

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.98

DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2026.2.4>**Маркевич А. М.***магістр клінічної психології
кафедри педагогіки та психології**Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова
ORCID: 0009-0006-5384-5818***Потоцька І. С.***кандидат психологічних наук,**доцент кафедри педагогіки та психології**Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова
ORCID: 0000-0001-7723-9587***Романенко Ю. М.***магістр психології**кафедри педагогіки та психології**Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова
ORCID: 0009-0000-9825-0523***ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ ЯК ПРОЯВ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ
ПРИ ОРГАНІЧНИХ УРАЖЕННЯХ ЦНС****POST-TRAUMATIC GROWTH AS A MANIFESTATION
OF RESILIENCE IN ORGANIC CNS LESIONS**

У статті здійснено теоретичний аналіз посттравматичного зростання (ПТЗ) як прояву резильєнтності в осіб з органічними ураженнями центральної нервової системи в умовах психотравматичного досвіду. Актуальність дослідження зумовлена зростанням кількості випадків поєднання неврологічної патології та психічної травматизації, а також недостатньою розробленістю ресурсно-орієнтованих підходів у клінічній психології.

Розкрито співвідношення понять «резильєнтність» і «посттравматичне зростання», які є концептуально пов'язаними, але якісно різними феноменами. Показано, що резильєнтність забезпечує відновлення базового рівня функціонування, тоді як ПТЗ відображає процес особистісної трансформації, пов'язаний із переосмисленням досвіду, пошуком смислу та реконструкцією ідентичності.

Проаналізовано психологічні наслідки органічних уражень ЦНС (черепно-мозкової травми та інсульту), що охоплюють когнітивну, емоційно-вольову, поведінкову та соціальну сфери. Узагальнено емпіричні дані щодо можливості ПТЗ за наявності неврологічного дефіциту. Показано нозологічну специфіку ПТЗ: після черепно-мозкової травми воно переважно проявляється у міжособистісній сфері та відчутті особистісної сили, тоді як після інсульту – у духовно-екзистенційному вимірі. Визначено ключові чинники формування ПТЗ: збереженість когнітивних функцій, рефлексивна переробка досвіду, суб'єктна активність та соціальна підтримка. Обґрунтовано доцільність впровадження ресурсно-орієнтованого підходу в нейрореабілітації.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання для розробки психокорекційних і реабілітаційних програм, спрямованих на активізацію внутрішніх ресурсів особистості та підвищення ефективності відновлення після уражень ЦНС. Наголошується на необхідності подальших емпіричних досліджень предикторів ПТЗ у цій клінічній групі.

Ключові слова: посттравматичне зростання, резильєнтність, органічні ураження ЦНС, порушення, черепно-мозкова травма, інсульт, нейрореабілітація, ідентичність, рефлексія, самоусвідомлення.

The article analyses the theoretical analysis of post-traumatic growth (PTG) as a manifestation of resistance in people with organic lesions of the central nervous system under conditions of psychotraumatic experience. The relevance of the study is due to the increase in the number of cases of a combination of neurological pathology and mental traumatization, as well as the insufficient development of resource-oriented approaches in clinical psychology.

Open then the relationship between the concepts of «resistance» and «post-traumatic growth,» which are conceptually related but qualitatively different phenomena. It is shown that resistance ensures the restoration of the basic level of functioning, while PTG reflects the process of personal transformation associated with rethinking experience, the search for meaning, and reconstruction of identity.

Analyses and psychological consequences of organic lesions of the central nervous system (craniocerebral trauma and stroke), covering the cognitive, emotional-volitional, behavioral, and social spheres. Generalized empirical data on the possibility of PTG in the presence of a neurological deficit. The nosological specificity of PTG is shown: after traumatic brain injury, it mainly manifests in the interpersonal sphere and a sense of personal strength, while after a stroke – in the



spiritual and existential dimension. The key factors of PTG formation are identified: preservation of cognitive functions, reflexive processing of experience, subjective activity, and social support. The expediency of introducing a resource-oriented approach in neurorehabilitation is substantiated.

Practical importance of the results lies in the possibility of using them to develop psychocorrective and rehabilitation programs aimed at activating the internal resources of the personality and increasing the effectiveness of recovery after CNS lesions. The need for further empirical studies of PTG predictors in this clinical group is emphasized.

Key words: post-traumatic growth, resilience, organic brain lesions, disfunction, traumatic brain injury, stroke, neurorehabilitation, identity, reflection, self-assessment.

Постановка проблеми. У сучасних умовах воєнного часу в Україні поєднання органічних уражень центральної нервової системи з психотравматичним досвідом набуває системного характеру та формує складний клініко-психологічний профіль. У таких випадках когнітивний дефіцит, емоційна дисрегуляція та порушення ідентичності взаємно підсилюють одне одного, ускладнюючи процес адаптації та відновлення.

Сучасні дослідження переважно зосереджені на дефіцитарних аспектах органічних уражень ЦНС – когнітивних порушеннях, емоційній дезадаптації та зниженні соціального функціонування. Натомість ресурсні характеристики особистості, зокрема здатність до відновлення та посттравматичного зростання, залишаються недостатньо вивченими. Такий дисбаланс відображає загальну тенденцію клінічної психології, яка тривалий час розвивалася в межах патогенної парадигми.

Альтернативу цьому підходу запропонував А. Антоновський у концепції салютогенезу, що зміщує фокус із причин хвороби на чинники збереження здоров'я. У центрі уваги опиняються ресурси особистості та механізми підтримання психологічного благополуччя навіть за умов несприятливого впливу.

Починаючи з кінця 1990-х років, під впливом позитивної клінічної психології відбувається переосмислення традиційних підходів до вивчення психічних розладів. Дослідники дедалі частіше звертаються до таких конструктів, як резильєнтність та посттравматичне зростання. Резильєнтність розглядається як динамічна здатність особистості адаптуватися до складних життєвих обставин, відновлюватися після стресу та зберігати психологічне функціонування. Посттравматичне зростання визначається як якісні позитивні зміни у сприйнятті себе, світу та міжособистісних стосунків, що виникають унаслідок активної переробки кризового досвіду [7, с. 456; 8, с. 3].

Зазначені конструкти мають не лише теоретичне, а й практичне значення, оскільки задають нову парадигму реабілітаційної роботи, у якій акцент зміщується з подолання дефіциту на мобілізацію та розвиток ресурсів особистості.

Особливої складності ця проблема набуває у випадку органічних уражень ЦНС, де посттравматичне зростання та резильєнтність реалізуються в умовах нейробиологічної вразливості, когнітивних порушень та перебудови психічної діяльності. Зміни охоплюють механізми уваги, пам'яті, мислення, довільної регуляції та емоційної реактивності, що істотно впливає на здатність до осмислення досвіду.

У цьому контексті актуальною є проблема можливості посттравматичного зростання за наявності органічного ураження ЦНС та механізмів його реалізації. Результати зарубіжних досліджень свідчать, що навіть за наявності неврологічного дефіциту можливі прояви зростання, зокрема у сфері переосмислення цінностей, поглиблення міжособистісних зв'язків та формування відчуття особистісної сили [4]. Водночас в українському науковому просторі цей напрям залишається недостатньо розробленим, що зумовлює актуальність і наукову новизну дослідження.

Метою статті є теоретичний аналіз посттравматичного зростання та резильєнтності як ресурсних характеристик осіб з органічними ураженнями центральної нервової системи в умовах психотравматичного досвіду, а також визначення чинників, що сприяють або перешкоджають їх реалізації.

Виклад основного матеріалу. У сучасній науці резильєнтність розглядається як динамічна здатність особистості адаптуватися до значних стресових впливів – травми, втрати чи хронічного стресу, зберігаючи або відновлюючи психологічне благополуччя та соціальне функціонування [2, с. 20]. Важливо, що резильєнтність не означає відсутності страждання: вона передбачає здатність витримувати дистрес, зберігаючи суб'єкту позицію та функціональність.

У структурі резильєнтності виокремлюють кілька взаємопов'язаних компонентів: відновлення після стресу («пружність»), стійкість до тривалих навантажень та адаптивність як здатність гнучко перебудувати когнітивні й поведінкові стратегії відповідно до вимог ситуації [2, с. 23–25]. Ці компоненти поєднуються у різних конфігураціях залежно від характеру стресора та індивідуальних особливостей.

Важливе значення для розуміння резильєнтності має концепція салютогенезу А. Антоновського, яка зміщує фокус із патології на ресурси збереження здоров'я. Її ключовим конструктом є «почуття зв'язності» – переживання осмисленості, керованості та зрозумілості власного досвіду, що виступає психологічною основою адаптації [1, с. 19–21]. У цьому контексті резильєнтність постає як процес активного смислотворення у відповідь на кризу.

Методологічно важливим є розрізнення резильєнтності як процесу і як результату. У першому випадку йдеться про психологічні механізми адаптації (когнітивне переосмислення, емоційна регуляція, соціальна підтримка), у другому – про їх наслідок: збереження або відновлення функціонування та ідентичності. Це розмежування є ключовим для розуміння співвідношення резильєнтності та посттравматичного зростання.

Посттравматичне зростання визначається як позитивні психологічні зміни, що виникають унаслідок активної внутрішньої переробки травматичного досвіду [8, с. 3–5]. Важливо, що його джерелом є не сам факт травми, а процес її осмислення: не всі, хто пережив травматичні події, демонструють зростання, а рівень дистресу не є його прямою передумовою.

Відповідно до моделі Тедеші та Келхуна, посттравматичне зростання охоплює п'ять доменів: відчуття особистісної сили, відкриття нових можливостей, поглиблення міжособистісних стосунків, духовно-екзистенційні зміни та зростання вдячності до життя. Ці прояви можуть поєднуватися у різних конфігураціях і не виключають наявності страждання – посттравматичне зростання співіснує з дистресом, а не замінює його.

Посттравматичне зростання не є пасивним наслідком травми, а виступає результатом активної роботи особистості з власним досвідом. Ключову роль у цьому процесі відіграє самоусвідомлення – здатність рефлексивно осмислювати пережите, помічати внутрішні зміни, аналізувати власні дії та інтегрувати нові смисли у цілісний образ «Я». За відсутності такої внутрішньої роботи навіть інтенсивний травматичний досвід не трансформується у зростання, залишаючись джерелом дистресу. Відтак посттравматичне зростання передбачає активну суб'єктну позицію, готовність до зустрічі з болісними аспектами досвіду та їх осмислення.

Водночас у науковій літературі триває дискусія щодо «автентичності» посттравматичного зростання. Зокрема, А. Меркер і Т. Цельнер розрізняють його конструктивний компонент – це реальні особистісні зміни, пов'язані з довготривалим благополуччям, та ілюзорний, що виступає формою когнітивного самозахисту і забезпечує тимчасову стабілізацію після травми. У контексті органічних уражень ЦНС ця проблема набуває особливої актуальності, оскільки когнітивні порушення можуть ускладнювати розмежування між автентичним зростанням і компенсаторними уявленнями.

Між резильєнтністю та ПТЗ існує ієрархічний зв'язок: резильєнтність є необхідною, але не достатньою умовою зростання [9]. Вона забезпечує здатність витримати зіткнення з травмою, не зруйнувавшись остаточно та створює психологічний простір, у якому зростання стає можливим, однак реалізується воно лише через активну суб'єктну роботу особистості з власним досвідом: рефлексивну переробку пережитого, пошук і конструювання нового сенсу та реконструкцію ідентичності. Власне посттравматичне зростання виникає лише тоді, коли це зіткнення запускає глибинний процес руйнування і реконструкції базових переконань про себе, світ та інших людей – так зване «зіткнення зі сейсмічною силою» [8, с. 4].

Якщо резильєнтність описує траєкторію відновлення – повернення до вихідного рівня функціонування попри кризу – то ПТЗ описує траєкторію трансформації, що передбачає якісне перевищення цього рівня у певних розуміннях особистісного

досвіду. Це говорить про те, що посттравматичне зростання є не просто вищим рівнем адаптації, воно є свідченням того, що людина вижила у зіткненні з травмою та зробила цей досвід частиною свого особистісного вдосконалення. Спільними психологічними механізмами, що пов'язують обидва адаптаційні ресурси особистості, є: рефлексивна переробка досвіду (на протигагу румінації), пошук і конструювання сенсу, емоційна регуляція, а також соціальна підтримка як зовнішній ресурс, що опосередковує внутрішні процеси осмислення [9]. Саме активація цих механізмів у відповідь на травматичний досвід визначає, чи залишиться людина на рівні адаптації, чи піднімається до рівня зростання.

Органічні ураження центральної нервової системи – зокрема черепно-мозкові травми (ЧМТ) та гострі порушення мозкового кровообігу – породжують широкий і поліморфний спектр психологічних наслідків, що охоплюють когнітивну, емоційну, поведінкову та соціальну сфери функціонування особистості. Характер і глибина цих змін визначаються локалізацією та обсягом ураження мозку, ступенем тяжкості травми, преморбідними характеристиками особистості, а також соціальним контекстом відновлення.

У когнітивній сфері типовими є порушення пам'яті, уваги, швидкості обробки інформації та виконавчих функцій. При черепно-мозкових травмах спостерігається посттравматична амнезія, зниження концентрації та труднощі планування [6, с. 562–565]. Після інсульту когнітивний профіль залежить від локалізації ураження: при ураженні лівої півкулі – мовленнєві порушення, при правій – просторові та емоційно-особистісні розлади. У частини пацієнтів формується постінсультна деменція, що істотно обмежує здатність до осмислення власного досвіду. Оскільки посттравматичне зростання має рефлексивну природу, збереженість когнітивних функцій виступає однією з його ключових передумов.

В емоційно-вольовій сфері поширеними є депресія, тривожність, емоційна лабільність, а також патологічні афективні реакції, зокрема псевдобульбарний афект. Зниження ініціативності та мотивації (абулія) ускладнює включення у реабілітаційний процес, тоді як феномен емоційного оніміння обмежує здатність до повноцінного переживання досвіду.

У поведінковій сфері можуть спостерігатися імпульсивність, агресивність або, навпаки, пасивність і соціальна ізоляція. У частини пацієнтів відбуваються зміни особистості, що проявляються у трансформації характерологічних рис та зниженні соціальної адаптації. Важливим наслідком є криза ідентичності, пов'язана із внутрішньою звичною роллю і функціями – станом, який описується як «розрив наративу», коли попередній образ себе втрачає цілісність, а новий ще не сформований. Саме у цьому просторі між втратою і реконструкцією ідентичності може формуватися потенціал для посттравматичного зростання.

У соціальній сфері органічні ураження часто супроводжуються втратою або обмеженням звичних

ролей і залежністю від допомоги інших, що посилює екзистенційний дистрес. Соціальна стигматизація та труднощі комунікації додатково ускладнюють реінтеграцію. Водночас якість соціальної підтримки виступає одним із ключових чинників як реабілітаційного прогнозу, так і можливості посттравматичного зростання.

Таким чином, психічні зміни при органічних ураженнях ЦНС слід розглядати не як суму окремих симптомів, а як системну перебудову психічної діяльності. У цьому контексті внутрішня напруга, що виникає внаслідок поєднання дефіциту та адаптаційних зусиль, за наявності достатніх ресурсів може трансформуватися у підґрунтя для особистісних змін і посттравматичного зростання.

У підсумку психопатологія при органічних станах є не як сума окремих симптомів, а як опис перебудови психічної діяльності, де дефіцитні та надлишкові прояви співіснують, взаємно підсилюються й визначають функціональні наслідки. Коморбідні стани при цьому не лише ускладнюють клінічну картину, а й створюють багатовимірне поле внутрішньої напруги, у якому поєднуються втрати, обмеження та спроби адаптації до нових умов існування. Саме ця напруга – за наявності достатніх когнітивних ресурсів, підтримувального соціального середовища та можливості рефлексивного осмислення досвіду – може трансформуватися з джерела дистресу у потенціал особистісних змін, відкриваючи простір для прояву посттравматичного зростання.

Питання посттравматичного зростання (ПТЗ) в осіб з органічними ураженнями центральної нервової системи є відносно новим у науковому дискурсі, однак наявні емпіричні дані свідчать про його можливість навіть за умов вираженої неврологічної патології. Результати систематичних оглядів і метааналізів показують, що частина пацієнтів після набутого ураження головного мозку демонструє ознаки ПТЗ щонайменше в окремих доменах РТГІ, зокрема у сферах особистісної сили та переоцінки цінностей.

У контексті черепно-мозкової травми (ЧМТ) ПТЗ підтверджено низкою проспективних досліджень. Зокрема, Б. Гангстад та П. Норман встановили, що пацієнти з ЧМТ середнього ступеня тяжкості демонструють зростання переважно в доменах міжособистісних відносин та нових можливостей упродовж першого року після травми. Динаміка ПТЗ має тенденцію до поступового збільшення, що підтримує його трактування як процесуального феномена. Окремо описано співіснування конструктивного та ілюзорного компонентів ПТЗ, особливо на ранніх етапах відновлення, коли ілюзорне зростання може виконувати тимчасову адаптивно-захисну функцію.

Після інсульту також виявлено прояви ПТЗ, однак його структура відрізняється від випадків ЧМТ. Дослідження показали, що пацієнти після інсульту частіше повідомляють про зростання у духовно-екзистенційному домені та у сфері переоцінки цінності життя, що інтерпретується як наслідок переживання безпосередньої загрози життю. Водночас домен особистісної сили є менш вираженим, що пов'язується з біль-

шою залежністю від сторонньої допомоги [5]. Таким чином, ПТЗ при органічних ураженнях ЦНС має гетерогенний характер і залежить від нозології, тяжкості ураження та етапу відновлення.

Формування ПТЗ зумовлюється складною взаємодією нейробіологічних, психологічних та соціальних чинників. Серед психологічних предикторів ключове значення має збереженість когнітивних функцій, достатніх для рефлексивної переробки досвіду, зокрема здатності до його осмислення, переоцінки та інтеграції [6]. Важливу роль відіграють також преморбідна резильєнтність, адаптивна емоційна регуляція та рефлексивна румінація, яка, на відміну від інтрузивної, позитивно корелює з рівнем ПТЗ [8, с. 6–7]. Соціальна підтримка виступає зовнішнім ресурсом, що опосередковує процеси когнітивної обробки досвіду та сприяє реконструкції ідентичності.

Суттєве значення має суб'єктивна позиція особистості, тобто активна залученість до процесу осмислення травматичного досвіду та пошуку його значень. У випадку органічних уражень ЦНС це передбачає, що реабілітація не може обмежуватися лише відновленням функціонального статусу, а має включати створення умов для рефлексивної переробки досвіду через психотерапевтичний супровід, нарративні практики та інші форми психологічної інтервенції.

Перешкодами для формування ПТЗ є виражений когнітивний дефіцит, тяжкі депресивні стани з апатією та ангедонією, анозогнозія, соціальна ізоляція та несприятливе мікросоціальне оточення. Додатковим обмежувальним фактором виступає нейробіологічне ураження структур, відповідальних за емоційну регуляцію та мотивацію (зокрема префронтальної кори та лімбічної системи). Водночас зазначені обмеження не є абсолютними, оскільки частково компенсуються за рахунок зовнішньо структурованих процесів осмислення в межах психотерапії та нейропсихологічної реабілітації.

Центральним механізмом ПТЗ є реконструкція ідентичності, що передбачає формування нового автобіографічного нарративу, який інтегрує досвід захворювання та забезпечує відновлення суб'єктності. Цей процес не зводиться до пасивного прийняття діагнозу, а передбачає активне конструювання оновленої Я-концепції.

Пошук сенсу при органічних ураженнях ЦНС ускладнюється поєднанням психологічної та біологічної травматизації, однак саме ця складність може виступати чинником глибокої особистісної трансформації. Рефлексивна переробка досвіду, на відміну від дезадаптивної румінації, забезпечує перехід від пасивного переживання втрати до активного конструювання нового смислу. Соціальне опрацювання досвіду в межах міжособистісної взаємодії та терапевтичного контексту виконує функцію зовнішньої опори інтеграційних процесів, особливо за умов когнітивних обмежень.

Висновки. Таким чином можна зробити висновок, посттравматичне зростання (ПТЗ) при органіч-

них ураженнях ЦНС є багатовимірним феноменом, що виникає на перетині нейробиологічних, психологічних і соціальних чинників та визначається суб'єктною активністю особистості. Його розгляд як вищої форми резильєнтності обґрунтовує розвиток ресурсно-орієнтованого підходу в нейрореабілітації, спрямованого не лише на відновлення функцій, а й на підтримку особистісного зростання.

Резильєнтність і ПТЗ є спорідненими, але різними феноменами: перша забезпечує відновлення базового функціонування, тоді як друге передбачає якісну трансформацію та вихід на вищий рівень особистісного розвитку. Перехід до ПТЗ можливий за умови збереженої здатності до рефлексивної переробки досвіду та активної суб'єктивної позиції особистості.

Органічні ураження ЦНС суттєво ускладнюють, але не унеможливають ПТЗ. Емпірично встановлено його нозологічну специфіку: після ЧМТ воно переважно проявляється у міжособистісній сфері та особистісній силі, після інсульту – у духовно-екзистенційному вимірі. Вираженість ПТЗ залежить від взаємодії клінічних, психологічних і соціальних чинників.

Практичне значення концепції полягає в обґрунтуванні необхідності включення до нейрореабілітації компонентів, спрямованих на рефлексивну переробку досвіду та реконструкцію ідентичності. Подальші дослідження мають бути спрямовані на емпіричну перевірку предикторів ПТЗ та розробку відповідних психокорекційних програм.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Antonovsky A. *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco : Jossey-Bass, 1987.
2. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, № 1. P. 20–28. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
3. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003. Vol. 18, № 2. P. 76–82. DOI: <https://doi.org/10.1002/da.10113>
4. Grace J. J., Kinsella E. L., Muldoon O. T., Fortune D. G. Post-traumatic growth following acquired brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. Article 1162. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01162>
5. Klass M., Rogers K., Dorstyn D., Kneebone I. I. Posttraumatic growth after stroke: a systematic review and meta-regression. *Disability and Rehabilitation*. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638288.2025.2540070>
6. Lezak M. D., Howieson D. B., Bigler E. D., Tranel D. *Neuropsychological Assessment*. 5th ed. New York : Oxford University Press, 2012.
7. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9, № 3. P. 455–471. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF02103658>
8. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*. 2004. Vol. 15, № 1. P. 1–18. DOI: https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
9. Солодчук С. Є. Резильєнтність і посттравматичне зростання: два шляхи подолання негараздів. Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це. 2025. С. 70.

Дата першого надходження статті до видання: 18.03.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 22.04.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 29.05.2026