.

Отже, у контексті даного дослідження образ тіла після ампутації кінцівки розглядається як ключовий чинник, що визначає характер самопереживання, рівень самооцінки, емоційну вразливість до страху відкидання та, врешті, готовність військовослужбовця з ампутацією до побудови й підтримання романтичних стосунків.

### **1.3. Теоретична модель впливу образу власного тіла на готовність військовослужбовців з ампутаціями до романтичних стосунків**

Образ тіла є фундаментальним компонентом самосприйняття, що визначає те, як людина інтерпретує власну фізичну цілісність, привабливість, сексуальність та гідність бути прийнятою іншими, зокрема у сфері романтичних стосунків. Після ампутації цей конструкт набуває особливої ваги, оскільки зміна тілесності стає не лише медичним фактом, а й психологічним досвідом із соціальними наслідками. Для військовослужбовців, які зазнали бойових ампутацій, образ тіла функціонує як подвійний маркер - внутрішньої ідентичності та соціальної видимості, що впливає на здатність формувати й підтримувати інтимні зв'язки.

Ампутація є подією, яка запускає складний процес психосоціальної адаптації. З одного боку, вона передбачає втрату функціональності, рухливості та тілесної симетрії; з іншого — вимагає інтеграції нового тілесного досвіду в систему самосприйняття. Дослідження показують, що люди після ампутації часто стикаються з внутрішнім конфліктом між потребою в емоційній близькості та страхом відкидання, що створює бар'єри у встановленні романтичних стосунків.

Самооцінка є ключовим психологічним механізмом, що модерує цей процес. Низька самооцінка, пов'язана з негативним образом тіла, погіршує здатність до саморозкриття, знижує відчуття власної цінності та формує переконання про «неповноцінність» як потенційного партнера. За моделлю Кеша, негативне сприйняття тіла активує схеми сорому та самокритики, що унеможлиблює здорову емоційну близькість. Емпіричні дослідження підтверджують значущі кореляції між незадоволеністю власною зовнішністю, низькою самооцінкою та підвищеною соціальною тривожністю. (Cash, 2002; Holzer et al., 2014; Казанжи & Вторнікова, 2022).

Одним із ключових механізмів, через який образ тіла впливає на міжособистісну сферу, є стиль прив'язаності. Згідно з двофакторною

моделлю прив'язаності дорослих (Brennan, Clark & Shaver, 1998), індивіди після ампутації демонструють підвищення показників тривожної прив'язаності, що характеризується гіперфокусом на оцінці партнера, потребою у постійному підтвердженні любові та страхом покинутості. Натомість стиль уникнення близькості проявляється емоційним дистанціюванням як способом психологічного самозахисту від можливої критики чи відмови (Murray, 2009). Обидва патерни обмежують здатність формувати стабільні й довірчі романтичні стосунки.

Негативний образ тіла також проявляється у типових поведінкових патернах, спрямованих на уникнення соціальної оцінки: уникнення соціальних подій, інтимної близькості, демонстрації тіла та використання протеза в публічному просторі (Ahmad et al., 2018; Rybarczyk et al., 1995). Такі стратегії одночасно виконують функцію психологічного захисту та обмежують соціальне залучення, поглиблюючи ізоляцію і знижуючи шанси на романтичні контакти.

У моделі інтеграції тілесності після ампутації ключове місце посідає протез. Він не лише виконує роль функціональної заміни кінцівки, але й стає елементом тілесної ідентичності. Дослідження підтверджують, що задоволеність протезом корелює з нижчим рівнем тілесного дистресу, вищою самооцінкою та покращеною сексуальною й соціальною впевненістю (Murray, 2009; Iranian Rehabilitation Journal, 2022). Особливо значущим є феномен *embodiment* - «втілення протеза» у внутрішню схему тіла, який знижує психологічну дистанцію між тілесним досвідом «до травми» і «після травми».

Соціальна підтримка виступає ще одним значущим модератором у цій моделі. Дослідження показують, що наявність приймаючого партнера або сімейної підтримки послаблює вплив стигми, зменшує тілесно-орієнтовану тривогу та сприяє формуванню більш позитивного образу тіла. Навпаки, соціальна ізоляція, стигматизація та досвід дискримінації підсилюють

негативні когнітивні схеми та сприяють формуванню дисфункційних моделей прив'язаності (Di Lella et al., 2023; Hmiliar et al., 2020; Pohorila & Vynohradov, 2024).

Таким чином, побудована теоретична модель демонструє, що вплив ампутації на готовність до романтичних стосунків є системним і багаторівневим. Образ тіла у військовослужбовців після ампутації виступає центральним психологічним вузлом, що опосередковує зв'язки між травмою, самооцінкою, стилем прив'язаності, соціальною поведінкою та мотивацією до інтимності. Негативний образ тіла підсилює страх відкидання, формує реляційні бар'єри та зменшує готовність до близькості, тоді як успішна інтеграція тілесних змін - за підтримки реабілітації, протезування та соціальної підтримки - підвищує здатність до формування здорових інтимних стосунків.

### **Висновки до розділу I**

Теоретичний аналіз дозволив визначити, що готовність особистості до романтичних стосунків є складним інтегральним утворенням, яке формується під впливом психологічних, соціальних та тілесно-ідентичнісних чинників. Романтична близькість передбачає здатність до встановлення довірливих взаємин, саморозкриття, прийняття взаємозалежності та толерування емоційної вразливості. У системі цих психосоціальних процесів образ тіла постає одним із центральних механізмів, що визначає відчуття власної привабливості, самоцінності та здатності бути прийнятим у партнерських стосунках.

Аналіз сучасних підходів показав, що порушення цілісності тіла через ампутацію призводить до формування тілесного дисбалансу, який впливає на структуру самооцінки та функціонування особистості у сфері міжособистісних відносин. Ампутація, відповідно до концепту «потрійної

загрози», охоплює втрату функціональності, сенсорної інтеграції та суб'єктивного образу тіла, що перетворює її на подію з високим емоційним навантаженням і потенціалом довготривалого психологічного впливу.

Теорія прив'язаності забезпечує концептуальний каркас для пояснення того, як тілесний досвід після ампутації впливає на готовність до романтичних стосунків. Негативне сприйняття власної тілесності, знижена самооцінка та дистрес образу тіла закономірно пов'язані з підвищенням тривожної прив'язаності та поведінковим уникненням близькості, які унеможливають формування стабільних романтичних взаємин.

Водночас результати досліджень свідчать, що протезування, соціальна підтримка, успішна адаптація до нової тілесності та позитивне тілесно-емоційне переживання себе можуть виступати захисними чинниками, які сприяють формуванню інтегрованого образу тіла та підвищенню здатності до емоційної близькості. [45; 49]

Таким чином, теоретичний аналіз підтвердив, що образ тіла у військовослужбовців з ампутаціями є ключовою психологічною ланкою, яка пов'язує травматичний тілесний досвід, самооцінку, стиль прив'язаності та готовність до романтичних стосунків. Саме тому його вивчення є концептуально та практично значущим для побудови ефективних реабілітаційних та психотерапевтичних програм, що спрямовані не лише на відновлення функціонування, а й на повернення здатності до повноцінної емоційної та соціальної взаємодії.

## РОЗДІЛ 2

### ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ОБРАЗУ ТІЛА ЯК ЧИННИКА ГОТОВНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ДО РОМАНТИЧНИХ СТОСУНКІВ

#### 2.1. Організація дослідження та характеристика вибірки

Емпіричне дослідження виконано в рамках крос-секційного порівняльно-кореляційного дизайну. Такий дизайн передбачає одноразове обстеження респондентів без втручання в природний хід подій, що дає змогу одночасно порівняти психологічні показники у двох групах військовослужбовців, з ампутаціями та без ампутацій, та проаналізувати внутрішні взаємозв'язки між образом тіла, самооцінкою, показниками стилю прихильності, суб'єктивним благополуччям та готовністю до романтичних стосунків.

Основною логікою дослідження є зіставлення двох вибірок, де основна група (ВГ1) - військовослужбовці, які зазнали ампутації кінцівки або кінцівок внаслідок бойових дій, та контрольна група (ВГ2) - військовослужбовці без ампутацій, зіставні за віком, статтю та статусом участі у бойових діях.

Такий дизайн дає змогу емпірично перевірити припущення, що образ тіла та готовність до романтичних стосунків є більш вразливими саме у військовослужбовців з ампутаціями, а також з'ясувати, які саме психологічні чинники - зокрема самооцінка, стиль прихильності, суб'єктивне благополуччя, відчуття впевненості та рівень тривоги - опосередковують або модифікують цей зв'язок, посилюючи чи послаблюючи його прояви.

Порівняльний компонент дослідження, тобто аналіз міжгрупових відмінностей, поєднано з кореляційно-регресійним підходом, що дає змогу не лише зафіксувати статистично значущу різницю між групами, а й

відтворити цілісну модель внутрішніх психологічних механізмів, за допомогою яких змінений образ тіла опосередковує та визначає рівень готовності до романтичних стосунків у військовослужбовців.

Дослідження здійснювалося на базі медичних і реабілітаційних закладів, що надають допомогу військовослужбовцям із бойовими травмами, а також у форматі дистанційного опитування. Респондентів було залучено за допомогою онлайн-опитувальника Google Forms, який заповнювався під час лікування та відновлення у клінічному стаціонарі лікарні «Феофанія», у реабілітаційних центрах Superhumans, Unbroken та Tytanovyi Rehab, а також через його поширення у професійних і ветеранських спільнотах, групах підтримки та за посередництва фахівців, що працюють із цією категорією пацієнтів, а саме психологів, реабілітологів та інших представників мультидисциплінарної реабілітаційної команди.

Опитування проводилося індивідуально, в умовах, що забезпечують психологічний комфорт респондента.

Основний інструмент збору даних — електронна форма опитувальника Google Form, що включала паспортну частину, блоки стандартизованих методик, шкал образу тіла, самооцінки, стилю прихильності, благополуччя та додаткові питання, пов'язані з суб'єктивним досвідом після ампутації. Для респондентів, які мали труднощі з доступом до гаджетів або користуванням електронними формами, опитування могло проводитися з допомогою дослідника в форматі зачитування запитань уголос і фіксація відповідей у формі.

Для основної групи військовослужбовців з ампутаціями (ВГ1) до участі залучалися респонденти, у яких мала місце ампутація однієї або кількох кінцівок внаслідок бойового поранення в контексті російсько-української війни. Важливою умовою було перебування в післяопераційному чи реабілітаційному періоді достатньої тривалості, щонайменше кількох місяців, що забезпечує наявність первинного досвіду

адаптації до зміненого тіла. Додатково враховувалась реальна залученість до процесу реабілітації, зокрема медичної, фізичної, протезувальної або психологічної, що відображає включеність респондентів у системну допомогу та відновлення.

Контрольна група формувалася з військовослужбовців без ампутацій кінцівок (ВГ 2). До неї увійшли учасники, які не мали діагностованих важких соматичних станів, здатних істотно впливати на образ тіла, зокрема виражених тілесних деформацій або наслідків оперативних втручань із помітним косметичним дефектом. Водночас досвід участі в бойових діях або проходження служби в умовах війни мав бути співставним із досвідом респондентів основної групи, що дозволило забезпечити максимальну порівнянність за контекстом травматичного досвіду.

Для обох груп застосовувалися спільні критерії виключення. До дослідження не залучали осіб із грубими психічними розладами, зокрема психотичного рівня чи з вираженим когнітивним дефіцитом, які перешкоджають адекватному розумінню інструкцій та усвідомленій самооцінці власного стану. Також респонденти не включалися до вибірки у разі перебування в гострому стані інтенсивного фізичного болю, що робив би неможливим зосередження на опитуванні, або за наявності вираженої алкогольної чи медикаментозної інтоксикації на момент обстеження. Неодмінною умовою було збереження принципу добровільності: будь-який учасник міг відмовитися від участі або припинити її на будь-якому етапі без жодних негативних наслідків для отримання ним медичної чи реабілітаційної допомоги.

До основної групи військовослужбовців з ампутаціями (ВГ 1) було включено чоловіків з бойовими ампутаціями кінцівок. Вибірка формувалася цілеспрямовано, з урахуванням відповідності попередньо визначеним критеріям включення та реальної можливості доступу до респондентів у процесі їхнього лікування й реабілітації. Загальна кількість учасників

основної групи становила N<sub>1</sub>- 26 осіб. Було визначено їхній середній вік та віковий діапазон, що дозволило окреслити вікові особливості вибірки в контексті періоду найбільшої актуальності романтичних, партнерських і сімейних стосунків.

Окремо було проаналізовано рівень освіти респондентів, зокрема співвідношення осіб із середньою, середньою спеціальною та вищою освітою, а також, за наявності відповідних даних, особливості професійного статусу до поранення та зміни у професійній зайнятості після ампутації. Сімейний та партнерський статус описувався через факт перебування або не перебування в романтичних стосунках, наявність або відсутність шлюбного партнера, що є важливим контекстуальним показником для інтерпретації даних щодо готовності до романтичних стосунків.

Характеристика ампутацій включала опис рівня ураження (зокрема, ампутації нижче чи вище коліна, стегна, плеча тощо), кількості ампутованих кінцівок, а також часу, що минув з моменту ампутації, який фіксувався у місяцях і роках. Додатково оцінювався факт використання протезів та ступінь протезування: чи респонденти користуються протезом постійно, епізодично, чи не використовують його взагалі, із зазначенням основних причин відмови від носіння протеза у відповідних випадках.

Також було враховано участь респондентів у комплексній реабілітації, зокрема в медичних, фізичних, протезувальних та психологічних заходах. Ступінь залученості до реабілітаційних програм розглядався як важливий контекстуальний чинник, що потенційно впливає на сприйняття образу власного тіла, рівень самооцінки та суб'єктивну готовність до побудови й підтримання романтичних стосунків.

Контрольна група (ВГ2) формувалася за принципом максимальної зіставності з основною вибіркою (ВГ1) за ключовими соціально-демографічними характеристиками. До неї були включені військовослужбовці чоловічої статі без ампутацій, які мали бойовий досвід

або проходили службу в умовах повномасштабної війни. Було визначено загальну кількість респондентів у контрольній групі, обчислено середній вік та зафіксовано віковий діапазон, після чого проведено порівняння з показниками основної групи, що засвідчило відсутність суттєвих відмінностей за віком та дозволило розглядати обидві вибірки як зіставні за цим параметром.

Окрему увагу було приділено освітньому рівню та службовому статусу учасників ВГ2, які виявилися співставними з відповідними показниками ВГ1, що дало змогу мінімізувати вплив цих чинників на психологічні змінні, що вивчаються. Також було описано сімейний та партнерський статус респондентів контрольної групи, зокрема частку тих, хто перебуває у романтичних стосунках, одружений, розлучений чи самотній. Це забезпечило можливість коректної інтерпретації показників готовності до романтичних стосунків та стилів прихильності, а також дозволило розглядати міжгрупові відмінності у таких показниках, як образ тіла, самооцінка та психологічна готовність до стосунків, переважно в контексті наявності чи відсутності ампутації, а не як похідні від різниці у віці, освіті або сімейному статусі.

Емпіричне дослідження здійснювалося з неухильним дотриманням етичних принципів сучасної психологічної та медичної науки. Перед долученням до опитування кожному респонденту надавалася інформована згода у зрозумілій формі, де було окреслено мету, завдання, орієнтовний зміст запитань і можливі емоційні реакції на них. Окремо підкреслювалася добровільність участі, право не відповідати на окремі питання, а також можливість у будь-який момент припинити участь без жодних негативних наслідків для подальшого лікування, реабілітації чи службового статусу.

Збір даних здійснювався у знеособленому форматі. Електронні опитувальники не містили прізвищ, імен, по батькові або інших прямих ідентифікуючих відомостей. Демографічна інформація фіксувалася лише у

вигляді узагальнених змінних, які використовувалися виключно для статистичного аналізу та опису вибірки. Усі отримані результати зберігалися у захищеному електронному форматі з обмеженим доступом і застосовувалися лише в наукових цілях, зокрема для підготовки магістерської кваліфікаційної роботи та подальшої наукової апробації результатів.

Проведення дослідження було попередньо погоджене з адміністрацією відповідних клінічних та реабілітаційних закладів, на базі яких здійснювався набір респондентів. У випадках, коли в процесі заповнення опитувальників у військовослужбовців виявлялися ознаки вираженого емоційного напруження, дистресу або формувався запит на подальшу підтримку, їм надавалися контакти фахівців психологічного профілю, зокрема клінічних психологів або психотерапевтів, до яких вони могли звернутися для індивідуальної консультації.

Таким чином, організація емпіричного етапу дослідження поєднувала вимоги наукової валідності з пріоритетом етичної безпеки учасників, забезпечуючи конфіденційність, добровільність та психологічний захист респондентів, а також створюючи надійні умови для достовірного вивчення особливостей образу тіла та готовності до романтичних стосунків у військовослужбовців з ампутаціями і без них.

## **2.2. Психодіагностичний інструментарій і методи дослідження**

Для забезпечення всебічної та теоретично обґрунтованої оцінки ключових психологічних конструктів, закладених у модель дослідження, було використано комплекс стандартизованих психодіагностичних методик, який охоплює незалежні, залежні та медіаторні змінні. Центральне місце в цьому комплексі посідає образ тіла як основний наслідок травматичної ампутації, самооцінка як внутрішній ресурс і медіатор, стиль прихильності як механізм побудови близькості, а також суб'єктивне благополуччя як

інтегральний показник психосоціальної адаптації і якості життя, пов'язаної зі стосунками (Кокун та ін., 2023; Бондарчук, 2001).

У даному дослідженні головна незалежна змінна — образ тіла — була операціоналізована за допомогою Шкали оцінки сприйняття образу тіла після ампутації (Amputee Body Image Scale, ABIS). Ця методика розроблена Джеймсом Брейкі (J. Breakey) у 1997 році і, згідно з оглядом літератури, наразі є єдиною спеціалізованою шкалою, призначеною саме для оцінки образу власного тіла серед осіб, які втратили кінцівку. ABIS створена для кількісного вимірювання дистресу, пов'язаного з образом тіла (Body Image Disturbance, BID), та зосереджується на тому, як людина, що пережила ампутацію, сприймає та емоційно переживає змінений тілесний досвід. У центрі вимірюваного конструкту перебувають когнітивні та афективні реакції на втрату кінцівки, а також на використання протеза та соціальний контекст взаємодії, включно з тривогою щодо власної зовнішності в соціальних ситуаціях, занепокоєнням з приводу обмеження функціональних можливостей, відчуттям відповідності або невідповідності суспільному ідеалу «нормальної» зовнішності, схильністю уникати дивитися на куксу або протез, а також уникати ситуацій, у яких тіло може стати об'єктом уважного розгляду чи оцінки оточення (Breakey, 1997; Gallagher et al, 2007).

Структурно ABIS є опитувальником, що складається з двадцяти тверджень, які відображають ставлення до власної зовнішності, тілесної цілісності, переживання змін вигляду, функціональних обмежень, а також поведінкові тенденції уникнення. Респондент оцінює частоту відповідних переживань за п'ятибальною шкалою Лайкерта від «ніколи» до «завжди», де 1 = ніколи (None of the time), 2 = рідко (Rarely), 3 = інколи (Some of the time), 4 = більшість часу (Most of the time), 5 = завжди (All of the time). Це дозволяє отримати сумарний показник у діапазоні від 20 до 100 балів. Вищі значення цього показника інтерпретуються як більш виражене занепокоєння та порушення образу тіла, тобто вищий рівень дистресу, пов'язаного з

тілесністю. Три твердження мають зворотне кодування, питання №3, №12, №16, це пункти де йдеться про задоволеність зовнішністю під час носіння протеза, без протеза або сприйняття вигляду кукси, що забезпечує більшу чутливість інструмента до нюансів ставлення до зміненого тіла та дозволяє контролювати стереотипну відповідь і валідність конструкта.

У подальшому розвитку шкали була запропонована переглянута версія ABIS-R, скорочена до чотирнадцяти пунктів на основі Rasch-аналізу. Вона застосовує трирівневу шкалу відповідей (від «ніколи» до «більшість часу/завжди») із відповідним звуженням діапазону балів, однак концептуально зберігає спрямованість на вимірювання дистресу образу тіла в осіб з ампутаціями. Незважаючи на наявність скороченої версії, у клінічних та дослідницьких вибірках, у тому числі в роботах, присвячених ветеранам та військовослужбовцям, найчастіше застосовується саме оригінальна двадцятипунктова форма, яка продемонструвала стабільні психометричні властивості.

Надійність та валідність шкали ABIS багаторазово підтверджувалися у різних вибірках. У первинному дослідженні Брейкі внутрішня узгодженість, виміряна за допомогою коефіцієнта альфа Кронбаха, становила 0,88, що свідчить про високий рівень внутрішньої надійності. Подальші дослідження в інших культурних контекстах продемонстрували подібні або навіть вищі показники: зокрема, на сирійській вибірці із залученням 235 осіб коефіцієнт альфа Кронбаха досяг 0,92, а в німецькій адаптації було підтверджено як високу внутрішню узгодженість (близько 0,90), так і довготривалу тест-ретестову стабільність показників протягом періоду до двох з половиною років. Турецька адаптація, проведена серед осіб із транстибіальною ампутацією, продемонструвала високий рівень надійності ( $\alpha$  у діапазоні від 0,834 до 0,842) та відмінну тест-ретестову стабільність (ICC = 0,939) при повторному обстеженні через короткий проміжок часу; факторний аналіз цієї версії виявив три взаємопов'язані

фактори — особистісний, соціальний та функціональний, між якими було зафіксовано тісний кореляційний зв'язок (Murray, 2009; Brennan, Clark, & Shaver, 1998).

Дані щодо валідності ABIS свідчать про її чітку конвергентну валідність. Показники за цією шкалою виявляють значущі негативні кореляції із самооцінкою (зокрема з показниками за шкалою RSE) та якістю життя, а також із низкою інших психосоціальних індикаторів, таких як суб'єктивна оцінка соціальної адаптації, задоволеність протезуванням, участь у повсякденній активності. Чим вищий дистрес образу тіла, тим нижчими є показники самооцінки та якості життя і тим більше виражені емоційні та соціальні труднощі. У низці досліджень було виявлено також зв'язок між показниками ABIS і клінічними та демографічними характеристиками: зокрема, гірше сприйняття образу тіла асоціюється з вираженим болем, зокрема фантомним, із певними варіантами шлюбного статусу, вищий дистрес у самотніх порівняно з одруженими. У межах досліджень, присвячених психосоціальній адаптації військових з ампутаціями, образ тіла, виміряний за допомогою ABIS, був виявлений як один із найсильніших позитивних предикторів тривоги прив'язаності, тобто страху бути покинутим у романтичних стосунках, що додатково підкреслює його значущість для розуміння готовності до міжособистісної близькості.

Огляд літератури показує, що ABIS є найчастіше використовуваним інструментом для дослідження образу тіла серед осіб з ампутаціями: згідно з оглядом Nugent та співавторів, ця шкала була застосована у двох третинах виявлених емпіричних робіт (приблизно у 66,6 % досліджень). Це зумовлено тим, що вона фокусується на специфічних аспектах тілесності, характерних саме для людей з ампутаціями, а не на загальній незадоволеності зовнішністю, яка може спостерігатися в інших клінічних або не клінічних групах. Важливою перевагою ABIS є її чутливість до тих вимірів образу тіла, які безпосередньо впливають на соціальну взаємодію,

романтичні стосунки, сексуальність, використання протеза та відчуття тілесної цілісності.

Щодо українського контексту, офіційна повноцінна культурна адаптація та психометрична валідація ABIS поки що не проведені. Разом з тим, для потреб окремих досліджень були здійснені первинні кроки до її використання.

Оскільки шкала раніше не була представлена українською мовою, для її використання були здійснені необхідні кроки: мною було отримано особистий дозвіл на переклад та використання шкали від Майка Гіддінга (Mike Gidding), Президента Breakey Prosthetics Inc., що є уповноваженою особою для надання такого дозволу. Також, студенткою Маркіною О.А. було здійснено процедуру перекладу та культурної адаптації. Після перекладу, який був виконаний за допомогою бюро перекладів і супроводжувався дотриманням базових процедур лінгвістичної еквівалентності. Для отриманого варіанта було проведено оцінку внутрішньої надійності за коефіцієнтом  $\alpha$ -Кронбаха, яка засвідчила високий рівень внутрішньої узгодженості ( $\alpha = 0,903$ ), що узгоджується з показниками оригінальної версії шкали, де  $\alpha$  становив 0,88. Отримані результати дозволяють розглядати український варіант як перспективний для подальшого використання та формальної адаптації.

У рамках даного дослідження шкала ABIS виконує ключову роль як основний інструмент вимірювання дистресу образу тіла у військовослужбовців з ампутаціями. Порушення образу тіла у цій групі розглядається як центральний психологічний механізм, що визначає емоційну вразливість, рівень тривоги прив'язаності, страх відкидання та, зрештою, готовність до романтичних стосунків. Висока внутрішня надійність попередньої української версії шкали та накопичений міжнародний досвід її застосування у клінічних та військових вибірках дозволяють обґрунтовано використовувати ABIS для вимірювання дистресу

образу тіла у досліджуваній вибірці, паралельно закладаючи підґрунтя для майбутньої повноцінної адаптації й валідації інструмента в українських умовах (Anderson, Barnett, & Rusaw, 2022).

У групі військовослужбовців без ампутацій (групи порівняння, ВГ2) як альтернативна шкала для оцінки образу тіла використовувалася Шкала задоволеності тілом (BIS, Body Image Scale). Основне призначення BIS полягає у вимірюванні того, як респондент сприймає та емоційно переживає свій образ тіла, а також у визначенні загального рівня дистресу, пов'язаного з тілесністю. Опитувальник має компактну структуру і складається з десяти пунктів, кожен з яких відображає окремий аспект незадоволеності зовнішністю, занепокоєння щодо власного вигляду, занепокоєння тим, як тіло сприймається іншими, або внутрішнього дискомфорту, пов'язаного з тілесністю.

Відповіді респондентів у шкалі BIS оцінюються за чотирибальною шкалою Лайкерта, де 0 відповідає варіанту «зовсім ні», 1 — «трохи», 2 — «помірно», а 3 — «дуже сильно». Такий формат дозволяє фіксувати градації інтенсивності дистресу, пов'язаного з образом тіла, від його мінімальних проявів до вираженого емоційного неблагополуччя щодо власної зовнішності. Сирий бал обчислюється шляхом підсумовування відповідей за всіма десятима пунктами, внаслідок чого загальна сума може варіюватися в діапазоні від 0 до 30 балів. Інтерпретація результатів є прямолінійною: вищі значення загального балу свідчать про більш сильний дистрес, пов'язаний із образом тіла, тобто про більше незадоволення власною зовнішністю, більш виражене переживання недоліків зовнішнього вигляду та, відповідно, про більш проблемне самосприйняття в тілесному вимірі.

Для орієнтовної оцінки вираженості порушення образу тіла за BIS використовуються діапазони, які відображають градації дистресу. Значення від 0 до 9 балів зазвичай інтерпретуються як низький або мінімальний дистрес образу тіла, що вказує на відносно задовільне сприйняття власної

зовнішності. Діапазон 10–19 балів відповідає помірному дистресу образу тіла, який може бути пов'язаний з періодичними сумнівами щодо привабливості, епізодичним соромом або невпевненістю у власній зовнішності, але ще не обов'язково досягає рівня, що призводить до глибокої дезадаптації. Показники на рівні 20 балів і вище свідчать про виражений дистрес образу тіла, який може бути асоційований з істотним незадоволенням тілом, високою чутливістю до реальної чи уявної оцінки з боку інших, тенденцією до уникнення певних соціальних ситуацій та ризиком впливу на емоційний стан, міжособистісні стосунки та якість життя загалом (Hutsuliak, Kornivska, & Mateichuk, 2018; Karamushka, Kredentser, Tereshchenko, Karamushka, Trofimov, Visich, Polivko, Trofimova, & Zvarych, 2023).

У контексті даної магістерської роботи використання методики BIS дає змогу кількісно виміряти рівень дистресу, пов'язаного з тілесністю, у осіб, що не зазнали травматичної втрати кінцівки, та співвіднести ці показники з результатами за шкалою ABIS у групі військовослужбовців з ампутаціями. Таке порівняння є принципово важливим для виявлення специфічного внеску саме факту ампутації у формування порушень образу тіла та для розуміння того, якою мірою травматична втрата кінцівки змінює самосприйняття, посилює дистрес, пов'язаний із зовнішністю, і впливає на психологічну готовність до романтичних стосунків.

Медіаторна змінна, Самооцінка, вимірювалася за допомогою Шкали самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE), яка є одним із найвідоміших і найчастіше застосовуваних психодіагностичних інструментів, призначених для вимірювання глобальної самооцінки — тобто узагальненого ставлення особистості до себе як до людини, що має цінність, гідність та здатна заслуговувати на повагу. У межах концепції М. Розенберга самооцінка визначається як позитивне або негативне ставлення до власного «Я», і саме цей підхід покладений в основу шкали. Методика

оцінює саме глобальну самооцінку, а не окремі її домени (наприклад, професійну, соціальну чи фізичну), що робить її універсальною та теоретично узагальненою.

Структурно RSE складається з десяти тверджень, які вимірюють загальне уявлення про власну цінність. Респондент оцінює кожне твердження за чотирибальною шкалою, що дозволяє фіксувати градацію від «повністю погоджуюсь» до «повністю не погоджуюсь». Частина тверджень сформульована позитивно і потребує зворотного кодування, оскільки загальний бал розраховується як сума балів за всі відповіді. Сумарний результат може варіюватися в діапазоні від 0 до 30 балів, де нижчі показники відображають низьку самооцінку, а вищі — високий рівень самоповаги. Прийнято вважати, що показники до 14 балів відображають низьку самооцінку, діапазон 15–25 — норму, а результати від 26 балів і вище — високу самооцінку. [27; 28]

Психометричні характеристики RSE демонструють її високу надійність та стабільність. Зокрема, внутрішня узгодженість шкали підтверджена високим коефіцієнтом відтворюваності Гутмана — 0,92. Надійність тест-ретест оцінювалася за повторним вимірюванням з інтервалом у два тижні, і результати показали значущу кореляцію в межах 0,85–0,88, що підтверджує стійкість вимірюваного конструкта у часі. Подібні результати були отримані й у валідаційних дослідженнях інших мовних версій, зокрема німецької, що свідчить про універсальність інструмента та відсутність істотних змін у психометричних показниках після перекладу.

Застосування RSE у даному дослідженні є концептуально обґрунтованим, оскільки самооцінка виступає ключовим психологічним чинником, що опосередковує вплив образу тіла на готовність до романтичних стосунків. Теоретичні та емпіричні дані свідчать, що самооцінка є важливим механізмом адаптації після травматичних подій,

зокрема після ампутації. У контексті тілесних змін зниження самооцінки може розвиватися внаслідок дискомфорту під час соціальної взаємодії, переживання стигматизації, сорому або внутрішньої девальвації власної тілесності. Дослідження, присвячені особам з ампутаціями, засвідчили, що у значної частини цієї вибірки формується низька самооцінка — зафіксовано, що 92,8% пацієнтів мали низький рівень самоповаги, що підкреслює психологічні наслідки травми.

Методика RSE у цьому дослідженні виступає не лише кількісним інструментом, але й операціональним відображенням психологічного ресурсу військовослужбовців після ампутації. Теоретично вона дозволяє перевірити припущення щодо того, що негативні зміни у сприйнятті тілесності можуть підривати суб'єктивне відчуття власної цінності, що ускладнює формування рівних, стабільних та емоційно близьких стосунків. У цьому контексті самооцінка постає медіатором — вона пояснює, яким чином порушений образ тіла може впливати на готовність до романтичних взаємин, зокрема через механізми уникнення близькості або посилення страху відкидання.

Тож, включення шкали самооцінки Розенберга до психодіагностичного комплексу є необхідним та методологічно виправданим, оскільки вона дозволяє не лише кількісно оцінити рівень самооцінки, але й розкрити її роль у структурі адаптаційних процесів військовослужбовців після ампутації та її вплив на соціально-психологічне функціонування, включно з готовністю до романтичних стосунків.

Опитувальник «Досвід близьких стосунків» (Experiences in Close Relationships – Revised, ECR-R) є ключовим психодіагностичним інструментом для оцінки готовності особистості до романтичних стосунків, оскільки він дає змогу вимірювати індивідуальний стиль прив'язаності, який розглядається як провідний чинник, що впливає на якість, стабільність та ефективність стосунків у дорослому житті. Теоретично методика

спирається на двовимірну модель прив'язаності, розроблену Р. Фрейлі, Н. Уоллером та К. Бреннаном (2000), згідно з якою прихильність розглядається як континуум двох незалежних вимірів: тривоги (Anxiety), що відображає ставлення до залежності та страх відкидання, і уникнення близькості (Avoidance), що відображає ставлення до незалежності, дистанціювання та схильність підтримувати емоційну автономію. Комбінація рівнів вираженості цих двох вимірів дозволяє описувати різні типи прив'язаності, зокрема автономний, надзалежний, псевдо автономний та дезорієнтований, і тим самим пов'язувати внутрішні моделі стосунків із реальною поведінкою в романтичних взаєминах (Fraley, Waller, & Brennan, 2000; Казанжи & Вторнікова, 2022)..

Структурно ECR-R є опитувальником самозвіту, що складається з 36 тверджень, які утворюють дві основні шкали: шкалу Тривоги (Anxiety) та шкалу Уникнення близькості (Avoidance), по 18 пунктів у кожній. Пункти з 1-го по 18-й утворюють шкалу Тривоги і відображають ставлення до залежності у стосунках прихильності, страх бути відкинутим, побоювання недостатньої значущості для партнера. Пункти з 19-го по 36-й утворюють шкалу Уникнення близькості, яка відображає прагнення до емоційної дистанції, небажання надмірної близькості та схильність зберігати незалежність у стосунках. Респондентам пропонується оцінити свою згоду чи незгоду з кожним твердженням за семи бальною шкалою Лайкерта від 1 - «абсолютно не згоден», до 7 - «абсолютно згоден». Для забезпечення єдиного напрямку інтерпретації, де вищий бал завжди означає вищу вираженість тривоги чи уникнення, частина тверджень підлягає зворотному кодуванню. Зокрема, перекодуванню підлягають пункти 9, 11, 20, 22, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36. Після перекодування сирі бали обчислюються шляхом підсумовування балів окремо для шкали Тривоги та шкали Уникнення близькості, а також можуть усереднюватися для отримання середнього показника за кожною шкалою. Вищий сирій або середній бал за шкалою

Тривоги інтерпретується як більш виражений страх відкидання, залежність від партнера та тривога розлуки, що корелює з тенденцією до емоційного злиття та потреби у постійних запевненнях. Вищий бал за шкалою Уникнення відповідає меншій готовності до побудови інтимних стосунків, що проявляється у прагненні до дистанційованості, ізоляції, уникнення емоційної та фізичної близькості. У низці досліджень застосовується підхід, згідно з яким середні бали нижче 3,5 вважаються індикаторами низького рівня тривоги або уникнення, бали вище 4,5 — високого рівня, тоді як інтервал між 3,5 та 4,5 балами інтерпретується як середній рівень вираженості відповідної характеристики.

Психометричні характеристики та адаптація ECR-R на українській вибірці підтверджують доцільність його використання у вітчизняних дослідженнях. Застосування опитувальника в Україні є особливо актуальним через брак валідизованих україномовних інструментів для оцінки дорослої прив'язаності. Україномовна версія ECR-R, апробована на вибірці молодих жінок, продемонструвала високий рівень внутрішньої тестової надійності за методом розщеплення: для шкали Тривоги коефіцієнт кореляції Кендалла склав  $\tau=0,68$ , а для шкали Уникнення —  $\tau=0,72$ . Оскільки обидва значення знаходяться у зоні високої значущості ( $p \leq 0,001$ ), це свідчить про достатньо високий рівень надійності та внутрішню узгодженість. Змістовна валідність методики встановлювалася за допомогою експертних оцінок; середній бал відповідності тверджень діагностичному завданню становив 3,7, а коефіцієнт  $\alpha$ -Кронбаха перевищував 0,72 для шкали Тривоги та 0,80 для шкали Уникнення, що вказує на високу внутрішню узгодженість підшкал. Диференційна сила всіх 36 тверджень перебувала на високому рівні значущості, що підтверджує інформативність кожного пункту перекладеної версії. Факторний аналіз на українській вибірці показав автономність і відносну «чистоту» двох основних шкал, підтвердивши збереження двовимірної структури Тривоги

та Уникнення, тобто відсутність надмірних перетинів між факторами (Погоріла & Виноградов, 2024).

У контексті даного дослідження ECR-R використовується як основний інструмент операціоналізації готовності до романтичних стосунків, яка виступає ключовою залежною змінною. Готовність до романтичних взаємин тут осмислюється не як декларативна установка, а як узагальнений патерн ставлення до близькості, залежності та автономії, що втілюється у стилі дорослої прихильності. Високий бал за шкалою Уникнення близькості розглядається як прямий показник низької готовності військовослужбовця до романтичних стосунків, оскільки він відображає схильність до емоційного дистанціювання, «закритості» для глибокої взаємодії, відмову від уразливості та перевагу самотності або формальної взаємодії. Шкала Тривоги в стосунках вимірює страх відкидання, переживання власної недостатності як партнера, побоювання втрати значущих стосунків. Підвищені показники за цією шкалою свідчать про тенденцію до надмірної емоційної залежності, гіпер пильності щодо поведінки партнера та схильність до емоційної нестабільності у сфері близькості. Сукупна картина двох вимірів дозволяє не лише діагностувати тип прихильності, а й опосередковано оцінити, наскільки особистість готова до встановлення рівноправних, стабільних, довірчих романтичних стосунків.

Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale, BBC-SWB), розроблена П. Понтіном, М. Шваннауером, С. Таї та М. Кіндерманом (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, M. Kinderman), у даному дослідженні використовується для оцінки загальної адаптації та якості життя військовослужбовців. Вона належить до широкоживаних інструментів, що продемонстрували високу надійність і валідність у загальній популяції, та була створена для вимірювання загального суб'єктивного благополуччя особистості з урахуванням фізичного та психологічного здоров'я, міжособистісних

стосунків та середовища. Модифікована версія шкали є вдосконаленням оригінальної «The BBC Subjective Well-being Scale» і вважається зручнішою як для респондентів, так і для подальшого статистичного опрацювання результатів, оскільки забезпечує вищу чутливість до індивідуальних відмінностей і полегшує інтерпретацію отриманих даних. В українському контексті адаптація та стандартизація BBC-SWB набувають особливої значущості в умовах агресивної війни, коли питання підтримки ментального здоров'я та суб'єктивного благополуччя населення, а також окремих вразливих груп, зокрема військовослужбовців з бойовим досвідом і травматичними ушкодженнями, є вкрай актуальними (Карамушка, Терещенко, & Креденцер, 2022)..

Опитувальник BBC-SWB складається з двадцяти чотирьох суджень, які респондент оцінює за п'ятибальною шкалою Лайкерта від мінімального до максимального рівня згоди. Перехід від чотирибальної шкали, що використовувалася в початковому варіанті, до п'ятибальної у модифікованій версії дозволяє точніше диференціювати рівень задоволеності різними аспектами життя та підвищити чутливість інструменту до варіативності суб'єктивних переживань. В усіх пунктах, крім одного, застосовується прямий порядок нарахування балів: вищі оцінки відображають вищий рівень благополуччя. Винятком є четвертий пункт, який стосується переживання депресії або тривоги; для нього використовується зворотне кодування, оскільки підвищений бал за цим пунктом індикативно відображає психологічне неблагополуччя, а при обчисленні загального показника трансформується у протилежний за значенням, щоб узгодити напрямок інтерпретації з іншими твердженнями. Таким чином, загальний показник суб'єктивного благополуччя розраховується як сума балів за всіма 24 пунктами, де теоретичний діапазон можливих значень простягається від 24 балів - мінімальний рівень суб'єктивного благополуччя, до 120 балів - високий рівень задоволеності життям.

Структурно методика є багатовимірною і охоплює три основні аспекти суб'єктивного благополуччя, що відображають різні сфери функціонування особистості. Перший змістовий блок стосується психологічного благополуччя і представлений пунктами з четвертого по п'ятнадцятий. Він відображає здатність людини відчувати контроль над власним життям, зберігати оптимізм щодо майбутнього, довіряти власним думкам і переконанням, сприймати себе як особу, здатну до розвитку та особистісного зростання, а також мобілізувати внутрішні психологічні ресурси для подолання стресу та життєвих труднощів. Другий компонент, що об'єднує 1, 2, 3, а також 21, 22, 23 і 24 пункти, спрямований на оцінку фізичного здоров'я та фізичного благополуччя. Він включає показники задоволеності соматичним станом, якістю сну, здатністю виконувати повсякденну діяльність, працювати, займатися спортом і відпочинком, а також відсутністю виражених проявів депресії та тривоги. У контексті дослідження військовослужбовців цей блок є особливо важливим, оскільки відображає вплив травматичних подій, поранень або хронічного болю на загальне відчуття фізичної та функціональної спроможності. Третя субшкала присвячена сфері міжособистісних стосунків і включає пункти з 16 по 20. Її зміст дає змогу оцінити комфортність комунікації з іншими, наявність емоційно близьких і підтримувальних дружніх та особистих стосунків, можливість звернутися по допомогу, а також суб'єктивну задоволеність власним сексуальним життям. Саме ця субшкала у межах дослідження розглядається як прямий індикатор успішності у соціальній і романтичній сфері, оскільки вона безпосередньо відображає, наскільки людина почувається прийнятою, бажаною та включеною у систему значущих стосунків. Низькі значення можуть свідчити про незадоволеність особистими та сексуальними відносинами, труднощі в довірі та близькості, підвищений ризик соціальної ізоляції.

Адаптація та стандартизація методики BBC-SWB на українській вибірці була здійснена у рамках досліджень, проведених Ларисою Карамушкою, Катериною Терещенко та Оленою Креденцер. Було реалізовано повну процедуру лінгвістичного перекладу, зворотного перекладу та культурної адаптації, що забезпечило збереження змістової еквівалентності оригінальних тверджень і їхню відповідність українському соціокультурному контексту. Психометрична перевірка проводилася на вибірці 502 дорослих респондентів із центральних регіонів України віком від 18 до 75 років, які представляли різні соціальні групи. Отримані результати засвідчили високу внутрішню узгодженість адаптованої методики: коефіцієнт  $\alpha$ -Кронбаха для загального показника суб'єктивного благополуччя становив 0,918, а коефіцієнт передбаченої надійності за методом розщеплення навпіл (Спірмена–Брауна) дорівнював 0,887. Такі значення свідчать про те, що опитувальник є внутрішньо однорідним і стабільним вимірювальним інструментом. Надійність субшкал також перебувала в межах високих значень, від 0,810 до 0,873, що підтверджує однорідність кожного з трьох доменів благополуччя.

Валідність методики була підтверджена через виявлення значущого кореляційного зв'язку між загальним показником BBC-SWB та результатами іншої валідної методики, призначеної для оцінки стабільності психічного здоров'я (кореляція становила  $r = 0,449$  за  $p < 0,001$ ). Це означає, що вищий рівень суб'єктивного благополуччя за BBC-SWB узгоджується з кращими індикаторами психічної стійкості та емоційної стабільності, що відповідає теоретичним уявленням про структуру та детермінанти психологічного благополуччя. Стандартизація опитувальника проводилася на загальній вибірці без виокремлення статевих підгруп, оскільки аналіз не виявив значущих відмінностей між чоловіками та жінками за інтегральним показником суб'єктивного благополуччя. Розподіл результатів наближався до нормального, що дозволило розрахувати нормативні інтервали для

інтерпретації показників. Середнє значення загального суб'єктивного благополуччя становило  $M = 84,30$  за стандартного відхилення  $SD = 15,33$ . На основі інтервалу  $M \pm \frac{1}{2} SD$  було запропоновано орієнтовні діапазони: низький рівень суб'єктивного благополуччя відповідає 24–76 балам, середній рівень — 77–91 балу, а високий — 92–120 балам (Кокун та ін., 2023; Говорун & Кікінежді, 2004).

У межах даного дослідження модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі використовується як індикатор загальної психосоціальної адаптації військовослужбовців, які зазнали ампутації кінцівок, а також як порівняльний критерій щодо контрольної групи без ампутацій. Особливий акцент робиться на аналізі субшкали стосунків, яка відображає задоволеність особистими й романтичними взаєминами, відчуття підтримки з боку оточення та задоволеність інтимним життям. У поєднанні з показниками образу тіла, самооцінки та стилів прихильності дані BBC-SWB дають змогу цілісно оцінити, яким чином травматична зміна тілесності та пов'язаний із нею дистрес впливають не лише на внутрішній емоційний стан військовослужбовця, але й на якість його стосунків, готовність до психологічної та сексуальної близькості та загальне відчуття життєвої реалізованості. Високі психометричні характеристики та наявність українських нормативів роблять BBC-SWB науково обґрунтованим і практично значущим інструментом для дослідження суб'єктивного благополуччя та адаптації в умовах суспільства, що переживає наслідки повномасштабної війни.

Для підсилення інформативності стандартизованих методик і фіксації поточного психоемоційного та соматичного стану респондентів було використано візуальні шкали самооцінки стану з діапазоном від нуля до десяти балів. За їх допомогою оцінювалися рівень тривожності, рівень напруги у тілі, настрої та суб'єктивне відчуття впевненості у собі. Ці показники реєструвалися до і після заповнення основного комплексу

опитувальників, що дозволило частково відстежити динаміку стану в процесі дослідження та додатково охарактеризувати емоційний фон, у якому формуються відповіді.

Окрім стандартизованого психодіагностичного інструментарію, у дослідженні було застосовано низку додаткових процедурних методів, спрямованих на уточнення контексту отриманих даних та фіксацію індивідуально-психологічних особливостей перебігу реабілітації.

Метод шкалювання із використанням візуально-аналогових шкал, дозволило отримати експрес-оцінку суб'єктивного психоемоційного стану респондентів у динаміці. Перед початком заповнення основного пакета опитувальників та після його завершення учасники оцінювали свій поточний стан за низкою параметрів, таких як рівень внутрішньої напруги, тривожності, відчуття впевненості у собі та загальний емоційний фон. Для цього використовувалися так звані «градусники» — лінійні шкали від 0 до 10 балів, де крайні значення відповідають мінімальній та максимальній інтенсивності відповідного стану.

Запровадження процедури оцінки «до» і «після» дало змогу зафіксувати, чи впливає сама участь в опитуванні на самопочуття респондента, чи підвищує вона усвідомленість щодо власного стану, а також чи не призводить процес самооцінювання та звернення до травматичного досвіду до надмірного емоційного виснаження. Таким чином, метод шкалювання виконував подвійну функцію: з одного боку, він слугував додатковим індикатором психоемоційного стану на момент дослідження, а з іншого — створював елемент квазіекспериментального підходу всередині загального крос-секційного дизайну.

## **Висновки до розділу 2**

У другому розділі було представлено опис вибірки дослідження та психодіагностичного інструментарію, застосованого для емпіричного

вивчення впливу образу тіла на готовність військовослужбовців з ампутаціями до романтичних стосунків. Логіка побудови вибірки та добір валідованих вимірювальних інструментів були безпосередньо зумовлені дослідницькими завданнями, що вимагали аналізу як міжгрупових відмінностей між військовими з ампутаціями та без них, так і внутрішньо групових психологічних закономірностей.

Комплексний психодіагностичний підхід включав використання спеціалізованої Шкали оцінки образу тіла після ампутації (ABIS) для групи військових з ампутаціями та Шкали образу тіла (BIS) для групи порівняння. Такий розподіл дозволив урахувати принципову відмінність між загальним невдоволенням тілом і дистресом, обумовленим травматичною втратою кінцівки. Вимірювання самооцінки здійснювалося за допомогою Шкали Розенберга (RSE), що дало змогу оцінити роль цього психологічного показника як проміжної ланки між образом тіла та особливостями міжособистісного функціонування. Для операціоналізації залежної змінної — готовності до романтичних стосунків — застосовувався опитувальник ECR-R, який вимірює два ключові параметри прихильності: тривогу та уникнення. Додатково застосовувалася Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC-SWB, що дала змогу оцінити загальну психосоціальну адаптованість респондентів, а також виявити контекстні фактори, які можуть впливати на посттравматичну інтеграцію та якість міжособистісних взаємин. [21]

Узгоджене використання шкал ABIS, BIS, RSE, ECR-R, BBC-SWB та додаткових візуально-аналогових інструментів оцінки дало можливість отримати багатовимірну та методологічно вивірену картину психологічного стану учасників дослідження. Такий підхід забезпечив не лише вимірювання окремих змінних, але й виявлення пов'язаних між собою когнітивних, емоційних, поведінкових та контекстуальних детермінант готовності до романтичних стосунків після ампутації.

Системність обраного інструментарію дозволила отримати як кількісні показники порівняння груп, так і емпіричні дані, необхідні для перевірки гіпотез щодо ролі самооцінки й суб'єктивного благополуччя як медіаторів взаємозв'язку між образом тіла та стилями прихильності. У комплексі анкетування як метод самозвіту та використання візуально-аналогових шкал доповнили стандартизовані опитувальники, що забезпечило ширше, контекстуалізоване й більш персоналізоване розуміння стану військовослужбовців, їхнього суб'єктивного досвіду, соціальної взаємодії, внутрішніх ресурсів і психологічних бар'єрів, пов'язаних із формуванням образу тіла та здатністю вступати в романтичні стосунки.

Таким чином, обраний дизайн вимірювальних процедур та структура вибірки формують науково обґрунтовану методологічну основу, що забезпечує можливість проведення подальшого статистичного аналізу, інтерпретації результатів і перевірки ключових теоретичних припущень дослідження у наступному розділі.

### РОЗДІЛ 3

## АНАЛІЗ ОБРАЗУ ТІЛА ЯК ЧИННИКА ГОТОВНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З АМПУТАЦІЯМИ ДО РОМАНТИЧНИХ СТОСУНКІВ

### 3.1. Особливості готовності до романтичних стосунків у військовослужбовців

Під готовністю до романтичних стосунків у роботі розуміється насамперед емоційно-поведінковий вимір близькості, що відображає здатність людини вступати у стосунки, витримувати емоційну близькість, довіряти партнеру та залишатися з ним у ситуаціях вразливості. Операціоналізація цього поняття здійснювалася за допомогою опитувальника «Досвід близьких стосунків» (ECR-R), який дає змогу кількісно оцінити два ключові параметри стилю прихильності: тривогу в стосунках та уникнення близькості. Таким чином, підвищені показники тривоги інтерпретуються як емоційна вразливість до можливого відкидання, страх втрати стосунків, надмірна залежність від партнера, тоді як підвищені показники уникнення відображають схильність дистанціюватися, уникати та покладатися переважно на власні ресурси, тримаючи партнера на емоційній відстані. У межах даного дослідження саме ці дві шкали розглядаються як інтегральні індикатори готовності до романтичних стосунків у дорослому віці.

Емпірична вибірка була сформована таким чином, щоб забезпечити можливість порівняння двох принципово важливих груп. До першої групи увійшли військовослужбовці, які пережили ампутацію кінцівки внаслідок бойових дій, друга група складалася з військовослужбовців без ампутацій, що перебувають у схожих умовах служби та обмеженості доступу до цивільних ресурсів, але не зазнали втрати кінцівки. Такий підхід дає можливість відокремити ефекти, пов'язані безпосередньо з ампутацією та

зміною образу тіла, від загальних факторів військової служби, стресу, перебування в умовах війни та обмеженості соціальних контактів.

Важливо підкреслити, що у цьому розділі показники за шкалами тривоги та уникнення розглядаються не ізольовано, а в ширшому контексті внутрішніх ресурсів військовослужбовців. Саме поєднання вимірювання готовності до близькості через ECR-R із показниками образу тіла, самооцінки та суб'єктивного благополуччя створює підґрунтя для комплексного аналізу специфіки романтичної сфери у військовослужбовців з ампутаціями та без.

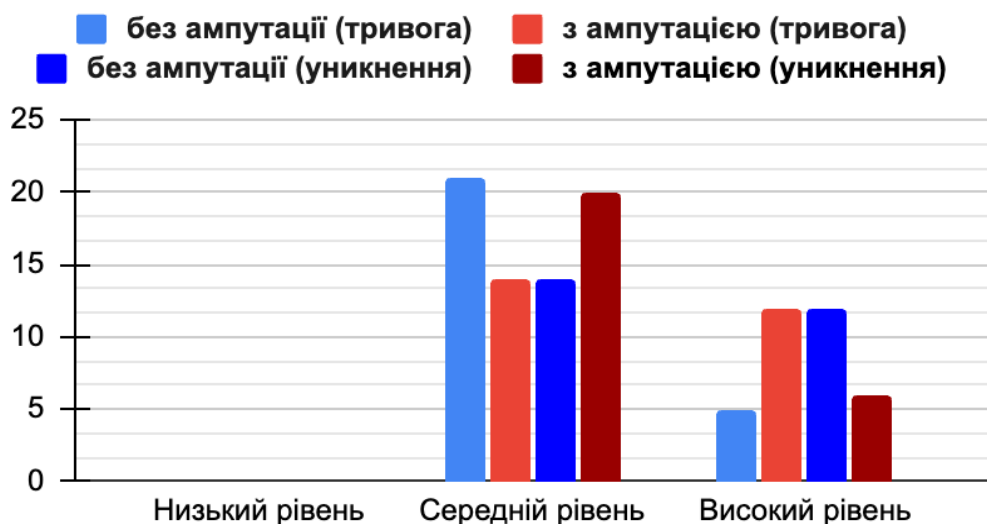
### **3.2. Аналіз образу тіла у військовослужбовців з ампутаціями і без них**

У межах емпіричної частини дослідження було здійснено порівняльний аналіз показників готовності до романтичних стосунків у військовослужбовців з ампутаціями та без них, операціоналізованої через дві базові осі прив'язаності за ECR-R: тривогу та уникнення. Обидві групи були репрезентативно вирівняні за чисельністю (по 26 осіб), що дозволило коректно порівнювати показники без необхідності складної поправки на розмір вибірки (табл.3.1, рис.3.1).

*Таблиця 3.1*

#### **Досвід близьких стосунків (ECR-R)**

	<b>Шкала Тривоги</b>		<b>Шкала Уникнення</b>	
	<b>без ампутації</b>	<b>з ампутацією</b>	<b>без ампутації</b>	<b>з ампутацією</b>
<b>Військовослужбовці:</b>				
Низький рівень	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Середній рівень	21 (80.8%)	14 (53.8%)	14 (53.8%)	20 (76.9%)
Високий рівень	5 (19.2%)	12 (46.2%)	12 (46.2%)	6 (23.1%)



**Рис.3.1. Порівняння результатів за шкалою тривоги/уникнення**

Для інтерпретації балів застосовувалася тривірнева градація вираженості кожної шкали: низький, середній та високий рівні.

Отримані дані виявили чітку міжгрупову різницю у структурі тривоги прив'язаності. У військовослужбовців без ампутацій переважає середній її рівень: відповідні показники спостерігаються у більшості респондентів, тоді як високий рівень фіксується лише у поодиноких випадках. У групі військових з ампутаціями структура значно зміщується у бік вищої тривоги: середній рівень виявлено майже вдвічі рідше, ніж у контрольній групі, водночас високий рівень тривоги демонструє майже половина учасників. Це дозволяє припустити, що тілесна травма підвищує чутливість до можливої відмови, страх знецінення з боку потенційного партнера, ускладнює переживання власної привабливості та може загострювати очікування негативних сценаріїв у близьких стосунках. Таким чином, сам факт втрати кінцівки виступає не лише медичним чи функціональним чинником, а й глибоким психологічним модифікатором досвіду прив'язаності, що проявляється в підвищеній тривожності.

Натомість картина уникнення близькості виявилася протилежною за спрямованістю. Військовослужбовці без ампутацій частіше демонструють високий рівень уникання, що може бути зумовлено специфікою військової

культури, яка передбачає емоційну автономність, обмеження відкритого вираження переживань та розвиток стратегії самостійного подолання труднощів. У цій групі співіснують як середні, так і високі прояви уникання, що свідчить про загальну тенденцію до дистанціювання у стосунках навіть за відсутності травматичного досвіду тілесної втрати.

Військові з ампутаціями, навпаки, демонструють переважно середній рівень уникання. Це може бути пов'язано з посиленням потреби в емоційній підтримці після травми, переорієнтацією на міжособистісну близькість як ресурс стабілізації психологічного стану, а також з підвищене прагнення до прийняття й безпечної взаємодії. Тож, хоча травма й підвищує тривожність у стосунках, вона водночас може зменшувати схильність до емоційної ізоляції, сприяючи формуванню більш суперечливого, але не уникаючого стилю взаємодії.

Таким чином, аналіз отриманих даних фіксує два взаємопов'язані висновки: тривога прив'язаності є суттєво вищою у військовослужбовців з ампутаціями, що узгоджується з теоретичними моделями зміни образу тіла та самооцінки після травматичного досвіду. А також уникнення близькості більш виражене у військових без ампутацій, що відображає специфіку військового середовища та його вплив на емоційні стратегії взаємодії.

Ці міжгрупові відмінності становлять концептуальну основу для подальшого аналізу ролі образу тіла, самооцінки та суб'єктивного благополуччя як чинників, що визначають готовність до романтичних стосунків у військовослужбовців різних груп.

У межах дослідження було проаналізовано вираженість дистресу, пов'язаного з образом тіла, у військовослужбовців двох груп: тих, хто має ампутації кінцівок, та тих, хто не має травматичних тілесних змін (табл. 3.2, рис. 3.2). Для цього використовувалися дві методики, що відрізняються за своїм концептуальним спрямуванням. Шкала BIS дає змогу оцінити загальний дистрес образу тіла у військовослужбовців без ампутацій, тоді як

шкала ABIS є інструментом, специфічно спрямованим на вимірювання дистресу в осіб із травматичною втратою кінцівки та досвідом використання протезів чи зміненого тілесного сприйняття. Таким чином, обидві шкали разом дозволяють описати, наскільки по-різному проявляється невдоволення власним тілом у двох якісно відмінних групах.

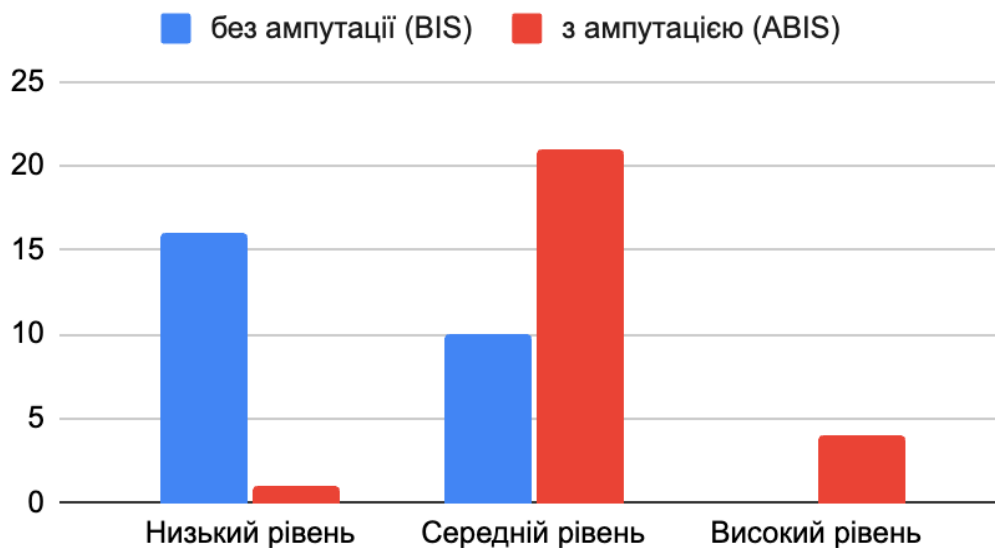
Таблиця 3.2

### Дистрес, пов'язаний з образом тіла

<b>Військовослужбовці:</b>	<b>Без ампутації</b>	<b>З ампутацією</b>
	За методикою BIS	За методикою ABIS
Низький рівень	16 (61.5%)	1 (3.8% )
Середній рівень	10 (38.5%)	21 (80.8%)
Високий рівень	0 (0%)	4 (15.4%)

Порівняння показників дистресу, пов'язаного з образом тіла, виявило суттєві відмінності між групами. У військовослужбовців без ампутацій за шкалою BIS переважає низький рівень тілесного дистресу, що свідчить про відносно стабільне сприйняття власної зовнішності за відсутності травматичної втрати кінцівки.

У групі військовослужбовців з ампутаціями за шкалою ABIS переважає середній рівень дистресу образу тіла, а частка високих значень є помітною, хоча й меншою. Такий профіль може відображати тривалий процес адаптації: навіть за наявності реабілітації та протезування частина респондентів продовжує переживати емоційно значущі труднощі інтеграції зміненого тіла у Я-концепцію, що потенційно впливає на соціальну та романтичну сфери.



**Рис.3.2. Дистрес, пов'язаний з образом тіла**

У групі військовослужбовців з ампутаціями картина принципово інша. Практично всі респонденти демонструють або низький, або високий рівень дистресу, причому домінуючим є саме високий рівень, зафіксований у більшості учасників. Середні показники у цій групі не спостерігаються зовсім, що вказує на бінарний розподіл досвіду образу тіла: або військовий уже адаптувався до тілесних змін і переживає мінімальний дистрес, або ж відчуває інтенсивне внутрішнє напруження, що може охоплювати сором, сплутані переживання щодо привабливості, труднощі у прийнятті власної тілесності та страхи, пов'язані із соціальною взаємодією.

Такий різкий контраст пояснюється природою ампутації як травматичної події, яка змінює тілесні межі, функціональність, уявлення про себе та здатність «вписуватися» у соціальні сценарії близькості. Високий дистрес у цій групі не є лише індикатором негативного емоційного стану; він виступає маркером незавершених процесів адаптації, порушеної цілісності тілесного «Я», підвищеної чутливості до реакцій інших людей і внутрішньої боротьби за оновлену тілесну ідентичність.

Разюча відмінність розподілу дистресу між групами відображає тенденцію до поляризації досвіду тілесного переживання у

військовослужбовців з ампутаціями: або відбувається успішне психологічне інтегрування змін, або формується стійкий високий рівень тілесного страждання. Отримані дані демонструють, що дистрес, пов'язаний із образом тіла, є значущим саме в групі військових з ампутаціями. Він відрізняється не лише інтенсивністю, а й якісною психологічною організацією, у межах якої переживання втрати та змін тілесності формують специфічні емоційні реакції. Надалі ці показники розглядаються як ключові предиктори готовності до романтичних стосунків, оскільки рівень прийняття власного тіла та тілесна невизначеність істотно впливають на патерни прив'язаності, очікування у стосунках і здатність до близькості.

У межах дослідження самооцінка військовослужбовців розглядалася як один із центральних психологічних ресурсів, що потенційно опосередковує зв'язок між образом тіла та готовністю до романтичних стосунків (табл.3.3, рис.3.3). Для її оцінювання було використано Шкалу самооцінки Розенберга (RSE). Порівняння 2 груп військовослужбовців - з ампутаціями та без, виявило суттєві відмінності у тому, як формується і підтримується відчуття власної цінності в умовах травматичних тілесних змін.

Таблиця 3.3

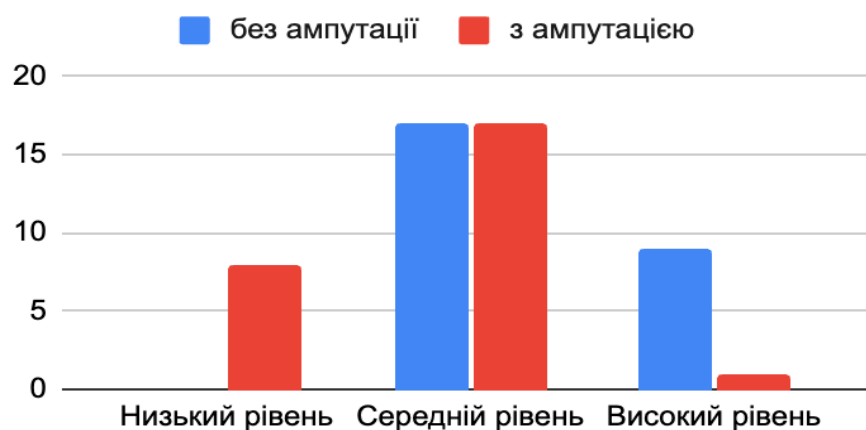
### Порівняння рівня самооцінки (RSE)

	Шкала Самооцінки (RSE)	
	без ампутації	з ампутацією
Військовослужбовці:		
Низький рівень	0 (0%)	8 (30.8%)
Середній рівень	17 (65.4%)	17 (65.4%)
Високий рівень	9 (34.6%)	1 (3.8%)

У групі військових без ампутацій спостерігається відносно оптимістичний розподіл самооцінки: більшість учасників має середній

рівень, а значна частка демонструє високу самооцінку. Низький рівень у цій групі не зафіксовано взагалі. Такий профіль свідчить про стабільність базових переконань щодо власної компетентності, здатності впоратися з труднощами та відчуття внутрішньої цілісності, що не піддається суттєвим коливанням навіть за умов службових навантажень.

У військовослужбовців з ампутаціями ситуація принципово інша. Хоча середній рівень самооцінки також домінує у цій групі, його характер різко змінюється на тлі значно вищої частки низької самооцінки.



**Рис. 3.3. Рівень самооцінки в групах порівняння**

Вісім респондентів із цієї групи демонструють низький рівень самоповаги, тобто переживають виражені сумніви у власній значущості, цінності та здатності бути прийнятими іншими людьми. Високий рівень самооцінки зустрічається лише в одного учасника, що вказує на загальне зниження впевненості у собі після ампутації та на порушення фундаментального уявлення про себе як суб'єкта, здатного до повноцінної взаємодії та близькості.

Відсутність високої самооцінки у більшості військових з ампутаціями може бути пов'язана з кількома процесами: необхідністю інтегрувати новий тілесний стан, переосмисленням власних соціальних ролей, переживанням ризику втрати романтичної чи сексуальної спроможності, а також

внутрішньою боротьбою між попередньою ідентичністю та новою реальністю тілесних обмежень. Самооцінка у цій групі функціонує як система, що перебуває в активній перебудові, і її вразливість стає особливо помітною на тлі відсутності високих показників.

Фактично у групі з ампутаціями ми спостерігаємо «стиснення» самооцінки до середнього та низького рівня, причому домінування середнього рівня не означає стабільності. Навпаки, воно може свідчити про перехідний стан, у якому військовослужбовець ще не відновив внутрішню цілісність і перебуває між адаптаційними стратегіями. Натомість у військових без ампутацій середній рівень функціонує як стабільна норма, а високий рівень - як маркер психологічної зрілості й упевненості.

Загальні результати підтверджують, що ампутація є значним чинником ризику зниження самооцінки, яка, у свою чергу, відіграє центральну роль у формуванні тривоги та готовності до емоційної близькості. Надалі ці дані інтегруються у регресійний аналіз для встановлення того, наскільки самооцінка опосередковує вплив образу тіла на патерни прив'язаності та готовність до романтичних стосунків.

У межах даного дослідження модифікована шкала суб'єктивного благополуччя BBC-SWB розглядається як важливий індикатор загальної психосоціальної адаптації військовослужбовців. Враховуючи її багатовимірність, аналіз було проведено окремо за трьома ключовими доменами: психологічним благополуччям, фізичним благополуччям та якістю міжособистісних стосунків (табл.3.4, рис.3.4-6). Порівняння двох груп військовослужбовців з ампутаціями та без ампутацій дозволило виокремити низку закономірностей, що відображають різні траєкторії адаптації після втрати кінцівки.

Таблиця 3.4

## Порівняння рівня благополуччя БіБіСі (BBC-SWB)

Рівень:	Психологічне благополуччя		Фізичне благополуччя		Стосунки	
	без ампутації	з ампутацією	без ампутації	з ампутацією	без ампутації	з ампутацією
Низький рівень	18 (69.20%)	15 (57.7%)	18 (69.20%)	10 (38.5%)	16 (61.5%)	19 (73.2%)
Середній рівень	6 (23.10%)	9 (34.6%)	5 (19.2%)	12 (46.2%)	8 (30.8%)	4 (15.4%)
Високий рівень	2 (7.7%)	2 (7.7%)	3 (11.5%)	4 (15.4%)	2 (7.7%)	3 (11.5%)

У сфері психологічного благополуччя обидві групи демонструють подібний розподіл рівнів, однак з певним зміщенням у бік нижчих показників у респондентів з ампутаціями. У групі військових без ампутацій низький рівень психологічного благополуччя переважає (18 осіб, 69,2%), що свідчить про загальний вплив військової служби, бойового стресу та хронічної напруги на емоційний фон навіть за відсутності тілесних втрат. У групі з ампутаціями низький рівень також домінує (15 осіб, 57,7%), однак середній рівень зустрічається частіше, ніж у контрольній групі, а високий так само рідко (2 особи, 7,7%).

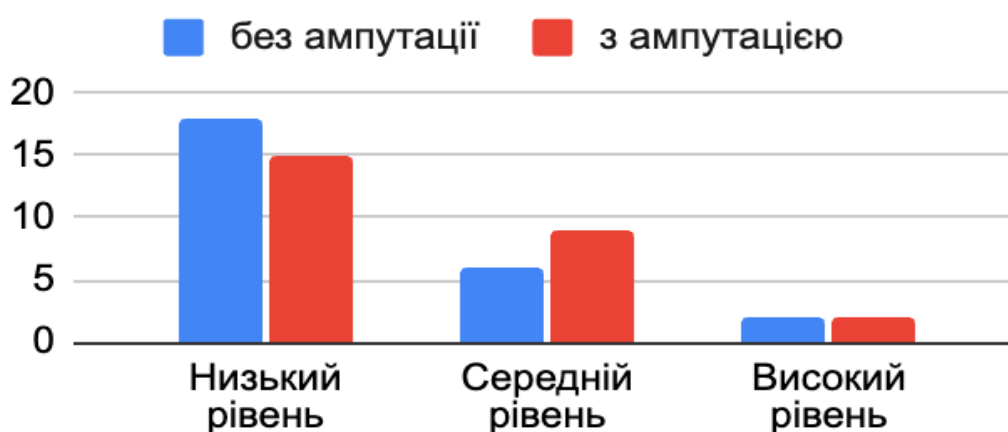
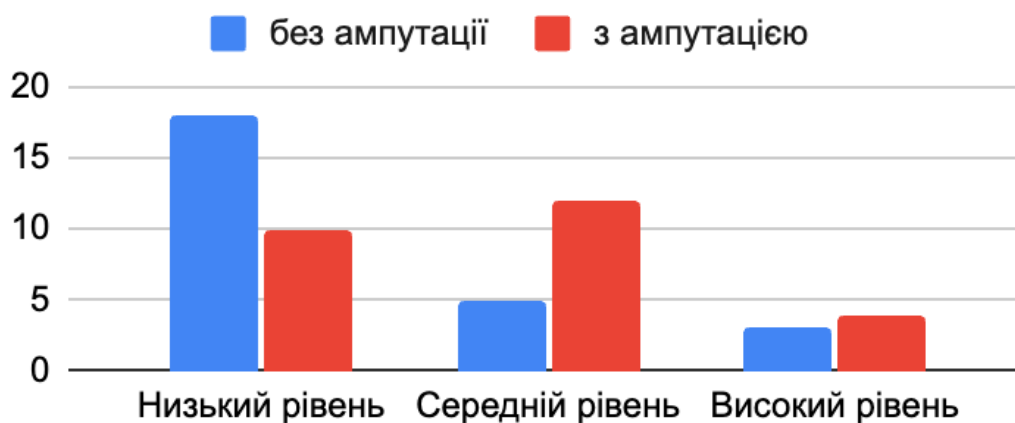


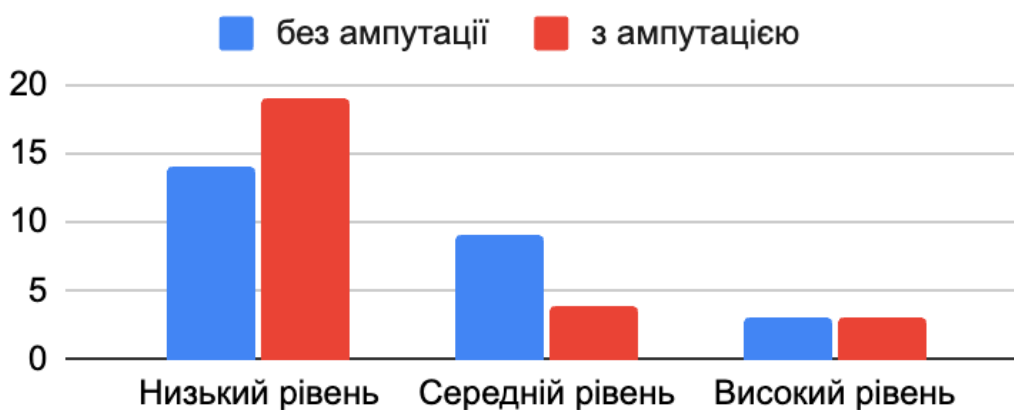
Рис.3.4. Рівень психологічного благополуччя в групах порівняння

Це може вказувати на складний процес внутрішнього балансування, у якому пережита травма, з одного боку, знижує психологічну стабільність, а з іншого стимулює активізацію адаптаційних механізмів, спрямованих на утримання певної внутрішньої цілісності.



**Рис. 3.5. Відмінності у сфері фізичного благополуччя**

Ситуація з фізичним благополуччям демонструє ще виразніші міжгрупові розбіжності. У військових без ампутацій низький рівень зафіксовано у 18 осіб (69,2%), що є очікуваним з огляду на складні умови служби та можливу наявність хронічного виснаження. У респондентів з ампутаціями низький рівень фізичного благополуччя виявлено у 10 (38,5%) осіб, а середній — у 12 (46,2%). Показник високого рівня фізичного благополуччя у групі з ампутаціями є навіть трохи вищим, така динаміка може свідчити про два різноспрямовані процеси: з одного боку, травма і протезування справді обмежують фізичний комфорт, а з іншого — проходження інтенсивної реабілітації, систематична робота з тілом та підвищення уваги до власного стану можуть підтримувати суб'єктивне відчуття фізичного контролю та функціонального відновлення.



**Рис.3.6. Відмінності у суб'єктивному благополуччі в сфері міжособистісних стосунків**

Найбільш показові відмінності виявлено у сфері міжособистісних стосунків, яка є особливо важливою для цього дослідження, оскільки має прямий зв'язок із готовністю до романтичних взаємин. У військовослужбовців з ампутаціями низький рівень стосункового благополуччя зафіксовано у 19 осіб (73,2%) — це найвищий показник серед усіх доменів. У групі без ампутацій низький рівень виявлено у 16 осіб (61,5%), що також свідчить про суттєві труднощі у підтримці емоційної близькості, але менш виражені, ніж у респондентів, які пережили ампутацію. Водночас середній та високий рівні трапляються у групі без ампутацій частіше, ніж у групі з ампутаціями, що відображає системне зниження довіри, відчуття підтримки та емоційної взаємодії після тілесної втрати.

У цілому дані за BBC-SWB демонструють комплексну картину впливу травматичної зміни тілесності на різні сфери благополуччя. Військові з ампутаціями, попри відносно збережені або навіть кращі показники у фізичному домені, демонструють підвищену вразливість у сфері міжособистісних стосунків та дещо нестабільний психоемоційний фон. Це може пояснювати підвищену тривогу прив'язаності, зниження самооцінки та ускладнення в побудові романтичних взаємин, які були

виявлені в інших частинах аналізу. Зіставлення цих результатів із подальшими регресійними моделями дає змогу оцінити, яку роль відіграє благополуччя як системний чинник у формуванні готовності військовослужбовців до емоційної близькості та партнерських стосунків після пережитої ампутації.

### **3.3. Вплив змін в образі тіла у військовослужбовців з ампутаціями на готовність до романтичних стосунків**

З метою перевірки центральної тенденції не лише на рівні порівняння груп, а й на рівні психологічних механізмів, було здійснено регресійний аналіз окремо в групі військовослужбовців та військовослужбовців з ампутаціями. Такий підхід дозволяє відповісти на принципове для дослідження питання: що саме «підживлює» тривогу прив'язаності як емоційний показник нижчої готовності до романтичних стосунків у ситуації травматичної зміни тілесності. Якщо для групи без ампутацій тривога у стосунках може визначатися переважно загальними ресурсами та психологічною стійкістю, то для групи з ампутаціями теоретично очікувано, що ключовим чинником є специфічний дистрес, пов'язаний з образом тіла після втрати кінцівки. Саме це і перевіряється в поданій моделі множинної лінійної регресії, де залежною змінною виступає тривога прив'язаності (ECR-R), а предикторами є показники порушення образу тіла після ампутації (ABIS), самооцінки (RSE) та компоненти суб'єктивного благополуччя за BBC-SWB (психологічне, фізичне благополуччя і задоволеність стосунками, табл.3.7-9).

*Таблиця 3.7*

#### **Сумарна модель чинників тривоги прив'язаності у військовослужбовців з ампутаціями**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	763a	0,583	0,479	12,31973

a. Predictors: (Constant), ABIS, RSE, Задоволеність стосунками, Фізичне здоров'я, Психологічне благополуччя

Зведена таблиця моделі («Model Summary») показує, що сукупність включених чинників має достатньо високу пояснювальну здатність. Значення множинної кореляції  $R = 0,763$  відображає тісний зв'язок між предикторами та тривогою прив'язаності у вибірці військовослужбовців з ампутаціями. Коефіцієнт детермінації  $R^2 = 0,583$  означає, що приблизно 58,3% варіативності тривоги прив'язаності статистично пояснюється включеними змінними. Водночас скоригований  $R^2 = 0,479$  є більш консервативною оцінкою, яка враховує розмір вибірки та кількість предикторів; навіть у такому вигляді модель пояснює майже половину дисперсії залежної змінної.

Таблиця 3.8

## ANOVAa

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	4241,602	5	848,32	5,589	.002b
Residual	3035,514	20	151,776		
Total	7277,115	25			

a. Dependent Variable: Тривога; b. Predictors: (Constant), ABIS, RSE, Задоволеність стосунками, Фізичне здоров'я, Психологічне благополуччя

Для психологічних досліджень із багатокomпонентними феноменами це є переконливим показником і свідчить, що тривога прив'язаності в групі з ампутаціями справді системно пов'язана з комплексом внутрішніх і життєвих характеристик, а не є випадковим або суто ситуативним коливанням. Таблиця 3.8 підтверджує, що модель загалом статистично значуща:  $F = 5,589$  при  $p = 0,002$ . Це означає, що принаймні один із включених предикторів робить внесок у пояснення тривоги прив'язаності, і результати можна інтерпретувати як надійні на рівні прийнятого критерію статистичної значущості. Важливо, що значущість моделі в цілому задає рамку для подальшого, вже змістовного питання: який саме чинник у цій

групі є провідним і чи збігається це з теоретичним припущенням про ключову роль образу тіла після ампутації.

Найбільш критичною для інтерпретації є таблиця 3.9, оскільки саме вона показує унікальний внесок кожного предиктора за умови контролю інших змінних. У цій моделі найбільш сильним і водночас статистично значущим предиктором тривоги прив'язаності виявився показник ABIS.

Таблиця 3.9

**Коефіцієнти регресії, група військовослужбовців з ампутаціями**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	6,434	42,597		0,151	0,881
RSE	2,02	0,933	0,375	2,165	0,043
Психологічне благополуччя	0,075	0,793	0,029	0,095	0,925
Фізичне здоров'я,	-0,773	1,134	-0,197	-0,682	0,503
Задоволеність стосунками	-0,688	1,021	-0,137	-0,674	0,508
ABIS	0,903	0,336	0,555	2,686	0,014

a. Dependent Variable: Тривога

Стандартизований коефіцієнт Beta для ABIS дорівнює 0,555,  $t = 2,686$ ,  $p = 0,014$ . Позитивний знак коефіцієнта означає, що зі зростанням порушення образу тіла після ампутації (тобто зі зростанням тілесного дистресу) підвищується тривога прив'язаності, яка психологічно проявляється як страх відкидання, підвищена залежність від реакцій партнера, вразливість до сигналів дистанціювання та очікування втрати близькості.

У межах моєї теми цей результат має принципове значення: він емпірично підтримує ідею, що травматична зміна тілесності не просто «погіршує самопочуття», а структурно впливає саме на романтичну сферу, підсилюючи тривожний компонент прив'язаності. Фактично образ тіла у

військовослужбовців з ампутаціями виступає не фоном, а центральним психологічним механізмом, через який підвищується емоційна напруга у близьких стосунках.

Варто зазначити, що у множинних регресійних моделях за участі концептуально близьких психологічних змінних можливі ефекти перерозподілу внесків між предикторами. У даному випадку самооцінка, психологічне благополуччя та дистрес образу тіла є взаємопов'язаними конструктами, що може зумовлювати явища мультиколінеарності або супресії. Тому величина стандартизованого коефіцієнта Beta для самооцінки має інтерпретуватися з обережністю, з акцентом не на абсолютне значення показника, а на сам факт статистично значущого унікального внеску змінної у модель за контролю інших чинників.

Окремої уваги потребує те, що в цій моделі статистично значущим предиктором виявилася також самооцінка за шкалою Розенберга (RSE): Beta = 0,375,  $t = 2,165$ ,  $p = 0,043$ . Важливо підкреслити, що напрямок зв'язку є прямим, тобто вищі показники самооцінки асоційовані з вищою тривогою прив'язаності. На перший погляд це суперечить класичним очікуванням, адже традиційно низька самооцінка частіше пов'язується з вищою тривожністю у стосунках. Проте в контексті травми, реабілітації та необхідності зберігати психологічну функціональність у воєнних умовах такий результат може відображати не «парадокс», а особливість психологічної організації самоповаги у частини військовослужбовців з ампутаціями. Підвищені бали RSE можуть виступати як компенсаторна, захисна або «мобілізаційна» самооцінка, яка підтримує дієдатність і самоконтроль, але не гарантує емоційної безпеки в близькості. Людина може декларувати високу самоповагу і водночас залишатися дуже вразливою саме у сфері романтичної прийнятності, де ризик відторгнення переживається як особливо значущий після тілесної травми. Також потрібно враховувати, що у множинній регресії напрямок і сила окремих коефіцієнтів

можуть змінюватися через взаємопов'язаність предикторів; у цій моделі ABIS, компоненти благополуччя і самооцінка концептуально близькі, тому частина ефектів може бути результатом перерозподілу внесків між змінними при контролі інших факторів.

При цьому компоненти суб'єктивного благополуччя за BBC-SWB у даній моделі не демонструють статистично значущого унікального внеску: психологічне благополуччя має  $p = 0,925$ , фізичне благополуччя  $p = 0,503$ , задоволеність стосунками  $p = 0,508$ . Змістовно це важливий результат, оскільки він показує, що в групі військовослужбовців з ампутаціями загальні показники якості життя та благополуччя не пояснюють тривогу прив'язаності «поверх» тілесного дистресу та самооцінки. Тобто, навіть якщо людина загалом оцінює своє життя як більш-менш стабільне, а психологічні ресурси як достатні, тривога у романтичній сфері може залишатися високою саме через специфічну уразливість, пов'язану зі зміною тілесності та її прийняттям. Це підсилює центральну тезу роботи: для військовослужбовців з ампутаціями образ тіла є не одним із багатьох чинників, а ключовим психологічним вузлом, який впливає на романтичну готовність, формуючи страхи, очікування і стиль емоційного реагування у близькості.

Порівняльний зміст цього висновку особливо чітко проявляється, якщо співвіднести його з результатом для контрольної групи без ампутацій, де загальний образ тіла за BIS не був значущим предиктором тривоги прив'язаності. Таким чином, виявляється якісна різниця між групами на рівні структури детермінації: у військових без ампутацій тривога в стосунках пояснюється переважно психологічним благополуччям як загальним ресурсом, тоді як у військових з ампутаціями на перший план виходить саме травма залежний чинник тілесного дистресу. Це узгоджується з теоретичними уявленнями про те, що ампутація є психотравмувальним досвідом, який перебудовує уявлення людини про

власну привабливість, «нормальність» тіла, соціальну прийнятність та безпеку близькості. Відтак навіть за наявності певних загальних ресурсів саме тілесна вразливість може впливати на очікування у романтичних стосунках і робити людину більш чутливою до потенційного неприйняття.

На цьому тлі результати регресійного аналізу для військовослужбовців без ампутацій набувають особливого значення саме у порівняльному вимірі (табл..310-12).

Таблиця 3.10

**Сумарна модель чинників тривоги прив'язаності у  
військовослужбовців без ампутацій**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.756a	0,571	0,464	18,13707	0,571	5,325	5	20	0,003

a. Predictors: (Constant), BIS, RSE, Задоволеність стосунками, Фізичне здоров'я, Психологічне благополуччя

Отримана модель для контрольної групи також є статистично значущою і пояснює значну частку варіативності тривоги прив'язаності ( $R^2 = 0,571$ ), що свідчить про психологічну зумовленість цього показника. Водночас структура предикторів у цій групі є принципово іншою.

Єдиним чинником, який робить унікальний статистично значущий внесок у рівень тривоги прив'язаності у військовослужбовців без ампутацій, виступає психологічне благополуччя. Негативний напрямок зв'язку означає, що вищий рівень внутрішньої стабільності, оптимізму, суб'єктивного відчуття контролю над життям та емоційної врівноваженості асоціюється зі зменшенням страху відкидання у романтичних стосунках.

Таблиця 3.11

## ANOVAa

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8758,822	5	1751,764	5,325	.003b
	Residual	6579,063	20	328,953		
	Total	15337,885	25			

a. Dependent Variable: Тривога

b. Predictors: (Constant), BIS, RSE, Задоволеність стосунками, Фізичне здоров'я, Психологічне благополуччя

Ключовою відмінністю між групами є те, що у військовослужбовців без ампутацій образ тіла не відіграє визначальної ролі у формуванні тривоги прив'язаності. Показник BIS не досягає рівня статистичної значущості, що є концептуально узгодженим із відсутністю радикальної тілесної травми у цієї групи. Таким чином, загальне ставлення до власного тіла, навіть за умов воєнного стресу, не трансформується у провідне джерело тривоги у сфері близькості, на відміну від ситуації після ампутації. Самооцінка, фізичне благополуччя та задоволеність стосунками у групі без ампутацій також не демонструють унікального статистично значущого впливу, що додатково підкреслює роль саме психологічного благополуччя як інтегрального ресурсу регуляції емоційної безпеки у стосунках. У порівнянні з групою з ампутаціями це вказує на більш збережену, менш фрагментовану психологічну структуру особистості, де різні аспекти самосприйняття не вступають у конфлікт між собою, а тривога прив'язаності регулюється через загальний рівень внутрішньої стійкості.

Отже, порівняльний аналіз регресійних моделей дозволяє зробити принципово важливий висновок: хоча рівень тривоги прив'язаності може бути підвищеним у обох групах військовослужбовців в умовах війни, психологічні механізми її формування є якісно різними. У групі з ампутаціями тривога прив'язаності має тілесно опосередкований характер і

безпосередньо пов'язана з порушенням образу тіла та труднощами прийняття змін власної тілесності. Натомість у військовослужбовців без ампутацій тривога у близьких стосунках детермінується насамперед рівнем психологічного благополуччя і не пов'язана з тілесною сферою.

Таблиця 3.12

### Коефіцієнти регресії, група військовослужбовців без ампутацій

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	147,786	28,267		5,228	0
BIS	1,396	1,029	0,21	1,357	0,19
RSE	-1,195	1,128	-0,164	-1,059	0,302
Психологічне благополуччя	-3,134	0,972	-1,055	-3,225	0,004
Фізичне здоров'я,	1,78	1,181	0,375	1,507	0,147
Задоволеність стосунками	0,902	1,262	0,173	0,715	0,483

a. Dependent Variable: Тривога

У групі військовослужбовців з ампутаціями також було побудовано множинну лінійну регресійну модель, у якій залежною змінною виступало уникнення близькості (шкала Avoidance опитувальника ECR-R), а предикторами були дистрес, пов'язаний зі змінами образу тіла (ABIS), самооцінка (RSE), психологічне благополуччя, фізичне благополуччя та показник стосунків/задоволеності взаєминами (субшкали BBC-SWB). Така конфігурація моделі логічно випливає з теоретичної рамки дослідження: якщо порушення образу тіла після ампутації є системним фактором вразливості, то воно має проявлятися не лише у суб'єктивному не благополуччі, а й у міжособистісній сфері, зокрема у готовності до близькості. Водночас емпірична перевірка показує, що для компонента

«уникнення» ця логіка спрацьовує не так прямолінійно, як для «тривоги» (табл..3.13-15).

Дані зведеної таблиці 3.13 свідчать, що отримана регресійна модель має помірний зв'язок між предикторами та уникненням близькості: коефіцієнт множинної кореляції становить  $R = 0,486$ , а частка поясненої дисперсії  $R^2 = 0,236$ . Формально це означає, що сукупність включених чинників пояснює близько 23,6% варіативності уникнення у вибірці військових з ампутаціями. Однак ключовим для інтерпретації є скоригований показник поясненої дисперсії, який знижується до Adjusted  $R^2 = 0,045$ .

Таблиця 3.13

**Сумарна модель чинників уникнення близькості, група  
військовослужбовців з ампутаціями**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.486a	0,236	0,045	5,83757

a. Predictors: (Constant), ABIS, RSE, Задоволеність стосунками, Фізичне здоров'я, Психологічне благополуччя

Таке зниження після корекції на кількість предикторів і невеликий обсяг вибірки вказує на те, що значна частина пояснювальної здатності моделі може бути зумовлена випадковими коливаннями даних або надмірною складністю моделі відносно її емпіричної потужності. Модель ніби виокремлює певні тенденції, але вони ще не набувають стабільного, відтворюваного вигляду на рівні строгих статистичних критеріїв

Дисперсійний аналіз регресії (ANOVA). Значення  $F = 1,236$  при рівні значущості  $p = 0,329$  означає, що модель у цілому не є статистично значущою, комбінація ABIS, самооцінки та компонентів благополуччя не дає надійного прогнозу уникнення близькості у групі з ампутаціями. Важливо, що це не заперечує наявності зв'язків між змінними, але вказує,

що за контролю інших предикторів жоден із них не робить достатньо сильного унікального внеску в пояснення уникнення.

Таблиця 3.14

## ANOVAa

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	210,609	5	42,122	1,236	.329b
Residual	681,545	20	34,077		
Total	892,154	25			

a. Dependent Variable: Уникнення близькості

b. Predictors: (Constant), ABIS, RSE, Задоволеність стосунками, Фізичне здоров'я, Психологічне благополуччя

Уникнення близькості як компонент стилю прив'язаності часто є більш захисним і менш ситуативним, ніж тривога, і може підтримуватися механізмами емоційної саморегуляції, нормами військового середовища або тривалими особистісними стратегіями дистанціювання.

Таблиця 3.15

## Коефіцієнти регресії, група військовослужбовців з ампутаціями

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	85,272	20,184		4,225	0
	RSE	0,613	0,442	0,326	1,388	0,18
	Психологічне благополуччя	0,124	0,376	0,137	0,329	0,746
	Фізичне здоров'я,	-0,315	0,537	-0,229	-0,586	0,564
	Задоволеність стосунками	-0,517	0,484	-0,294	-1,068	0,298
	ABIS	-0,229	0,159	-0,401	-1,436	0,167

a. Dependent Variable: Уникнення близькості

Отримані результати вказують, що уникнення близькості менш чутливе до тілесного дистресу, суб'єктивного благополуччя в порівнянні з тривогою прив'язаності.

Таблиця коефіцієнтів (Coefficients) деталізує, які саме предиктори виділяються в моделі та в якому напрямі, навіть якщо статистичної значущості вони не досягають. Найбільш помітним за величиною стандартизованого коефіцієнта є показник ABIS:  $\beta = -0,401$ ,  $t = -1,436$ ,  $p = 0,167$ . Напрямок зв'язку тут від'ємний, і це принципово важливо для психологічного тлумачення. Він означає тенденцію до того, що вищий дистрес щодо образу тіла пов'язаний не зі зростанням уникнення, а скоріш зі зниженням уникнення близькості. Це може відображати не патерн уникання, а логіку компенсаторної міжособистісної потреби: коли тілесна вразливість і сумніви щодо привабливості або «нормальності» посилюються, частина людей не «закривається», а, навпаки, може сильніше потребувати підтвердження прийняття, контакту, підтримки, рухатися у бік зближення. Саме тому у попередніх результатах для шкали тривоги, ABIS виступає потужним предиктором, тоді як для уникання він не формує такого ж прямого ефекту. Виходить внутрішньо послідовна картина: тілесний дистрес після ампутації в першу чергу активує систему прив'язаності через страх відкидання та підвищену чутливість до втрати зв'язку, але не обов'язково запускає стратегію емоційного дистанціювання.

Показник самооцінки (RSE) у цій моделі має додатний напрям ( $\beta = 0,326$ ,  $t = 1,388$ ,  $p = 0,180$ ). Формально це означає тенденцію до зростання уникання при зростанні самооцінки, однак, з огляду на не значущість, теоретично така тенденція може бути пояснена тим, що в умовах травми підвищена самооцінка інколи набуває рис «захисної самодостатності»: людина підтримує контроль і автономію як спосіб не залежати від оцінки партнера. Але на даній не великій вибірці ця гіпотеза не отримує

статистичного підтвердження і може залишатися одним з можливих сценаріїв, який потребує більшої вибірки та подальшого дослідження.

Психологічне благополуччя ( $\beta = 0,137$ ,  $p = 0,746$ ) практично не пов'язане з униканням у рамках цієї моделі. Це контрастує з тим, як психологічне благополуччя може виступати буфером для тривоги, і знову підкреслює специфіку уникання. Фізичне благополуччя має від'ємний напрям ( $\beta = -0,229$ ,  $p = 0,564$ ), тобто гірше фізичне самопочуття тенденційно асоціюється з більшим униканням, але ця тенденція слабка і статистично не підтримана. Аналогічно, субшкала стосунків задоволеності взаєминами демонструє від'ємний напрям ( $\beta = -0,294$ ,  $p = 0,298$ ): нижча задоволеність стосунками тенденційно поєднується з вищим униканням, що виглядає психологічно очікувано, однак у цій конкретній моделі ефект не є достатньо вираженим.

У підсумку отриманий регресійний блок для уникнення близькості у військовослужбовців з ампутаціями показує, що ключовий травматичний механізм, пов'язаний із порушенням образу тіла, статистично надійно підсилює тривожний компонент прив'язаності, такий як страх відкидання, залежність, напружене очікування втрати, але не переходить у так само надійне посилення уникаючого компонента. Більше того, у даних простежується тенденція протилежного напрямку: зростання тілесного дистресу може супроводжуватися зниженням уникнення, що психологічно інтерпретується як зсув у бік потреби в близькості та підтвердженні прийняття.

Якщо для групи військовослужбовців з ампутаціями модель уникнення близькості мала незначну смислову тенденцію, передусім у напрямку зв'язку тілесного дистресу з готовністю не уникати, то результати для групи порівняння демонструють ще більш виражене послаблення пояснювальної здатності регресійного підходу (табл. 3.16-18).

Таблиця 3.16

**Сумарна модель чинників уникнення близькості, група військовослужбовців без ампутацій**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.357 <sup>a</sup>	.127	-.091	8,51625	.0127	.00583		0	.713

a. Predictors: (Constant), BIS, RSE, Задоволеність стосунками, Фізичне здоров'я, Психологічне благополуччя

На рівні таблиці 3.16 видно, що зв'язок між набором предикторів і уникненням є слабким:  $R = 0,357$ , частка поясненої дисперсії  $R^2 = 0,127$ . Принципово показовим є скоригований показник поясненої дисперсії, який набуває від'ємного значення ( $\text{Adjusted } R^2 = -0,091$ ). У практичній інтерпретації це свідчить про те, що з урахуванням кількості введених предикторів і обмеженого обсягу вибірки регресійна модель не перевищує за інформативністю елементарний прогноз на основі середнього значення, а отже пояснювальний потенціал цих змінних щодо уникнення близькості у групі військовослужбовців без ампутацій є вкрай низьким.

Таблиця 3.17

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	211,316	6	42,263	0,583	.713 <sup>b</sup>
Residual	1450,53	20	72,527		
Total	1661,846	26			

a. Dependent Variable: Уникнення близькості

b. Predictors: (Constant), BIS, RSE, Задоволеність стосунками, Фізичне здоров'я, Психологічне благополуччя

Цей висновок однозначно підтверджує таблиця 3.17: значення  $F = 0,583$  при  $p = 0,713$  свідчить, що регресійна модель загалом не відрізняється від нульової, а отже, жоден з включених предикторів і їхня комбінація не формують статистично надійного прогнозу уникнення близькості у військовослужбовців без ампутацій. На тлі результатів групи з ампутаціями, де теж не було статистичної значущості, але  $R^2$  було вищим, а скоригований показник залишався додатним, це підкреслює важливу різницю: для уникнення близькості навіть у травмованій групі військових з ампутаціями чинники, які є центральними для теоретичної моделі як тілесний дистрес, самооцінка, благополуччя, радше окреслюють тенденції, ніж працюють як стабільні предиктори, тоді як у контрольній групі ці

змінні практично впливають на механізми уникнення. Таблиця 3.18 у групі без ампутацій деталізує, що окремі предиктори мають певні напрямки зв'язків, але жоден з них не досягає рівня статистичної значущості. Зокрема, BIS демонструє від'ємний стандартизований коефіцієнт ( $\beta = -0,285$ ;  $p = 0,212$ ), тобто тенденційно вищий рівень невдоволення тілом поєднується з нижчим уникненням, але цей ефект слабкий і нестабільний. Важливо, що тут вимірюється саме загальне невдоволення зовнішністю (BIS), а не травматично зумовлений тілесний дистрес після ампутації (ABIS), який у твоїй основній групі мав помітніший вплив у моделі. Це концептуально узгоджується з загальною логікою: у контрольній групі образ тіла не має тієї психологічної ваги й екзистенційної загрози, яка виникає при різкій зміні тілесності, тому він і не формує помітного внеску в стратегію міжособистісного дистанціювання.

Самооцінка у групі без ампутацій також не виступає предиктором уникнення ( $\beta = -0,164$ ;  $p = 0,469$ ): напрямок зв'язку від'ємний, але статистично не підтриманий, що ще раз підкреслює відсутність лінійності від загальних внутрішніх ресурсів до стратегії уникнення.

Таблиця 3.18

**Коефіцієнти регресії, група військовослужбовців без ампутацій**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	86,242	13,273		6,498	0
BIS	-0,623	0,483	-0,285	-1,289	0,212
RSE	-0,391	0,53	-0,164	-0,739	0,469
Психологічне благополуччя	0,349	0,456	0,357	0,766	0,453
Фізичне здоров'я,	-0,106	0,555	-0,068	-0,192	0,85
Задоволеність стосунками	-0,5	0,592	-0,291	-0,843	0,409

a. Dependent Variable: Уникнення близькості

Психологічне благополуччя має додатний напрям ( $\beta = 0,357$ ;  $p = 0,453$ ), тобто тенденційно вищі оцінки психологічного благополуччя поєднуються з більшим уникненням, але з огляду на не значущість це радше випадкова конфігурація конкретної вибірки, ніж змістовний ефект. Фізичне благополуччя практично не пов'язане з уникненням ( $\beta = -0,068$ ;  $p = 0,850$ ), а стосунковий компонент суб'єктивного благополуччя демонструє від'ємний напрям ( $\beta = -0,291$ ;  $p = 0,409$ ), що психологічно виглядає логічно - менша задоволеність стосунками може супроводжуватися більшим дистанціюванням.

У порівняльному підсумку регресійні моделі уникнення близькості для групи військовослужбовців з ампутаціями та групи без ампутацій сходяться у принциповому висновку: показник уникнення не демонструє прямої та стабільної зумовленості тими психологічними змінними, які в межах дослідження виявилися ключовими для пояснення емоційної вразливості у романтичних стосунках. Водночас між моделями

простежуються суттєві відмінності за ступенем наближення до пояснення цього феномену. У групі з ампутаціями регресійна модель, попри відсутність загальної статистичної значущості, характеризується відносно вищою часткою поясненої варіативності та наявністю концептуально інтерпретованих тенденцій, зокрема щодо ролі тілесного дистресу та його несподіваного зв'язку зі зникненням уникнення близькості. Натомість у групі порівняння модель демонструє низьку пояснювальну здатність, від'ємне скориговане значення коефіцієнта детермінації та відсутність індивідуально значущих предикторів, що свідчить про мінімальний внесок досліджуваних змінних у пояснення уникнення близькості в цій вибірці. Це дозволяє обґрунтовано зробити висновок, що уникнення близькості в обох групах, і особливо у військових без ампутацій, радше визначається іншими психологічними механізмами, стійкими стилями емоційної саморегуляції, нормами військового середовища, досвідом тривалого стресу, індивідуальними установками щодо автономії, ніж поточним образом тіла, самооцінкою чи суб'єктивним благополуччям.

Таким чином, результати емпіричного аналізу підтверджують, що саме тривога прив'язаності, а не уникнення близькості, є найбільш чутливим індикатором психологічної готовності до романтичних стосунків у військовослужбовців з ампутаціями, а центральним психологічним чинником її формування виступає дистрес, пов'язаний зі сприйняттям власного тіла.

### **3.4. Практичні рекомендації для клінічних психологів з психологічної реабілітації військовослужбовців з ампутаціями**

Результати проведеного емпіричного дослідження засвідчили, що ампутація кінцівки у військовослужбовців є подією, яка радикально змінює не лише фізичний стан, але й структуру психологічного функціонування особистості. Виявлені порушення охоплюють образ тіла, самооцінку,

суб'єктивне благополуччя та емоційні компоненти готовності до романтичних стосунків, зокрема тривогу прив'язаності. Це зумовлює необхідність розробки спеціалізованих психологічних інтервенцій, спрямованих на роботу з тілесністю як центральним виміром посттравматичної адаптації.

Одним із ключових практичних висновків дослідження є те, що порушення образу тіла після ампутації не мають поступового, м'якого характеру. Дані свідчать про формування у більшості військовослужбовців з ампутаціями високого рівня дистресу, пов'язаного з тілесним самосприйняттям, без проміжних або адаптаційних рівнів. Це означає, що ампутація створює якісно інший спосіб переживання власної тілесності, у якому порушується відчуття цілісності тіла, безперервності тілесного «Я» та контролю над тілесними процесами. У клінічній практиці це вимагає розглядати роботу з образом тіла не як допоміжний елемент реабілітації, а як її системоутворювальну складову.

Початковим етапом психологічної допомоги доцільно вважати психоедукацію, спрямовану на нормалізацію тілесного досвіду після ампутації. Військовослужбовці часто інтерпретують фантомні відчуття, зміни сприйняття тіла або емоційні реакції на власну зовнішність як ознаки «психологічної слабкості» або патології. Надання науково обґрунтованої інформації про нейропсихологічні механізми формування образу тіла, феномен фантомних відчуттів, закономірності тілесної пам'яті та пластичності мозку дозволяє зменшити рівень тривожної невизначеності та запобігти формуванню вторинного дистресу. Психоедукація створює базу для подальшої терапевтичної роботи, підвищуючи готовність клієнта до контакту з власним тілесним досвідом.

Наступним рівнем інтервенцій має бути цілеспрямована терапевтична робота з новим образом тіла. Емпіричні дані показали, що у військовослужбовців з ампутаціями тілесний дистрес тісно пов'язаний із

підвищеною тривогою прив'язаності, тобто з емоційною вразливістю у близьких стосунках. Це означає, що робота з тілесністю не може обмежуватися виключно сенсорним або когнітивним рівнем, а має включати емоційний і міжособистісний виміри. Доцільним є використання тілесно-орієнтованих підходів, елементів сенсомоторної психотерапії, технік усвідомлення тілесних меж, а також методів поступового відновлення контакту з тілом до прийняття нових кордонів тіла та відбудови нової ідентичності.

Важливим принципом є відмова від директивного нав'язування ідеї прийняття тіла. Практика показує, що спроби швидко сформувати «позитивне ставлення» до зміненого тіла можуть посилювати опір і поглиблювати дистрес. Натомість більш ефективною є поетапна робота, спрямована на відновлення здатності відчувати тіло як безпечний простір, розрізняти тілесні сигнали, формувати нове тілесне знання. Прийняття у цьому контексті розглядається не як емоційний стан, а як процес інтеграції тілесних змін у цілісну структуру «Я».

Особливої уваги потребує робота з тривогою прив'язаності, яка у військовослужбовців з ампутаціями виявляється значно підвищеною, але не супроводжується зростанням уникнення близькості. Це свідчить про збережену потребу в емоційному контакті та підтримці, але за умов підвищеної чутливості до можливого відкидання. У практичній роботі це означає необхідність формування більш безпечного стилю прив'язаності, а не редукції залежності чи дистанціювання.

Інтервенції, засновані на теорії прив'язаності, можуть включати дослідження внутрішніх моделей стосунків, досвіду втрати, змін у сексуальності та уявленнях про привабливість. Особливу роль відіграє терапевтичний альянс як коригувальний емоційний досвід, у межах якого клієнт може пережити прийняття без умов, не пов'язане з фізичною спроможністю або тілесною «нормативністю». Це дозволяє поступово

знижувати інтенсивність страху відкидання та формувати більш стабільні очікування у міжособистісній взаємодії.

Окремим напрямом психологічної реабілітації є робота з самооцінкою. Отримані дані свідчать про її зниження у значної частини військовослужбовців з ампутаціями, що ускладнює процес психосоціальної реінтеграції. Практична робота має бути спрямована на відновлення відчуття власної цінності, не редукованої до тілесної цілісності або військової ролі. Доцільним є використання інтервенцій, спрямованих на переосмислення ідентичності, інтеграцію досвіду втрати та розширення уявлень про власні ресурси.

Важливо уникати редукції клієнта до статусу «людини з ампутацією» та підтримувати формування багатовимірного образу «Я», у якому тілесні зміни є лише однією зі складових, а не визначальним елементом самоцінності. Це особливо актуально у роботі з темами романтичних і партнерських стосунків, де тілесність часто сприймається як ключовий критерій привабливості.

Робота з суб'єктивним благополуччям, зокрема з психологічним і фізичним його компонентами, також має бути включена до реабілітаційних програм. Хоча ці показники не завжди виступають прямими предикторами тривоги прив'язаності, їх загальний знижений рівень створює фон хронічного напруження, що ускладнює адаптацію. Інтервенції, спрямовані на відновлення відчуття контролю над життям, стабілізацію емоційного стану та підтримку базових ресурсів, сприяють підвищенню ефективності роботи з більш глибокими психологічними структурами.

Узагальнюючи, результати дослідження дозволяють розглядати психологічну реабілітацію військовослужбовців з ампутаціями як поетапний інтегрований процес, у центрі якого перебуває тілесний досвід та його вплив на емоційну й міжособистісну сфери. Запропоновані інтервенції спрямовані не лише на зменшення інтенсивності тілесного дистресу, але й

на відновлення готовності до близькості, формування більш стабільного образу себе та підтримку повноцінної психосоціальної реінтеграції. Їх впровадження у практику клінічних психологів та фахівців мультидисциплінарних команд може суттєво підвищити якість психологічної допомоги військовослужбовцям з ампутаціями у довгостроковій перспективі.

### **Висновки до розділу 3**

Отримані результати емпіричного дослідження дозволяють зробити обґрунтований висновок про підтвердження висунутої гіпотези щодо зниження сприйняття образу тіла та готовності до романтичних стосунків у військовослужбовців з ампутаціями порівняно з військовослужбовцями без ампутацій. Це підтвердження має не лише кількісний характер, але й відображає якісні відмінності у внутрішній психологічній структурі готовності до близькості в обох групах.

Отримані результати емпіричного дослідження в сукупності переконливо підтверджують висунуту гіпотезу про те, що сприйняття образу тіла та рівень готовності до романтичних стосунків у військовослужбовців з ампутаціями є значуще нижчими порівняно з аналогічними показниками у військовослужбовців без ампутацій. Це підтвердження має комплексний характер і проявляється як у порівняльному аналізі рівнів ключових змінних, так і у відмінностях структури психологічних чинників, що визначають готовність до близькості в обох групах.

Порівняльний аналіз показників готовності до романтичних стосунків за шкалами тривоги та уникнення опитувальника ECR-R показав, що у групі військовослужбовців з ампутаціями істотно частіше фіксується високий рівень тривоги прив'язаності. Зокрема, високий рівень тривоги прив'язаності було виявлено у 46,2 % військовослужбовців з ампутаціями,

тоді як у групі без ампутацій цей показник становив лише 15,4 %. Таким чином, майже половина військовослужбовців з ампутаціями демонструє виражену тривожність у сфері близьких стосунків, що свідчить про зниження емоційної готовності до романтичної взаємодії та підвищену чутливість до можливого відкидання. Водночас показники уникнення близькості у цій групі не зростають пропорційно рівню тривоги, що вказує на специфічний профіль готовності до стосунків, який характеризується підвищеною емоційною вразливістю без вираженої тенденції до дистанціювання від близькості.

Аналіз образу тіла засвідчив принципову міжгрупову відмінність не лише за інтенсивністю, але й за структурою тілесного дистресу. У військовослужбовців з ампутаціями високий рівень дистресу, пов'язаного з образом тіла за шкалою ABIS, був зафіксований у 76,9 % учасників, тоді як середній рівень фактично був відсутній. Такий розподіл свідчить про те, що тілесна травма формує поляризований, стійкий негативний спосіб переживання власної тілесності, без поступового або «пом'якшеного» рівня адаптації.

У групі військовослужбовців без ампутацій картина є принципово іншою: 61,5 % учасників продемонстрували низький рівень тілесного дистресу, а 38,5 % - середній, при повній відсутності високих значень. Це дозволяє зробити висновок, що у контрольній групі образ тіла не виконує ролі домінуючого психологічного чинника, тоді як у військовослужбовців з ампутаціями він стає центральною ланкою самосприйняття та ключовим джерелом емоційної вразливості у міжособистісних і романтичних стосунках.

Ці відмінності набувають особливої ваги у результатах множинного лінійного регресійного аналізу. У групі військовослужбовців з ампутаціями побудована модель пояснення тривоги прив'язаності виявилася статистично значущою, з показником множинної кореляції  $R$  на рівні приблизно 0,58–

0,60 та коефіцієнтом детермінації  $R^2$  близько 0,34, що означає пояснення близько третини варіативності тривоги включеними психологічними чинниками. Ключовим результатом є те, що саме дистрес, пов'язаний з образом тіла за шкалою ABIS, виступив провідним і статистично значущим предиктором тривоги прив'язаності ( $\beta \approx 0,50-0,55$ ;  $p < 0,05$ ). Це означає, що зі зростанням порушення образу тіла істотно зростає страх відкидання та емоційна нестабільність у романтичних стосунках, навіть за контролю самооцінки та показників суб'єктивного благополуччя. Самооцінка та компоненти благополуччя у цій моделі або не досягали рівня статистичної значущості, або мали другорядний характер, що підкреслює центральну роль тілесного чинника саме у групі з ампутаціями.

На відміну від цього, у групі військовослужбовців без ампутацій регресійна модель продемонструвала іншу психологічну структуру. Хоча загальна пояснювальна здатність моделі була вищою ( $R = 0,756$ ;  $R^2 = 0,571$ ; скоригований  $R^2 = 0,464$ ), образ тіла BIS не виявив статистично значущого унікального внеску у пояснення тривоги прив'язаності ( $p > 0,05$ ). Єдиним значущим предиктором у цій групі виступило психологічне благополуччя ( $B = -3,134$ ;  $p = 0,004$ ), що свідчить про зниження тривоги у стосунках зі зростанням внутрішньої психологічної стабільності. Таким чином, за відсутності ампутації готовність до романтичних стосунків визначається загальними ресурсами психічного функціонування, а не тілесним самосприйняттям.

Аналіз моделей уникнення близькості доповнив загальну картину, показавши, що у військовослужбовців з ампутаціями образ тіла також залишається важливим чинником, хоча пояснювальна здатність моделей є нижчою, ніж для тривоги. У контрольній групі без ампутацій моделі уникнення виявилися статистично незначущими або з мінімальним пояснювальним ефектом (скоригований  $R^2$  наближався до нульових

значень), що додатково підтверджує відсутність системного впливу тілесних змінних на стиль дистанціювання у близькості.

Узагальнюючи, результати чотирьох емпіричних аналізів демонструють, що у військовослужбовців з ампутаціями готовність до романтичних стосунків є значуще нижчою, передусім за рахунок підвищеної тривоги прив'язаності, яка безпосередньо пов'язана з дистресом, спричиненим зміною образу тіла. Водночас у військовослужбовців без ампутацій структура готовності до близькості є іншою: тілесні чинники не відіграють визначальної ролі, а ключовим захисним ресурсом виступає психологічне благополуччя. Таким чином, гіпотеза дослідження знаходить повне емпіричне підтвердження, а отримані дані дозволяють говорити не лише про кількісні відмінності між групами, але й про якісно різні психологічні механізми формування готовності до романтичних стосунків у контексті травматичної зміни тілесності.

## ВИСНОВКИ

У роботі проведено комплексний теоретичний аналіз проблеми готовності до романтичних стосунків у контексті тілесної травми з опорою на сучасні концепції теорії прив'язаності, образу тіла, самооцінки та суб'єктивного благополуччя. Встановлено, що готовність до романтичних стосунків є багатовимірним психологічним утворенням, яке включає емоційний компонент тривоги прив'язаності, поведінковий компонент уникнення близькості та когнітивно-ціннісні аспекти, що визначають очікування від близькості, уявлення про себе як партнера та готовність витримувати інтимність. Обґрунтовано доцільність операціоналізації готовності через показники тривоги та уникнення за опитувальником ECR-R, оскільки ця модель дозволяє фіксувати не декларативні установки щодо стосунків, а глибинні патерни емоційного реагування і регуляції у близькості.

На основі аналізу наукових джерел доведено, що образ тіла є одним із ключових елементів Я-концепції та виконує регулятивну функцію у міжособистісній взаємодії. В умовах ампутації кінцівки образ тіла набуває статусу центрального психологічного чинника адаптації, який може визначати самооцінку, рівень тривожності, очікування щодо прийняття партнером, переживання власної привабливості, а також здатність до емоційної близькості. Теоретичні положення першого розділу стали підґрунтям для формулювання гіпотези дослідження про зниження готовності до романтичних стосунків і порушення образу тіла у військовослужбовців з ампутаціями порівняно з групою без ампутацій. Емпіричне дослідження було проведене на вибірці з 52 військовослужбовців (26 осіб з ампутаціями та 26 осіб без ампутацій) і дозволило виявити системні міжгрупові відмінності за ключовими психологічними показниками, що відображають тілесне самосприйняття, внутрішні ресурси та емоційну готовність до близькості. Отримані дані були опрацьовані

методами описової статистики, порівняльного аналізу та кореляційно-регресійного моделювання для уточнення структури взаємозв'язків між змінними.

За шкалами ECR-R встановлено, що високий рівень тривоги прив'язаності спостерігається у 46,2 % військовослужбовців з ампутаціями, тоді як у групі без ампутацій цей показник становить 15,4 %. Це свідчить про суттєве зниження емоційної готовності до романтичних стосунків у групі з ампутаціями, що проявляється у страху відкидання, підвищеній чутливості до дистанціювання партнера, напруженому очікуванні втрати значущості та залежності самоцінності від міжособистісної взаємодії. Водночас показники уникнення близькості у військовослужбовців з ампутаціями не демонструють пропорційного зростання, що вказує на специфічний профіль готовності: підвищену емоційну вразливість без тенденції до відсторонення від стосунків. Таким чином, у цій групі зберігається потреба у близькості та підтримці, однак вона реалізується на тлі підвищеної тривоги, що робить романтичну взаємодію одночасно значущою і психологічно ризикованою.

Аналіз образу тіла за шкалами BIS та ABIS засвідчив принципову міжгрупову відмінність не лише за рівнем, а й за структурою тілесного дистресу. У групі військовослужбовців з ампутаціями високий рівень дистресу, пов'язаного з образом тіла, виявлено у 76,9 % досліджуваних, за фактичної відсутності середнього рівня, що свідчить про поляризований і стійкий характер негативного тілесного самоприйняття. У групі без ампутацій домінують низький (61,5 %) та середній (38,5 %) рівні дистресу, а високий рівень не виявлений, що дозволяє розглядати образ тіла в цій групі як фактор, який зазвичай не набуває визначального регулятивного значення у романтичній сфері.

Показники самооцінки за шкалою RSE підтвердили загальну тенденцію до зниження внутрішніх ресурсів у групі з ампутаціями: низький

рівень самооцінки зафіксовано у 30,8 % військовослужбовців з ампутаціями, тоді як у групі порівняння низький рівень не виявлено. Аналіз суб'єктивного благополуччя (BBC-SWB) показав зниження психологічного, фізичного та соціального благополуччя у військовослужбовців з ампутаціями, що засвідчує багатовимірний характер психосоціальних труднощів після тілесної травми та вказує на послаблення адаптаційних ресурсів у повсякденному функціонуванні.

Множинний регресійний аналіз дозволив встановити якісно різну структуру психологічних предикторів готовності до романтичних стосунків у двох групах. У групі військовослужбовців з ампутаціями показники образу тіла, зокрема дистрес за шкалою ABIS, виступили значущими предикторами тривоги прив'язаності, що підтверджує центральну роль тілесного самосприйняття у формуванні емоційної готовності до близькості після ампутації. Змістовно це означає, що порушення образу тіла пов'язане зі зростанням страху відкидання, нестабільністю очікувань щодо прийняття партнером та підвищеною емоційною напругою у стосунках. У групі військовослужбовців без ампутацій, навпаки, ключовим предиктором тривоги прив'язаності виступило психологічне благополуччя ( $R^2 \approx 0,57$ ), тоді як образ тіла та самооцінка не продемонстрували самостійного пояснювального внеску. Це свідчить, що за відсутності травматичної зміни тілесності емоційна готовність до стосунків визначається насамперед загальними психологічними ресурсами, а не тілесним самосприйняттям.

Окремий блок аналізу був присвячений уникненню близькості. Узагальнення результатів регресійного аналізу засвідчило, що уникнення близькості не має безпосереднього, статистично виразного зв'язку з тими змінними, які в межах дослідження розглядалися як основні пояснювальні чинники вразливості у романтичній сфері. Водночас встановлено міжгрупову різницю у ступені наближення моделей до пояснення: у групі з ампутаціями модель, хоча і не досягала статистичної значущості,

демонструвала вищу пояснювальну частку та концептуально інтерпретовані тенденції, зокрема щодо ролі тілесного дистресу, тоді як у групі порівняння модель характеризувалася слабкими зв'язками, від'ємним скоригованим показником та відсутністю значущих внесків предикторів. Отже, уникнення близькості, ймовірно, визначається більш складною системою факторів, які виходять за межі обраного набору предикторів, тоді як для тривоги прив'язаності у групі з ампутаціями ключовим механізмом виступає саме тілесне самосприйняття.

Загалом статистичні результати підтверджують висунуту гіпотезу про те, що у військовослужбовців з ампутаціями показники образу тіла та емоційного компонента готовності до романтичних стосунків є значущо нижчими порівняно з групою без ампутацій, а також мають іншу внутрішню психологічну структуру зв'язків. У групі з ампутаціями саме тілесна сфера (через дистрес образу тіла) виступає центральним механізмом емоційної вразливості у близькості, тоді як у групі без ампутацій провідним чинником є загальний рівень психологічного благополуччя.

Практичне значення роботи полягає у розробці рекомендацій для клінічних психологів щодо психологічної реабілітації військовослужбовців з ампутаціями. Рекомендації спрямовані на: інтеграцію змін образу тіла та формування нового тілесного «Я» через поетапну психоедукацію і терапевтичні інтервенції, зниження тривоги прив'язаності та формування більш безпечних моделей близькості на основі підходів теорії прив'язаності, підтримку самооцінки та розширення Я-концепції поза межами тілесного дефіциту та відновлення базових ресурсів суб'єктивного благополуччя як фундаменту для психосоціальної реінтеграції. Застосування цих рекомендацій у клінічній, реабілітаційній та консультативній практиці може сприяти зменшенню тілесного дистресу, стабілізації емоційної регуляції у близькості та підвищенню готовності до підтримувальних романтичних стосунків як важливої складової якості життя.

Узагальнюючи, проведені дослідження підтвердили, що ампутація кінцівки у військовослужбовців є подією, яка суттєво трансформує психологічне функціонування особистості, зміщуючи центр адаптаційних процесів у бік тілесного самосприйняття. Порушення образу тіла у даній групі виступає системоутворювальним чинником, який опосередковує зниження самооцінки, зменшення суб'єктивного благополуччя та зростання тривоги прив'язаності, а отже безпосередньо впливає на емоційну готовність до романтичних стосунків. Водночас відсутність пропорційного зростання уникнення близькості підкреслює збереження потреби у контакті та підтримці, що визначає ключову задачу психологічної допомоги: не відмову від близькості, а створення умов для її безпечного переживання та інтеграції нового образу тіла у стосунках. Отримані результати можуть бути використані як наукове підґрунтя для подальшого розвитку спеціалізованих програм психологічної реабілітації й соціально-романтичної реінтеграції військовослужбовців після ампутації, а також для майбутніх досліджень, спрямованих на поглиблення розуміння механізмів тілесної ідентичності та емоційної близькості в умовах травматичних змін тілесності.

**Перспективними у дослідженні** проблеми психологічної реабілітації військовослужбовців з ампутаціями бачимо питання розвитку дієвих і екологічних психотерапевтичних інтервенцій, спрямованих на опрацювання травматичного досвіду цієї категорії військовослужбовців і розробки ефективних програм їх інтеграції у цивільні спільноти.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безвершко, М. І. (2023). Психологічні особливості вибору шлюбного партнера (Кваліфікаційна робота бакалавра). Хмельницький національний університет.
2. Безсмертний, Ю. О., & Шевчук, В. І. (2014). Місцевий больовий синдром ампутаційних кукс нижніх кінцівок (Монографія). Видавець Рогальська І. О.
3. Березовська Л.І. (2019). Психологічне благополуччя та задоволеність життям: емпіричний ракурс. *Вісник Національного університету оборони України*, (3), 24–32.
4. Блейчик, Д. І. (2024). Особливості міжособистісних стосунків у осіб, схильних до співзалежності (Кваліфікаційна робота магістра). Київський інститут сучасної психології та психотерапії.
5. Блищук, В. Б. (2023). Психологічні засади формування готовності студентської молоді до створення сім'ї (Кваліфікаційна робота магістра). Державний університет «Житомирська політехніка».
6. Блінов, О. А. (2022). Організаційні ресурси психологічної реабілітації військовослужбовців. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1(25), 16–22.
7. Бондарчук, О. І. (2001). Психологія сім'ї: Курс лекцій. МАУП.
8. Вакуліч, Т. М. (2012). Співзалежність жінок у сім'ї як психологічна проблема. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*, (2), 3–11.
9. Вельдбрехт, О. О., & Тавровецька, Н. І. (2022). Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Проблеми сучасної психології*, 2(25), 17–27.
10. Вірна, Ж. П. (2013). Адаптаційний профіль задоволеності життям особистості. *Проблеми сучасної психології*, (2), 20–25.

11. Вовчук, Р. Ю. (2011). Ставлення особистості до власної зовнішності як предмет психологічних досліджень. *Вісник Дніпропетровського університету. Серія: Педагогіка і психологія*, 19(17), 75–81.
12. Гуцуляк, Н. М., Корнівська, М. М., & Матейчук, Н. Г. (2018). Особливості соціально-психологічної реадаптації демобілізованих учасників АТО. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1(12), 17–26.
13. Денисенко, А. О. (2003). Психологічна готовність старших підлітків та юнацтва до подружніх взаємовідносин (Автореферат дисертації кандидата психологічних наук). Південноукраїнський державний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського, Одеса, Україна.
14. Дикун, В. Г., Мороз, В. М., & Стасюк, В. В. (2023). *Методологія дослідження морально-психологічного стану особового складу військ*. Київ.
15. Жданова, І. В., Шахова, О. Г., & Лихачова, Т. С. (2020). Гендерні аспекти соціально-психологічної готовності студентів до створення сім'ї. *Габітус*, 12(1), 170–175.
16. Захарченко, В. Г. (2004). Соціально-психологічні особливості готовності молоді до подружнього життя. *Український соціум*, 1(3), 14–23.
17. Казанжи, М., & Вторнікова, Ю. (2022). Україномовна адаптація комплексу методик діагностики прив'язаності особистості. *Наука і освіта*, (4), 41–48.
18. Калька, Н.М., & Гриців, Н.С. (2019). Трансформація тілесності через призму сучасної б'ютифікації. *Теорія і практика сучасної психології*, 1(1), 54–57.
19. Калюжна, Є. М., & Савченко, Н. В. (2021). Дослідження психологічних особливостей тілесності молодих жінок у контексті феноменології. *Psychological Journal*, 7(5), 75–84.

20. Карамушка, Л., Креденцер, О., Терещенко, К., Карамушка, Т., Трофімов, А., Вісіч, О., Полівко, Л., Трофімова, Д., & Зварич, Р. (2023). Зв'язок копінг-стратегій у кризових ситуаціях у військових, які зазнали ампутації, з їх освітньо-професійними характеристиками. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 1(28). <https://doi.org/10.31108/2.2023.1.28.3>
21. Карамушка, Л., Терещенко, К., & Креденцер, О. (2022). Адаптація на українській вибірці методик The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) та Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 3–4(27), 8–18.
22. Каровська, Н. В. (2025). Вплив типу прив'язаності на виникнення ревностів у партнерських відносинах (Кваліфікаційна робота бакалавра). Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя.
23. Кісарчук, З. Г., & Єрусевич, О. І. (2006). Психологічна допомога сім'ї. Главник.
24. Коваленко, В. В. (2025). Фізична терапія фантомних болей після ампутації нижніх кінцівок внаслідок бойових травм (Магістерська дисертація). НТУУ «КПІ ім. Ігоря Сікорського».
25. Коваленко, Ю. В. (2020). Етнорелігійна ідентичність молоді як чинник поведінки подолання стресової ситуації (Дисертація кандидата психологічних наук). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України.
26. Кожедуб, О., & Бриндак, Я. (2024). Психологічні та фізичні наслідки фантомного болю в учасників бойових дій, що втратили кінцівки. *Молодий вчений*, 6(118), 126–130.
27. Кокун, О. М., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., et al. (2023). Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами. *7БЦ*.

28. Кравець, В. П. (2020). Підготовка учнівської молоді до сімейного життя в Україні XXI століття: стан, тенденції, шляхи вдосконалення (Монографія). ТНПУ ім. В. Гнатюка.
29. Крижановська, З. Ю. (2022). Психологія романтичних взаємин (Силабус вибіркової навчальної дисципліни). ВНУ імені Лесі Українки.
30. Крижановська, З., & Бабак, К. (2022). Роль типу прив'язаності в сприйманні романтичних взаємин чоловіків та жінок. Психологічні перспективи, 39, 230–240.
31. Крошка, А. В. (2025). Психологічна готовність молоді до створення сім'ї (Кваліфікаційна робота бакалавра). НУ «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка.
32. Крук, Б. Р. (2024). Фізична терапія неспецифічного больового синдрому (Курс лекцій). ЛДУФК імені Івана Боберського.
33. Кунцевич, О. В. (2022). Психологічні особливості готовності молоді до шлюбу в умовах сьогодення (Кваліфікаційна робота магістра). Київський інститут сучасної психології та психотерапії.
34. Кухарик, В. В. (2023). Особливості стресоподолання особистістю травматичних подій в умовах війни в Україні (Кваліфікаційна робота магістра). ОНУ імені І. І. Мечникова.
35. Лябах, А. П. (2022). Застосування шкали MESS при встановленні показань до ампутації у поранених. Вісник ортопедії, травматології та протезування, (3), 15–20.
36. Магдисюк, Л. І. (2022). Особливості шлюбно-сімейних стосунків у залежності від подружнього стажу: діагностика та консультування (Монографія). Вежа-Друк.
37. Максименко, С. Д. (2006). Генеза здійснення особистості. КММ.

38. Маркіна, О. А. (2025). Особливості сприйняття образу власного тіла після ампутації кінцівки (Магістерська робота). Український католицький університет.
39. Міненко, О. О. (2019). Психологічна готовність молоді до шлюбно-сімейних відносин. *Актуальні проблеми психології*, 9(12), 186–195.
40. Мушкевич, М. І., Федоренко, Р. П., Магдисюк, Л. І., & Дучимінська, Т. І. (2018). *Психологія молодої сім'ї* (Монографія). Вежа-Друк.
41. Ніконова, О. Ю. (2011). Експрес-метод діагностики співзалежності. *Практична психологія та соціальна робота*, (1), 23–27.
42. Овчаренко, О. (2024). Соціально-психологічна адаптація студентів з інвалідністю та студентів без інвалідності до умов навчання в період воєнного стану. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 3(33), 35–45.
43. Озерова, М. С. (2024). Неусвідомлений образ тіла та вираженість гендерних настанов жінок (Кваліфікаційна робота магістра). ОНУ імені І. І. Мечникова.
44. Пекалюк, О. О. (2024). Психологічні особливості ставлення до шлюбу у молоді (Випускна кваліфікаційна робота бакалавра). УДПУ імені Павла Тичини.
45. Погоріла, О. М., & Виноградов, О. Г. (2024). Українськомовна адаптація методики The Experiences in Close Relationships Revised (ECR-R). *Ukrainian Psychological Journal*, 2(22), 98–110.
46. Пустовий, О. М. (2017). Дослідження емоційного стану учасників бойових дій на Сході України. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 4(11), 86–92.
47. П'янківська, Л. В. (2023). Фантомний біль у особи з ампутованою кінцівкою: сутність та напрями надання психологічної допомоги. In *The latest ideas of medical and biological developments and improvement*

- of psychological sciences by scientists: Collective monograph (pp. 135–158). Primedia eLaunch.
48. Радчук, В. М. (2013). Види психологічної готовності до і в шлюбних відносинах. *Вісник ОНУ імені І. І. Мечникова. Серія Психологія*, 18(22), 69–75.
  49. Родіна, Н. В. (2015). Психологія стресу, копінг-поведінки і здоров'я (Навчально-методичний посібник). ОНУ імені І. І. Мечникова.
  50. Романчук, Ю. (2024). Егалітарне сімейно-рольове позиціонування осіб юнацького віку (Кваліфікаційна робота магістра). ЛьвДУВС.
  51. Такмакова, М. Ю. (2016). Особливості стосунків психологічної інтимності у дівчат з різними типами прихильності (Дисертація кандидата психологічних наук). ХНУ імені В. Н. Каразіна.
  52. Титаренко, Т. М. (2020). Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя. Імекс-ЛТД.
  53. Тишко, Д. І. (2024). Особливості взаємозв'язку травматичної події із задоволеністю життям, самооцінкою та сенсожиттєвими орієнтаціями особистості (Кваліфікаційна робота магістра). ОНУ імені І. І. Мечникова.
  54. Устименко, І. О. (2018). Розвиток взаємостосунків та переживання успішності у подружній підсистемі залежно від типу прив'язаності (Кваліфікаційна робота магістра). Маріупольський державний університет.
  55. Федоренко, Р. П. (2021). Психологія сім'ї (2-ге вид., змін. та доповн.). Вежа-Друк.
  56. Фільц, О. (2015). Психотерапія uzалежнень (аддикцій): ескіз концепції. *Український психоаналітичний журнал*, 2(3), 90–100.
  57. Харцій, О. М., & Чередник, А. О. (2022). Взаємозв'язок асертивності особистості з відчуттям суб'єктивного благополуччя та задоволеністю життям серед молоді під час війни. *Габітус*, 37, 143–148.

58. Холод, Б. Г. (2025). Фізична терапія після ампутації нижньої кінцівки у військових (Магістерська робота). *Київський столичний університет імені Бориса Грінченка*.
59. Худецький, І. Ю., Антонова-Рафі, Ю. В., & Мельник, Г. В. (2021). Протезування та штучні органи (Конспект лекцій). КПІ ім. Ігоря Сікорського.
60. Шевчук, О. В. (2020). Сучасні підходи до фізичної терапії пацієнтів після ампутації нижніх кінцівок. *Молодий вчений*, 3(79), 154–158.
61. Широка, А. О., & Миколайчук, М. І. (2021). Адаптація україномовної версії опитувальника прийняття та дії (AAQ-II) на нормативній та субклінічній групах досліджуваних. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*, (3), 101–112.
62. Щотка, О., & Андрєєва, Я. (2022). Взаємозв'язок між задоволеністю життям та посттравматичним зростанням у аспірантів в умовах війни в Україні. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 3–4(27), 44–53.
63. Abdulrazaq, A. S., Shlash, A. M. J., Hrefish, Z. A., et al. (2022). Body image and its association with self-esteem among amputation cases at prosthetics center in Hilla City, Iraq. *Iranian Rehabilitation Journal*, 20(2), 237.
64. Ahmed, F., Lyu, A., Xu, N., Ksebe, W., Ksaibe, Y., & Kadoun, R. (2024). The relationships between body image, self-esteem and quality of life in adults with trauma-related limb loss sustained in the Syrian war. *Journal of Vascular Nursing*, 42, 191–202. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2024.01.002>
65. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. APA Publishing.
66. Anderson, S. P., Barnett, C. T., & Rusaw, D. F. (2022). Exploring the perspectives of prosthetic and orthotic users: Past and present experiences

- and insights for the future. *Disability and Rehabilitation*, 44(18), 5284–5290.
67. Andrews, B., Brewin, C. R., & Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 421–427.
  68. Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.
  69. Barbin, J., Seetha, V., Casillas, J.-M., Paysant, J., & Perennou, D. (2016). The effects of mirror therapy on pain and motor control of phantom limb in amputees: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59(4), 270–275.
  70. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244.
  71. Bates, E., & Mason, R. (2014). Coping strategies used by people with a major hand injury: A review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(6), 289–295.
  72. Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529.
  73. Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. Psychological Corporation.
  74. Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
  75. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.
  76. Breakey, J. W. (1997). Body image: The lower-limb amputee. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 9(2), 58–66.
  77. Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). Guilford Press.

78. Brooks, L. M., Brooks, B. M., Arp, A. S., et al. (2024). Diabetes-related extremity amputation depression and distress (DREADD): A multimethod study. *Seminars in Vascular Surgery*. <https://doi.org/10.1016/j.semvascsurg.2024.01.001>
79. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283.
80. Cash, T. F. (2008). *The body image workbook: An eight-step program for learning to like your looks*. New Harbinger Publications.
81. Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). Guilford Press.
82. Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168–195.
83. Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). Guilford Press.
84. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
85. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
86. Dempsey-Jones, H., Themistocleous, A. C., Carone, D., Ng, T. W. C., Harrar, V., & Makin, T. R. (2019). Blocking tactile input to one finger using anaesthetic improves touch perception and learning in other fingers. *Journal of Experimental Psychology: General*, 148, 713–727.
87. Desmond, D., & MacLachlan, M. (2006). Coping strategies as predictors of psychosocial adaptation in a sample of elderly veterans with acquired lower limb amputations. *Social Science & Medicine*, 62(1), 208–216.

88. Di Lella, A. M., Costa-Parke, A., Walker, A., Verweel, L., & MacKay, C. (2023). Peer support for individuals with major limb loss: A scoping review. *Journal of Military, Veteran and Family Health*, 9(2).
89. Díaz-González, A. M., Zabalegui, A., Moreno-Cuartas, L. A., & Riambau-Alonso, V. (2023). Mirror therapy in patients with unilateral amputation and phantom limb pain. *Journal of Vascular Nursing*, 41, 1–8.
90. Fisher, S. (1986). *Development and structure of the body image (Vol. 2)*. Lawrence Erlbaum Associates.
91. Flor, H. (2002). Phantom-limb pain: Characteristics, causes, and treatment. *The Lancet Neurology*, 1(3), 182–189.
92. Flor, H., Nikolajsen, L., & Staehelin Jensen, T. (2006). Phantom limb pain: A case of maladaptive CNS plasticity? *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 873–881.
93. Foell, J., Bekrater-Bodmann, R., Diers, M., & Flor, H. (2014). Mirror therapy for phantom limb pain: Brain changes and the role of body representation. *European Journal of Pain*, 18(5), 729–739.
94. Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350–365.
95. Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
96. Fromm, E. (1956). *The art of loving*. Harper & Brothers.
97. Gallagher, P., & MacLachlan, M. (2000). Development and psychometric evaluation of the Trinity Amputation and Prosthesis Experience Scales (TAPES). *Rehabilitation Psychology*, 45(2), 130–154.
98. Gallagher, P., Horgan, O., Franchignoni, F., Giordano, A., & MacLachlan, M. (2007). Body image in people with lower-limb amputation: A Rasch analysis of the Amputee Body Image Scale. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 86(3), 205–215.

99. Gregory, R. T., et al. (1985). The mangled extremity syndrome (M.E.S.): A severity grading system for multisystem injury of the extremity. *Journal of Trauma*, 25(12), 1147–1150.
100. Grogan, S. (2016). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children* (3rd ed.). Routledge.
101. Grzebień, A., Chabowski, M., Malinowski, M., et al. (2017). Analysis of selected factors determining quality of life in lower-limb amputees. *Polish Journal of Surgery*, 89(4), 11–16.
102. Hawkins, A. T., Pallangyo, A. J., Herman, A. M., et al. (2016). The effect of social integration on outcomes after major lower extremity amputation. *Journal of Vascular Surgery*, 63(2), 454–462.
103. Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
104. Herman, J. L. (1997). *Trauma and recovery*. Basic Books.
105. Holzer, L. A., Sevelde, F., Fraberger, G., Bloder, O., & Kicking, W. (2014). Body image and self-esteem in lower-limb amputees. *PLOS ONE*, 9(3), e92957.
106. Horgan, O., & MacLachlan, M. (2004). Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disability and Rehabilitation*, 26(14–15), 837–850.
107. Kashdan, T. B., & McKnight, P. E. (2013). The darker side of social anxiety. *Current Directions in Psychological Science*, 22(3), 161–166.
108. Kikkert, S., Johansen-Berg, H., Tracey, I., & Makin, T. R. (2018). Reaffirming the link between chronic phantom limb pain and maintained missing hand representation. *Cortex*, 106, 174–184.
109. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

110. Lee, I. M., Klyce, W., Naber, A., & Ghomrawi, H. (2022). Use and perceived benefits of peer support after lower limb loss in the United States. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Advance online publication.
111. Limakatso, K., & Parker, R. (2021). Treatment recommendations for phantom limb pain in people with amputations: An expert consensus Delphi study. *PM&R*, 13, 1216–1226.
112. Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., Van der Veld, W. M., & Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*, 4(8).
113. MacIver, K., Lloyd, D. M., Kelly, S., Roberts, N., & Nurmikko, T. (2008). Phantom limb pain, cortical reorganization and the therapeutic effect of mental imagery. *Brain*, 131, 2181–2191.
114. MacLachlan, M., Gallagher, P., & Desmond, D. (2008). Psychosocial issues in amputation. Springer.
115. Makin, T. R., & Flor, H. (2020). Brain (re)organisation following amputation: Implications for phantom limb pain. *NeuroImage*, 218, 116943.
116. Makin, T. R., et al. (2013). Phantom pain is associated with preserved structure and function in the former hand area. *Nature Communications*, 4, 1570.
117. McDonald, C. L., Westcott-McCoy, S., Weaver, M. R., Haagsma, J., & Kartin, D. (2021). Global prevalence of traumatic non-fatal limb amputation. *Prosthetics and Orthotics International*, 45(2), 105–114.
118. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood* (2nd ed.). Guilford Press.
119. Miller, T. A., Paul, R. H., Forhad, U. S., et al. (2018). The relationship between perceived functional capacity, self-efficacy, and disability after dysvascular amputation. *PM&R*, 10(10), 1056–1061.

120. Murray, C. D. (2009). Being like everybody else: The personal meanings of being a prosthesis user. *Disability and Rehabilitation*, 31(7), 573–581.
121. Price, E. M., & Fisher, K. (2002). Body image and self-esteem in amputees. *Prosthetics and Orthotics International*, 26, 19–25.
122. Ramachandran, V. S., & Hirstein, W. (1998). The perception of phantom limb. *Brain*, 121(9), 1603–1630.
123. Reichmann, J. P., & Bartman, K. R. (2018). An integrative review of peer support for patients undergoing major limb amputation. *Journal of Vascular Nursing*, 36(1), 34–39.
124. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Houghton Mifflin.
125. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
126. Rybarczyk, B., Nyenhuis, D. L., Nicholas, J. J., Cash, S. M., & Kaiser, J. (1995). Body image, perceived social stigma, and the prediction of psychosocial adjustment to leg amputation. *Rehabilitation Psychology*, 40(2), 95–110. <https://doi.org/10.1037/0090-5550.40.2.95>
127. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
128. Schrier, E., Geertzen, J. H. B., Scheper, J., & Dijkstra, P. U. (2018). Psychosocial factors associated with poor outcomes after amputation for complex regional pain syndrome type I. *PLOS ONE*, 13(3), e0193425.
129. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471.
130. Tuncay, T., & Musabak, I. (2015). Problem-focused coping strategies predict posttraumatic growth in veterans with lower-limb amputations. *Journal of Social Service Research*, 41(4), 466–480.
131. Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score*. Viking.

132. Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience* (3rd ed.). Guilford Press.
133. Warraich, Z., & Yuen, J. C. (2023). Patient-reported mental health outcomes following traumatic single digit amputation in adults. *Cureus*, 15(1), e34190.
134. Weeks, S. R., Anderson-Barnes, V. C., & Tsao, J. W. (2010). Phantom limb pain: Theories and therapies. *The Neurologist*, 16(5), 277–286.
135. Weinhold, B. K., & Weinhold, J. B. (1989). *Breaking free of the co-dependency trap*. Keene.
136. Wetterhahn, K. A., Hanson, C., & Levy, C. E. (2002). Effect of participation in physical activity on body image of amputees. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(3), 194–201.
137. World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*.
138. World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*.
139. Zeligman, M., & McCarthy, K. S. (2019). Predicting posttraumatic growth in trauma survivors. *Journal of Counseling Psychology*, 66(4), 476–487.
140. Zidarov, D., Swaine, B., & Gauthier-Gagnon, C. (2009). Quality of life of persons with lower-limb amputation during rehabilitation and at 3-month follow-up. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(4), 634–645.

## ДОДАТКИ

## ДОДАТОК А

**Шкала образу тіла після ампутації (ABIS)**

Опитувальник із 20 пунктів, оцінюється за п'ятирівневою порядковою шкалою (1 = ніколи, 2 = рідко, 3 = інколи, 4 = більшість часу, 5 = завжди). Три питання (3, 12 та 16) мають зворотне кодування.

Питання	1 = ніколи	2 = рідко	3 = інколи	4 = більшість часу	5 = завжди
1. Тому що я є ампутованим, я відчуваю більшу тривогу щодо своєї зовнішності у соціальних ситуаціях, ніж коли я наодинці.					
2. Я уникаю носіння шортів на публіці, бо буде видно мій протез.					
3. Мені подобається моя зовнішність загалом, коли я ношу протез.					
4. Мене непокоїть, що втрата кінцівки обмежує мої функціональні можливості у різних щоденних справах.					
5. Я уникаю дивитися у дзеркало на повний зріст, щоб не бачити свій протез.					
6. Тому що я є ампутованим, я щодня відчуваю тривогу щодо своєї зовнішності.					
7. Я відчуваю фантомну кінцівку.					
8. Відтоді як я втратив(ла) кінцівку, мене засмучує те, що я більше не відповідаю суспільному ідеалу нормальної зовнішності.					
9. Мене непокоїть, що втрата					

кінцівки знижує мою здатність захистити себе від небезпеки.					
10. Коли я не ношу протез, я уникаю ситуацій, де мою зовнішність можуть оцінювати інші (наприклад, соціальні події, басейн, пляж тощо).					
11. Втрата кінцівки змушує мене думати про себе як про людину з інвалідністю.					
12. Мені подобається моя зовнішність, коли я не ношу протез.					
13. Коли я йду, люди помічають мою кульгавість.					
14. Коли я ношу протез, я уникаю ситуацій, де мою зовнішність можуть оцінювати інші (наприклад, соціальні події, басейн, пляж тощо).					
15. Люди ставляться до мене як до людини з інвалідністю.					
16. Мені подобається вигляд моєї кукси.					
17. Я ношу мішкуватий одяг, щоб приховати свій протез.					
18. Я вважаю, що потрібно мати чотири нормальні кінцівки, щоб бути фізично привабливим(ою).					
19. Для мене важливо, щоб мій протез і залишок ураженої кінцівки були такого ж розміру, як і інша кінцівка.					
20. Я уникаю дивитися у дзеркало на повний зріст, щоб не бачити свою куксу.					

**ДОДАТОК Б****Методика «The Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R)»**

Методику розробили Р. Фрейлі, Н. Уоллер, К.Бреннан в 2000 році. Вона складається з 36 тверджень, які були перекладені українською мовою.

Респонденти оцінювали, наскільки вони погоджувалися або не погоджувалися із запропонованими твердженнями за семи бальною шкалою від 1 – повністю не погоджуюся, до 7 – повністю погоджуюся.

Композитні бали обчислювалися як усередні значення відповідей на пункти з відповідних шкал.

Усереднені бали за факторами, менші за 3,5 балів свідчили про низький рівень тривожності/уникання; відповіді, більші за 4,5 балів – високий рівень; відповіді у проміжку від 3,5 до 4,5 балів вказували на середній рівень.

Таким чином, можна утворити 9 комбінацій значень по двох оригінальних факторах методики: низька тривожність і низьке уникання утворюють надійний стиль прив'язаності, висока тривожність і низьке уникання – тривожний стиль, низька тривожність і високе уникання – зневажливо-уникаючий стиль, висока тривожність і низьке уникання – погрожувально-уникаючий стиль, низька тривожність і середнє уникання – межа між надійним і зневажливо-уникаючим стилем, середня тривожність і високе уникання – межа між зневажливо-уникаючим і погрожувально-уникаючим стилем, середня тривожність і тривожність і середнє уникання – межа між тривожним і погрожувально-уникаючим стилем, середня тривожність і середнє уникання – перетин усіх чотирьох стилів.

**Твердження до опитувальника ECR-R**

1. Мені не страшно емоційно зближуватися з моїм партнером.

2. Я почуваюся комфортно поруч із моїм партнером.
3. Мені легко почати обговорювати проблеми з партнером.
4. Я думаю, що мій партнер мене розуміє.
5. Мені здається, що партнер не настільки емоційно близький зі мною, наскільки я цього хочу.
6. Мені легко виражати свою любов до партнера.
7. Я переживаю, що партнер не піклуватиметься про мене так само сильно, як я про нього.
8. Я легко зближуюсь із партнером.
9. Я боюся, що коли партнер більше дізнається про мене, я можу не виправдати його очікування, і це призведе до краху в стосунках.
10. Мені некомфортно, коли партнер хоче більшої емоційної близькості в стосунках.
11. Мені важко відкриватися партнеру.
12. Мені не важко попросити свого партнера про підтримку.
13. Іноколи я сумніваюсь, чи дійсно я заслуговую любові свого партнера.
14. Я рідко думаю про те, що партнер може завершити стосунки зі мною.
15. Я часто думаю про те, чи дійсно партнер любить мене.
16. Я можу розповісти партнеру майже про все.
17. Мені легко покластися на партнера.
18. Я боюся втратити свої романтичні стосунки з партнером.
19. Я зазвичай не показую партнеру, що відчуваю глибоко всередині.
20. Я переживаю, що мого партнера може привабити хтось інший.
21. Мені важко довірити якусь справу партнеру.
22. Я думаю, що мій бажаний рівень близькості у стосунках зависокий, і може навпаки віддаляти партнера.

23. Коли я демонструю свої почуття партнеру, я боюсь, що він не відчуває те саме щодо мене.
24. Мене лякає, коли партнер хоче ближчих стосунків.
25. Я зазвичай обговорюю з партнером те, що мене турбує.
26. Я спокійно можу покластися на партнера.
27. Іноді мені здається, що почуття мого партнера починають слабшати.
28. Я переживаю за те, чи задоволений партнер мною як другою половинкою.
29. Я часто думаю про те, що партнер не захоче бути зі мною.
30. Мені здається, що партнер звертає на мене увагу тільки тоді, коли я зроблю перший крок.
31. Мені хочеться, щоб почуття партнера до мене були сильними і залишались такими.
32. Мене рідко бентежать думки про те, що партнер може мене не прийняти.
33. Коли я відчуваю, що стосунки стають дуже близькими, я віддаляюся від партнера
34. Я переживаю, що партнер може мене розлюбити.
35. Мене засмучує, що я не отримую ту любов і підтримку, якої очікую від партнера.
36. Я легко можу ділитися особистими думками та почуттями з партнером.

## ДОДАТОК В

### «Шкала для вимірювання рівня самоповаги» М. Розенберга

Опитувальник самооцінки Розенберга (Rosenberg Self Esteem Inventory) є найбільш популярною методикою дослідження Я-концепції.

Остання англомова версія опитувальника видана у 1989 році (Rosenberg, 1989). Опитувальник містить 10 запитань, сформульованих позитивно («Я в цілому задоволений собою», «Я справляюсь із завданнями так само добре, як інші» тощо) чи негативно («Мені нічим гордитися», «Я почуваюсь ні на що не здатним» тощо). Респонденти мають оцінити запропоновані твердження за чотирибальною шкалою: «погоджуюсь», «скоріше погоджуюсь», «скоріше не погоджуюсь», «не погоджуюсь».

Інструкція. На запропоновані Вам судження потрібно вибрати відповідь наступним чином: повністю погоджуюся, погоджуюся, не погоджуюся, абсолютно не погоджуюся.

Судження:

1. Я відчуваю, що я гідна людина, принаймні, не менше ніж інші.
2. Я завжди схильний відчувати себе невдахою.
3. Мені здається, у мене є низка позитивних якостей.
4. Я здатний дещо робити не гірше, ніж більшість.
5. Мені здається, що мені особливо нічим пишатися.
6. Я до себе добре ставлюся.
7. В цілому я задоволений собою.
8. Мені б хотілося більше поважати себе.
9. Іноді я ясно відчуваю свою нікчемність.
10. Іноді я думаю, що я в усьому поганий

## ДОДАТОК Г

### **Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БІБІСЬ» (THE MODIFIED BBC SUBJECTIVE WELL-BEING SCALE (BBC-SWB)) (P. PONTIN, M. SCHWANNAUER, S. TAI, & M. KINDERMAN)**

Методика включає три субшкали: 1) «психологічне благополуччя» (здатність контролювати своє життя, відчувати оптимізм з приводу

майбутнього, впевненість у своїх власних думках і переконаннях, рости і розвиватися як особистість тощо); 2) «фізичне здоров'я та благополуччя» (задоволеність фізичним здоров'ям, якістю сну, здатністю працювати та здійснювати свою повсякденну життєву активність, займатись спортом і відпочивати, відсутність депресії, тривоги тощо); 3) «стосунки» (комфортність у ставленні та спілкування з іншими людьми, наявність щасливих дружніх і особистих відносин, здатність звернутись за допомогою до інших, задоволеність своїм сексуальним життям тощо. Методика складається з 24 пунктів, але на відміну від неї використовується не 4-бальна, а 5-бальна оціночна шкала.

Інструкція для учасників опитування: Дайте відповідь на наведені нижче запитання, використовуючи шкалу (поставте «+» у відповідній комірці).

1. Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?
2. Чи задоволені Ви якістю свого сну?
3. Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати свою повсякденну життєву активність?
4. Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?
5. Чи відчуваєте Ви здатність насолоджуватися життям?
6. Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?
7. Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?
8. Чи відчуваєте Ви, що контролюєте своє життя?
9. Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?
10. Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?
11. Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?
12. Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?
13. Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?
14. Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?
15. Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?

16. Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?
17. Чи щасливі Ви у Ваших дружніх і особистих відносинах?
18. Чи комфортно Ви відчуваєтеся стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтеся з іншими?
19. Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?
20. Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?
21. Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?
22. Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом / відпочинку?
23. Чи задоволені Ви своїм доступом до медичних послуг?

Обробка та інтерпретація результатів: Опитувальник включає три субшкали: «психологічне благополуччя», «фізичне здоров'я та благополуччя» та «стосунки». Всі запитання, окрім пункту № 4, мають прямий порядок нарахування балів, запитання № 4 – зворотний. Загальний показник суб'єктивного благополуччя рахується як сумарний бал по всіх пунктах методики. Мінімальний показник суб'єктивного благополуччя дорівнює 24 балам, максимальний показник дорівнює 120 балам. Показники по субшкалах розраховуються як сумарні бали по відповідних пунктах методики: Субшкала «психологічне благополуччя» – пункти №№ 4–15. Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» – пункти №№ 1–3, 21–24. Субшкала «стосунки» – пункти №№ 16–20. Отримані показники порівнюються з нормативними.

Нормативні дані за рівнями суб'єктивного благополуччя представлені у таблиці нижче.

Субшкали та загальний показник суб'єктивного благополуччя	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Психологічне благополуччя	12–39	40–47	48–60

Фізичне здоров'я та благополуччя	7–20	21–25	26–35
Стосунки	5–16	17–20	21–25
Суб'єктивне благополуччя	24–76	77–91	92–120