МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **СТРАТЕГІЇ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ЯК ЧИННИК ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ СПОРТИВНОЇ ТРАВМИ**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 7.С4.25
спеціальності С4 – Психологія
освітньо-професійної програми: Психологія
Соболь Лідія Валеріївна
Керівник: канд. психол. наук, доцент кафедри психології Мосол Н.О.
Рецензент: канд. психол. наук, доцент кафедри психології Малина О.Г.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Спеціальність С4 Психологія
Освітньо-професійна програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
в.о. завідувача кафедри психології
канд. психол. наук, доцент Н.О. Губа
_____
«____»_____2026 р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Соболь Лідії Валеріївні

1. Тема роботи Стратегії емоційної регуляції як чинник психологічної адаптації спортсменів після спортивної травми
керівник роботи Мосол Н. О., канд. психол. наук, доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «25» 09 2026 року № 1322-с
2. Строк подання студентом роботи ___16.10.2026_____
3. Вихідні дані до роботи аналіз спортивної психологічної літератури.
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз проблеми посттравматичного дистресу спортсменів; розглянути сутність і специфіку стратегій емоційної регуляції та феномен кінезіофобії в їхньому взаємозв'язку з адаптацією в посттравматичний період; емпірично дослідити прояви стратегій когнітивної регуляції емоцій, рівень кінезіофобії та показники соціально-психологічної адаптованості спортсменів; встановити взаємозв'язок стратегій емоційної регуляції й кінезіофобії з адаптованістю та визначити їхню предиктивну роль; розробити психологічні рекомендації.
5. Перелік графічного матеріалу: -.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Мосол Н. О., доцент		
Розділ 1	Мосол Н. О., доцент		
Розділ 2	Мосол Н. О., доцент		
Висновки	Мосол Н. О., доцент		

7. Дата видачі завдання ____2026 рік_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2026 р.	
2	Робота над вступом	березень 2026 р.	
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2026 р.	
4	Робота над другим розділом	червень – серпень 2026 р.	
5	Написання висновків	вересень 2026 р.	
6	Передзахист	жовтень 2026 р.	
7	Нормоконтроль	листопад 2026 р.	

Студентка _____ Л. В. Соболь

Керівник роботи _____ Н. О. Мосол

Нормоконтроль пройдено
Нормоконтролер _____ А. О. Неманежина

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 71 сторінка, 69 джерел, 5 додатків.

Об’єкт дослідження: процес соціально-психологічної адаптації кваліфікованих спортсменів у посттравматичний період відновлення.

Предмет дослідження: стратегії емоційної регуляції та кінезіофобія як предиктори соціально-психологічної адаптованості спортсменів після травм опорно-рухового апарату.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити роль стратегій емоційної регуляції як чинника соціально-психологічної адаптації спортсменів після травм опорно-рухового апарату.

Гіпотеза дослідження: активне використання конструктивних когнітивних дій підвищує рівень загальної адаптації, тоді як домінування фіксації на негативних переживаннях і стримування емоційної експресії спричиняє дезадаптивні зсуви в емоційній сфері.

Методи дослідження: теоретичні: теоретичний аналіз наукових джерел; емпіричні: анкетування, опитування, тестування, статистичні: описова статистика.

Наукова новизна: здійснено комплексний аналіз взаємозв’язку стратегій емоційної регуляції, кінезіофобії та адаптованості спортсменів після травм; встановлено саногенну функцію когнітивного планування й позитивної переоцінки та дезадаптивний вплив експресивного пригнічення і румінацій; розроблено практичні рекомендації з психологічного супроводу реабілітації травмованих спортсменів.

Галузь використання: спортивна та реабілітаційна психологія, психологія спорту вищих досягнень, фізична та реабілітаційна медицина.

ЕМОЦІЙНА РЕГУЛЯЦІЯ, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ПЕРІОД, СПОРТИВНА ТРАВМА, КІНЕЗІОФОБІЯ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ, ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ.

SUMMARY

Sobol L. V. Emotion regulation strategies as a factor of psychological adaptation of athletes in the post-injury period.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusions, References (69 items, 58 of foreign origin), 5 appendices on 11 pages. The qualifying work volume is 89 pages long, 71 of them – main text.

The qualifying work provides a theoretical survey and describes the empirical research on cognitive emotion regulation strategies, expressive suppression, and kinesiophobia as predictors of socio-psychological adaptation of athletes recovering from musculoskeletal injuries. The master's thesis is composed of 3 chapters, each of them dealing with a different aspect of the problem.

The research object: the process of socio-psychological adaptation of qualified athletes in the post-injury rehabilitation period.

The research subject: cognitive and emotional regulation strategies, kinesiophobia, and their predictive role in the socio-psychological adaptation of athletes following musculoskeletal injuries.

The research goal: to substantiate theoretically and investigate empirically the role of emotion regulation strategies as a factor of socio-psychological adaptation in athletes following musculoskeletal injuries, to determine the predictive potential of regulation mechanisms and kinesiophobia, and to develop practical recommendations for psychological support during rehabilitation.

The research tasks are: 1) To carry out a theoretical and methodological analysis of athletic injury, post-traumatic distress, emotion regulation mechanisms, and the phenomenology of kinesiophobia in sports activity. 2) To reveal the psychological content of athletic identity as a vulnerability factor in acute crisis reactions to somatic trauma. 3) To form and standardize a psychodiagnostic complex for assessing cognitive regulation strategies, emotional control styles, kinesiophobia levels, and adaptation parameters of qualified athletes. 4) To investigate empirically the manifestation of emotion regulation strategies,

movement fear, and socio-psychological adaptation parameters across gender groups. 5) To establish the nature of the relationships between adaptive/maladaptive emotion regulation strategies, kinesiophobia, and adaptation characteristics of athletes. 6) To build a multifactor regression model of athletes' adaptation and determine the relative weight of leading predictors in post-injury recovery. 7) To develop scientifically grounded practical recommendations for stage-by-stage psychological support for athletes during rehabilitation.

Chapter 1 «Theoretical foundations of emotion regulation and adaptation of athletes in the post-injury period» provides a theoretical analysis of athletic trauma as a crisis, examines the cognitive-affective stress model, the process model of emotion regulation, the structure of athletic identity, and the phenomenology of kinesiophobia as a rehabilitation barrier.

Chapter 2 «Methodological and organizational foundations of the study of athletes' emotion regulation in the post-injury period» substantiates the research strategy, presents sample characteristics (42 qualified athletes), describes the standardized psychodiagnostic tools (CERQ, ERQ, TSK-11, SPA by C. Rogers and R. Dymond), details the empirical procedure, and specifies mathematical-statistical methods.

Chapter 3 «Empirical study of emotion regulation strategies, kinesiophobia, and adaptation features of athletes in the post-injury period» presents descriptive statistics and gender differences, explores the correlation matrix, tests the regression model revealing the key roles of planning, kinesiophobia, and expressive suppression, and a psychological support and mental imagery interventions.

Key words: emotion regulation, post-injury period, athletic injury, kinesiophobia, socio-psychological adaptation, psychological rehabilitation.

ЗМІСТ

ВСТУП 8

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ ТРАВМИ 12

1.1. Психологічні особливості адаптації спортсменів у посттравматичний період 12

1.2. Стратегії емоційної регуляції як чинник подолання критичних ситуацій у спорті 25

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СПОРТСМЕНІВ У ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ПЕРІОД 44

2.1. Обґрунтування стратегії емпіричного дослідження та її відповідність теоретичним положенням 44

2.2. Загальний опис психодіагностичних методик, процедура збору даних та методи статистичної обробки 47

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЙ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ СПОРТИВНОЇ ТРАВМИ 51

3.1. Особливості прояву стратегій емоційної регуляції, кінезіофобії та параметрів соціально-психологічної адаптації спортсменів 51

3.2. Дослідження кореляційних зв'язків стратегій регуляції емоцій, кінезіофобії та показників адаптації спортсменів 55

3.3. Практичні рекомендації щодо організації психологічного супроводу та розвитку адаптивних стратегій емоційної регуляції у спортсменів у процесі реабілітації 58

ВИСНОВКИ 69

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 72

ДОДАТКИ 79

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасний спорт вищих досягнень характеризується перманентною інтенсифікацією навантажень та високим рівнем травматизму опорно-рухового апарату, наслідки якого нерідко призводять до передчасного завершення кар'єри атлетів.

Спортивна травма виходить за межі суто анатомічного ушкодження та постає кризовою подією, що руйнує звичний життєвий континуум спортсмена. Вона породжує сенсорно-моторний дефіцит, соціальну ізоляцію від команди та загрозу деконструкції спортивної ідентичності, трансформуючи фізичний дефект у соціопсихічну дезадаптацію, тривогу й реактивну депресію.

Стрижневим бар'єром на шляху реабілітації є феномен кінезіофобії – ірраціонального страху перед рухами через очікування повторного болю чи ушкодження. Кінезіофобія запускає «замкнене коло неактивності»: страх провокує захисний спазм м'язів і моторне уникнення, що знижує фізичні кондиції та підвищує ризик ретравматизації навіть за умови анатомічного одужання.

Ключовим чинником подолання цієї кризи виступає система емоційної саморегуляції. Якщо саногенні стратегії (когнітивна переоцінка, фокус на плануванні, прийняття) структурують процес одужання та мобілізують ресурси, то дезадаптивні патерни (румінації, катастрофізація, експресивне пригнічення) підсилюють страх рухів і гальмують адаптацію. Необхідність подолання дефіциту емпіричних досліджень взаємозв'язку когнітивної регуляції, кінезіофобії та адаптованості атлетів зумовила вибір теми роботи.

Короткий аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема психологічного супроводу травмованих спортсменів та концептуалізації феномену стресу спирається на ґрунтовну теоретико-методологічну базу. Патофізіологічні та адаптаційні аспекти функціонування організму в умовах екстремальних навантажень розкриті у працях В. Платонова, П. Ренстрема, R. Bahr, W. van Mechelen.

Закономірності виникнення та протікання спортивного травматизму крізь призму взаємозв'язку «стрес–травма» концептуалізовано у класичній когнітивно-афективній моделі М. Андерсена та Дж. Вільямса (M. Andersen, J. Williams), де стрес-реакція розглядається як динамічний результат когнітивної інтерпретації вимог середовища. Вплив ексклюзивної спортивної ідентичності на тяжкість переживання травми, ризик реактивної депресії та втрати «образу Я» експериментально верифіковано в дослідженнях B. Brewer, J. Andersen, L. Van Raalte, A. Petitpas, S. Danish, C. Lally та T. Ponomaryova.

Теоретичні основи когнітивної регуляції емоцій закладені у процесуальній моделі Дж. Гросса (J. Gross, O. John), яка диференціює регуляторні акти на випереджувальну когнітивну переоцінку та ресурсозатратне експресивне пригнічення. Специфікація внутрішньоособистісних когнітивних механізмів подолання стресу здійснена Н. Гаранефскі, В. Краай та П. Спінховеном (N. Garnefski, V. Kraaij, P. Spinhoven) шляхом розробки дев'ятивекторної моделі когнітивної регуляції (CERQ). Концептуалізація ірраціонального страху перед рухами та болем (феномену кінезіофобії) представлена в роботах R. Miller, S. Kori, а також у дослідженнях S. R. Woby, S. Sheinbein, L. Podlog, які розкривають руйнівну дію кінезіофобії на процес повернення спортсменів до змагань після операцій на зв'язковому апараті.

Серед вітчизняних науковців вагомий внесок у дослідження психоемоційної стабільності, стресостійкості та саморегуляції спортсменів зробили О. Бойко, В. Бодров, О. Гета, О. Гринь, Г. Зора, О. Писаренко, О. Савченко, О. Федорова, О. Яцук.

Об’єкт дослідження: процес соціально-психологічної адаптації кваліфікованих спортсменів у посттравматичний період відновлення.

Предмет дослідження: стратегії емоційної регуляції та кінезіофобія як предиктори соціально-психологічної адаптованості спортсменів після травм опорно-рухового апарату.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити роль стратегій емоційної регуляції як чинника соціально-психологічної адаптації спортсменів після травм опорно-рухового апарату, визначити предиктивний потенціал регуляторних механізмів і кінезіофобії та розробити рекомендації психологічного супроводу процесу посттравматичної реабілітації.

Гіпотези дослідження:

1. Активне використання конструктивних когнітивних дій підвищує рівень загальної адаптації, тоді як домінування фіксації на негативних переживаннях і стримування емоційної експресії спричиняє дезадаптивні зсуви в емоційній сфері.

2. Зростання інтенсивності страху перед рухом закономірно знижує емоційний комфорт і загальну адаптованість атлетів, а також прямо стимулюється схильністю до нав'язливого мисленнєвого повернення до обставин отримання травми.

3. Підсумковий рівень соціально-психологічної адаптованості спортсменів прогнозується взаємодією адаптаційного ресурсу раціонального планування дій та деструктивного впливу рухового страху і стримування емоційної експресії.

Завдання дослідження:

1) Здійснити теоретико-методологічний аналіз феномену спортивної травми, посттравматичного дистресу, механізмів емоційної регуляції та феноменології кінезіофобії у спортивній діяльності.

2) Розкрити психологічний зміст спортивної ідентичності як фактора вразливості та схильності атлетів до гострих кризових реакцій у разі соматичного ушкодження.

3) Сформувати та стандартизувати комплекс психодіагностичних методик для емпіричного вивчення стратегій когнітивної регуляції, стилів контролю емоцій, рівня кінезіофобії та критеріїв адаптованості кваліфікованих спортсменів.

4) Емпірично встановити особливості прояву та ієрархію регуляторних стратегій, вираженість страху рухів і параметри соціально-психологічної адаптації у вибірці травмованих спортсменів, диференціювавши їх за гендерною ознакою.

5) Дослідити кореляційні взаємозв'язки між саногенними/дезадаптивними стратегіями емоційної регуляції, кінезіофобією та адаптаційними характеристиками особистості атлета.

6) Розробити рекомендації щодо організації диференційованого психологічного супроводу атлетів на різних етапах реабілітаційного циклу.

Методи дослідження: Опитувальник когнітивної регуляції емоцій (CERQ), Опитувальник емоційної регуляції (ERQ), Шкала кінезіофобії Тампа (TSK-11) та Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (СПА) К. Роджерса і Р. Даймонд.

Наукова новизна та практичне значення дослідження: здійснено комплексний аналіз взаємозв’язку стратегій емоційної регуляції, кінезіофобії та адаптованості спортсменів після травм; встановлено саногенну функцію когнітивного планування й позитивної переоцінки та дезадаптивний вплив експресивного пригнічення і румінацій; визначено специфіку кінезіофобії як фактора гальмування реабілітації; розроблено практичні рекомендації з психологічного супроводу реабілітації травмованих спортсменів.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ ТРАВМИ

1.1. Психологічні особливості адаптації спортсменів у посттравматичний період

У межах концепцій «Я-концепції» та теорії ідентичності особистісне самовизначення розглядається як складна багаторівнева конфігурація, що синтезує когнітивні репрезентації та емоційне ставлення індивіда до самого себе крізь призму різноманітних соціальних статусів, поведінкових контекстів і життєвих умов. У соціокультурному просторі, де результативність на спортивній арені наділяється надвисокою цінністю та заохочується, особистісний розвиток багатьох атлетів спрямовується на кристалізацію домінуючої, а подекуди абсолютно монопольної спортивної ідентичності [36]. Цей феномен детермінується спортивною психологією як інтенсивність і рівень категоричності, з якими суб'єкт ототожнює власну особистість суто зі спортивною діяльністю. Спортсмени з гіпертрофованою спортивною ідентичністю поступово звикають вимірювати власну особистісну гідність і самоповагу виключно мірою змагальної успішності. Переконаність у тому, що позитивна самооцінка прямо залежить від поточних спортивних результатів, лише цементується в міру просування атлета до категорій вищої майстерності [14; 36].

У наукових розвідках спортивна ідентичність концептуалізується у двох взаємодоповнюючих вимірах – як когнітивна схема та як інтегральна соціальна роль. Когнітивний підхід акцентує на тому, що цей конструкт виступає фільтром для перцепції зовнішніх стимулів, детермінує мобілізацію копінг-ресурсів та спрямовує поведінкові реакції таким чином, щоб вони максимально відповідали статусу атлета. У соціальному вимірі спортивна

ідентичність живиться та стабілізується через систему контактів усередині спортивної субкультури. Зокрема, індивід із вираженою орієнтацією на спорт оточує себе референтною групою спортивних однодумців, що вторинно підкріплює і консервує відповідну рольову модель. Медіаторами, які регулюють рівень вираженості цього типу ідентичності, виступають суб'єктивна інтерпретація власного змагального бекграунду та рівень персональної самоефективності, що калібруються відносними тріумфами або поразками на змаганнях [19; 36].

Формування вираженої спортивної ідентичності традиційно бере початок із дитячо-юнацького віку, адже розвиток природного потенціалу, хронічний дефіцит вільного часу та висока самовіддача вимагають міцного мотиваційного стрижня й психологічної впевненості. Водночас дослідження Б. Макферсона [14; 40] засвідчують, що тяжіння до безроздільного ототожнення себе зі спортом значною мірою стимулюється масштабними інвестиціями, системними вимогами та прихованим тиском із боку батьків та найближчого родинного кола. Батьківські фігури, члени сім'ї та наставники вкладають колосальний часовий і психоемоційний ресурс у шліфування спортивних здібностей дитини, що потужно форсує інтерналізацію спортивної ролі. Особливо виразно в спорті вищих досягнень проявляється тотальна залученість батьків: сімейний графік, бюджет і структура соціальних контактів фактично підпорядковуються спортивному календарю атлета.

Емпіричні дані свідчать про те, що сильна спортивна ідентичність за сприятливих умов корелює з низкою позитивних психологічних маркерів, серед яких: висока спортивна відданість, гармонійне сприйняття власної тілесності, знижений рівень повсякденної тривожності, розширення кола партнерських взаємодій, впевненість у власних силах, стабільна самооцінка та формування довгострокової мотивації до фізичної активності [31]. Разом із тим значний масив наукових спостережень доводить зворотне: надмірна концентрація на спортивній ролі тягне за собою серйозні дезадаптивні наслідки для психіки [14; 24].

Ексклюзивна спортивна самоідентифікація нерідко зумовлює широкий спектр патологічних поведінкових проявів, як-от синдром перетренованості, нав'язливий дистрес у періоди вимушеного спокою, порушення харчової поведінки та вдавання до психоактивних стимуляторів. Більше того, монопольна спортивна ідентичність асоціюється з погіршенням фізичного стану, зниженням психоемоційного благополуччя, суб'єктивною самотністю, а також затримкою академічного зростання, кар'єрною інфантильністю та проявами гіпермаскулінності, яка блокує своєчасне звернення за психологічною або медичною допомогою. У період після завершення виступів висока значущість ролі спортсмена спричиняє глибоку кризу адаптації до травматизації та завершення кар'єри: індивіди, які ігнорували формування альтернативних життєвих сценаріїв, зазнають важкого перехідного дистресу та значно довше проходять соціалізацію в цивільному житті [14; 24; 52].

Теоретичним фундаментом для розуміння цих реакцій є соціально-когнітивна концепція реактивної депресії Дж. Оутлі та Дж. Болтона, яка стверджує, що депресивні стани маніфестують тоді, коли руйнуються соціальні ролі, які слугували для особистості єдиним мірилом власної значущості, за умови браку компенсуючих джерел самоповаги. Іншими словами, крах діяльності, навколо якої будувалося все уявлення про власне «Я», неминуче індукує афективне пригнічення. Б. Брюер зі співавторами [24] перевірили цю теоретичну тезу на вибірках спортсменів, реалізувавши серію з чотирьох досліджень для аналізу зв'язку між рівнем спортивної ідентичності та депресивними переживаннями після ушкоджень.

Результати всіх чотирьох серій експериментів підтвердили: жорстка монолітна спортивна ідентичність прямо корелює з гостротою депресивної відповіді на фізичну травму. Зокрема, у першому дослідженні висока спортивна ідентичність супроводжувалася суб'єктивним пригніченням у студентів, яким пропонували уявити тяжку травму з фатальним завершенням виступів. У другому дослідженні цей параметр позитивно корелював із

симптомами депресії у відповідь на уявну травму, що перекреслює спортивне майбутнє, і водночас виявляв негативний зв'язок із переживаннями щодо академічної неуспішності у студентській вибірці. У третьому та четвертому дослідженнях показник спортивної ідентичності виступив статистично значущим предиктором вираженості реального депресивного стану серед травмованих спортсменів на різних етапах реабілітації.

Аналогічні висновки робить підхід С. Лерча до переживання горя крізь призму неперервності ідентичності (identity continuity grief perspective), який наголошує, що здорова архітектура особистості має бути полімодальною та багатовимірною. Іншими словами, моноцентрична фіксація стає психологічною пасткою через недорозвиненість інших життєвих ролей. Як наслідок, спортивна травма спричиняє набагато глибший деструктивний вплив на атлета з високим рівнем спортивної ідентичності, провокуючи масштабну руйнацію всієї структури «Я». Звуження особистісного простору до єдиної ролі нерозривно пов'язане з емоційною нестабільністю, труднощами соціальної взаємодії, паралічем ухвалення рішень та цілковитою неготовністю до самореалізації поза межами спортивної системи [53].

Сучасний спорт вищих досягнень являє собою специфічну сферу людської діяльності, яка функціонує в режимі безперервного нарощування обсягів інтенсивності тренувального процесу, систематичного використання граничних соматичних можливостей організму та постійних психоемоційних перенавантажень. Провідні фахівці у галузі теорії спорту та спортивної підготовки [1; 8] одностайно наголошують: за таких екстремальних умов спортивний травматизм перестав бути поодиноким випадковим інцидентом і перетворився на перманентний деструктивний чинник. Найвищий рівень травматизації спостерігається у контактних, ігрових та технічно складних видах спорту – хокеї, футболі, гандболі, водному поло, спортивній гімнастиці, а також у різноманітних спортивних єдиноборствах. Емпіричний досвід свідчить про те, що наслідки важких ушкоджень передчасно руйнують кар'єру від 60% до 70% елітних спортсменів, знецінюючи їхню багаторічну

напружену працю як у соматичному, так і в морально-психологічному аспектах [2].

Генезис спортивного травматизму тісно пов'язаний не лише з механічними навантаженнями, а й із функціонуванням глибоко вкоріненої нормативної системи – так званої «культури ризику» або специфічної «спортивної етики» [53]. У межах цієї субкультури атлетів із ранніх етапів спортивної соціалізації виховують у переконанні, що поступки болю, страх фізичного ушкодження та відмова від продовження боротьби є категорично неприйнятними моделями поведінки. Спортсмен зобов'язаний демонструвати безумовну жертовність і готовність «платити ціну» за сам факт перебування у спорті. У низці сучасних досліджень толерантність до болю та готовність ризикувати здоров'ям прямо пов'язуються з домінуючими соціокультурними концептами мужності [14]. Хлопчиків із дитинства орієнтують на наполегливість, агресивність, непохитність і фізичну та духовну силу. Таким чином, спорт вищих досягнень віддзеркалює культуру, для якої притаманний аномально високий рівень прийняття соматичної небезпеки [53].

Зі зростанням спортивної майстерності та залученості до тренувань спостерігається закономірне збільшення частоти як гострих травм, так і хронічних патологій, спровокованих фізичним перенапруженням. Будь-яке ушкодження вимагає не лише медико-хірургічного протоколу, а й ретельного врахування психологічних маркерів, адже цілісне розуміння етіології травми та характеру реабілітації можливе лише за умови інтегративного аналізу фізіологічних і ментальних конструктів [32].

У системі спортивної науки феномен спортивної травми посідає міждисциплінарне місце, поєднуючи ортопедо-хірургічні, біомеханічні, патофізіологічні та соціально-психологічні виміри. Традиційне біомедичне тлумачення, що зводило травму виключно до структурно-анатомічного ушкодження тканин, на сучасному етапі розвитку наукового знання визнається методологічно обмеженим. У спорті вищих досягнень будь-яке фізичне ушкодження розгортається в межах цілісної системи особистісного

функціонування атлета, виступаючи критичною подією, яка трансформує соматичний статус, психоемоційний гомеостаз та соціальну позицію індивіда.

У класичній вітчизняній теорії та методиці спорту спортивна травма інтерпретується як раптове або кумулятивне порушення анатомічної цілісності тканин чи функціонального стану органів і систем організму, яке виникає внаслідок впливу механічних, термічних або фізичних чинників, що перевищують межу фізіологічної міцності структур опорно-рухового апарату, безпосередньо під час навчально-тренувального процесу чи офіційних змагальних стартів [8; 9]. Механічний фактор у даному контексті постає як екстремальне динамічне перевантаження, кінетична енергія якого спричиняє деформацію тканин із виходом за рамки їхньої біологічної еластичності.

Разом із тим, у світовій спортивній епідеміології та психології травми усталилося функціонально-операційне визначення, розроблене експертною групою під керівництвом В. ван Мехелена та затверджене Радою Європи [62]. Згідно з цією консенсусною моделлю, під спортивною травмою слід розуміти будь-яку соматичну патологію чи ушкодження опорно-рухового апарату, отримане спортсменом під час тренувальної або змагальної діяльності, що відповідає щонайменше одному з таких об’єктивно верифікованих критеріїв:

1. необхідність невідкладного надання спеціалізованої медичної або хірургічної допомоги чи звернення за фаховими реабілітаційними послугами;
2. повне припинення або істотне вимушене скорочення тривалості поточного тренувального заняття чи змагального виступу;
3. настання тимчасової непрацездатності, що тягне за собою відсторонення атлета від повноцінної спортивної участі щонайменше на 24 години, починаючи з дня, наступного за моментом отримання ушкодження [23; 62].

Фундаментальне значення для подальшого психологічного аналізу має класифікація спортивних ушкоджень за механізмом виникнення, часовою динамікою та характером етіологічного фактора [9; 17]. У спортивній травматології традиційно виокремлюють дві генералізовані категорії:

– Гострі спортивні травми (макротравми / acute injuries): являють собою результат одномоментного, раптового високоінтенсивного механічного впливу, локалізованого в часі та просторі. Вони провокуються прямим контактним впливом (зіткнення з суперником, удар спорядженням, контакт із бортом арени) або неконтактними біомеханічними збоями (раптова ротація кінцівки при зафіксованій стопі, гіперекстензія суглоба, зрив траєкторії приземлення після стрибка). До структури гострих травм відносять переломи кісток, вивихи суглобів, субтотальні та тотальні розриви зв'язкового апарату (зокрема передньої хрестоподібної зв'язки – ПХЗ, ахіллового сухожилля), гострі міофасціальні розриви. У психологічному вимірі гостра травма переживається за механізмом шокової психотравми: вона руйнує просторово-часову організацію діяльності раптово, супроводжується гострим больовим шоком, раптовою втратою опороздатності та афективним потрясінням через миттєве усвідомлення краху найближчих змагальних планів.

– Кумулятивні травми від хронічного перенавантаження (мікротравми / overuse injuries): розгортаються поступово внаслідок циклічного впливу підпорогових механічних навантажень, які самі по собі не здатні порушити цілісність тканини, проте за умов недостатнього періоду біологічної репарації спричиняють прогресуючу дегенерацію волокон [16]. До цієї когорти належать стресові переломи трубчастих кісток, тендинопатії різної локалізації, плантарні фасциїти, періостити («шинсплінти»), хронічні ентезопатії.

Специфіка хронічних мікропошкоджень полягає в їхній підступній клінічній картині: тривалий час спортсмен продовжує тренуватися, застосовуючи фармакологічне знеболення та пригнічуючи суб'єктивні відчуття дискомфорту, що посилює вегетативне виснаження й хронічний психологічний дистрес задовго до настання тотальної рухової недієздатності [47].

У світовій практиці спортивного моніторингу суттєву роль відіграє стратифікація травм за ступенем клінічної важкості та тривалістю випадання зі спортивної діяльності, стандартизована Національною системою реєстрації спортивних травм США (National Athletic Injury Reporting System – NAIRS) та підтверджена сучасними епідеміологічними протоколами Міжнародного олімпійського комітету [57]:

- Легкі ушкодження (Minor injuries): функціональні обмеження мають мікроструктурний характер (забої, розтягнення зв'язок I ступеня, мікронадриви м'язів); вимагають симптоматичної терапії та виключають спортсмена з повноцінного тренувального процесу на період від 1 до 7 діб. Психоемоційні зрушення в даному випадку зазвичай обмежуються ситуативним роздратуванням і не зачіпають глибинні пласти «Я-концепції».
- Ушкодження середнього ступеня важкості (Moderate injuries): часткові розриви зв'язок і м'язових сухожиль II ступеня, неповні вивихи, пошкодження суглобових менісків без блокад; регламентують відсторонення від змагальної та спеціальної тренувальної активності на термін від 8 до 21-28 діб. Цей період вимагає спеціалізованого реабілітаційного супроводу та активізує адаптивні ресурси когнітивної переоцінки.
- Важкі спортивні травми (Severe injuries): повні розриви зв'язкових комплексів III ступеня, внутрішньосуглобові та багатоуламкові переломи, вивихи великих суглобів із порушенням капсульно-зв'язкового апарату, пошкодження хребта чи черепно-мозкові травми. Вони супроводжуються необхідністю інвазивних хірургічних операцій (артроскопічна аутопластика зв'язок, металоостеосинтез), тривалим періодом повної постільної чи іммобілізаційної депривації та спеціалізованим відновленням, що триває від 1 до 6-12 місяців, а інколи й довше [29; 51].

Саме тяжка та середньотяжка спортивна травма виступає в психологічній площині повноцінною кризовою, психотравмуючою подією екстремального генезу. Відбувається якісний стрибок: фізичний дефект трансформується у соціопсихічну дезадаптацію. Руйнується базовий

конструкт психологічного благополуччя атлета – стабільність рухового контролю та соматична впевненість у власному тілі, яке раніше слугувало бездоганним інструментом самовираження й домінування.

Згідно з біопсихосоціальним підходом до спортивної реабілітації [24], спортивна травма вводить спортсмена в ситуацію багатовимірного дефіциту:

- сенсорно-моторний дефіцит (хронічний біль, втрата кінестетичної координації, захисна гіпотрофія м'язів);
- соціально-рольовий дефіцит (випадання з мікроклімату команди, фізична відстороненість від спортивного клубу, депривація схвалення з боку тренера та спортивної спільноти);
- екзистенційний дефіцит (раптова втрата провідного сенсоутворюючого виду діяльності, що загрожує повним розмиванням спортивної ідентичності).

За таких умов біль перестає бути лише сигналізатором пошкодження тканин – він набуває психологічного забарвлення, перетворюючись на тригер тривоги, кінезіофобії [69] та катастрофізації власного майбутнього. Таким чином, спортивна травма як об'єктивна категорія являє собою не ізольовану соматичну подію, а складний психосоматичний вузол, у якому характер перебігу фізичного відновлення безпосередньо обумовлюється специфікою внутрішньої картини хвороби, зрілістю емоційної саморегуляції та здатністю атлета когнітивно переосмислити кризову ситуацію.

Фактори схильності до травматизму в спортивній психології традиційно поділяють на зовнішні та внутрішні. До них належать хронологічний вік, стать, перелік і характер попередніх травм, антропометричні параметри, анатомічні та біомеханічні особливості опорно-рухового апарату, стан аеробної витривалості й сили м'язів, фізіологічні показники, психосоціальне середовище та загальні інтелектуальні ресурси [16; 22; 23]. Психологічний вимір є одним із наріжних каменів реабілітації: він включає психологічні змінні як предиктори виникнення ушкодження, первинну психічну реакцію атлета на травму, адаптаційні

аспекти реабілітаційного циклу та психологічну готовність до повернення на змагальну арену. Як відносно незначні корективи в спортивній поведінці можуть кардинально змінювати результат виступів, так само незначні зрушення в психологічному стані суттєво модифікують перебіг одужання [23; 56].

Дослідження взаємозв'язку між психікою та травматизмом демонструють, що атлети, які перебувають під дією високого рівня стресу, мають статистично вищу вірогідність отримання травми [42]. Якщо у ранніх теоретичних спробах описувалися типи так званих «схильних до травм спортсменів» через призму внутрішньоособистісних конфліктів, тривожності, почуття провини, субклінічної депресії та низької впевненості у собі, то фундаментальне об'єднання цих уявлень було здійснено у моделі стресу та спортивної травми М. Андерсена та Дж. Вільямса [13]. Автори концептуалізували стрес-реакцію як динамічний результат двонаправленого реципрокного зв'язку між когнітивною інтерпретацією атлетом потенційно стресових факторів навколишнього середовища та внутрішніми фізіологічними й уважними компонентами стресу, які перманентно змінюють один одного. Ця модель детально експлікує зв'язок між спортивною історією, вразливістю до травм та емоційними порушеннями, обґрунтовуючи необхідність своєчасних психологічних інтервенцій для запобігання ушкодженням та оптимізації реабілітації [10; 13].

Вплив стресових чинників залежить від сили їх прояву. У науковій літературі виділяють три рівні інтенсивності стресу.

Слабкий стрес викликає помірну функціональну мобілізацію систем організму, не провокує деструктивних зрушень у психічному стані та протікає без патологічних соматичних і фізіологічних змін.

Середній стрес супроводжується відчутними, здебільшого суб'єктивно сприятливими змінами соматичного й ментального тонусу – зростає організованість, концентрація уваги, цілеспрямованість і загальна працездатність (виникає специфічний оптимізований стан свідомості високої координації дій).

Сильний стрес характеризується тотальним розладом фізичних, вегетативних та вищих психічних функцій, супроводжується болісними відчуттями, розладами когнітивної обробки інформації та суттєвим падінням довільного контролю за виконанням рухових актів [10].

Коли стресова перенапруга завершується фізичним ушкодженням, тілесна травма спричиняє потужний психотравмуючий стрес, наслідки якого зберігаються тривалий час після завершення тканинного одужання [2; 5]. Спортивна травма нерідко виступає тригером посттравматичного синдрому. Виникнення ПТС пов'язане з подіями екстремального характеру, які виходять за межі буденного досвіду людини та провокують стан глибокого жаху, болю й безпорадності. ПТС постає як закономірна реакція здорової психіки на патологічну ситуацію, проте в спортивній діяльності можливості подолання цього стресу залишаються недостатньо висвітленими [4].

Динаміка переживання травми значною частиною дослідників описується через призму стадійної моделі горя Е. Кюблер-Росс [10]:

- Фаза заперечення: шоковий стан, за якого спортсмен відмовляється вірити у факт настання ушкодження;
- Фаза гніву: виникає після усвідомлення реальності обмежень і супроводжується агресивними емоційними реакціями;
- Фаза «укладання угоди»: характеризується спробами атлета знайти штучні пояснення чи способи обійти реальність терапевтичних приписів;
- Фаза депресії: настає за умов цілковитого розуміння масштабу травми, коли спортсмен усвідомлює неможливість участі у змаганнях, впадає в пригнічений стан і стикається з тотальною невизначеністю щодо власного майбутнього;
- Фаза сприйняття: формується тоді, коли атлет звільняється від депресивного стану, приймає наявні фізичні ліміти та повністю акумулює сили на відновленні рухових функцій.

Швидкість проходження цих фаз залежить від індивідуальних властивостей. Оскільки здоров'я в спорті виступає базовим капіталом і матеріальним благом, травматизація переживається як катастрофічна втрата, особливо коли унеможливлюється повернення до професійних виступів. Поряд із нормативним горем A. Petitpas та S. Danish [10; 56] описують ненормативні дезадаптивні відповіді: «втрату власного образу» (руйнацію спортивної ідентичності через випадання з активної боротьби) та катастрофічну втрату впевненості у своїх силах. Остання спричиняє зниження мотивації, формує рухову пасивність або провокує небезпечні компенсуючі перевантаження, які завершуються вторинними ушкодженнями.

Для значної когорти атлетів тренування виступають ключовим копінг-механізмом і каналом психологічної компенсації. Тому травма позбавляє їх звичного способу розвантаження, провокуючи афективний дистрес: смуток, відчуття самотності, дратівливість, фрустрацію, зміни харчової поведінки, стійку інсомнію та відчуження. Особливу загрозу несе маніфестація депресивних розладів, що поглиблюють емоційну дестабілізацію та безпосередньо гальмують соматичну регенерацію [32].

Глибина переживань у посттравматичний період регулюється сукупністю внутрішньоособистісних та контекстуальних чинників [3]:

1. Рівень домагань: високі домагання (наприклад, мета потрапити до складу збірної міста чи країни) посилюють тривожність у процесі реабілітації, проте стимулюють сильну мотивацію до одужання за умови, що ці домагання відповідають об'єктивним ресурсам атлета (що притаманно емоційно зрілим особистостям).

2. Фактор конкурентного середовища: присутність сильних візаві знижує впевненість у власному успіху після виходу з лазарету. Водночас страх втрати лідерського статусу змушує атлета замість відчаю максимально швидко повертати спортивні кондиції; якщо ж різниця в майстерності значна, емоційне напруження спадає.

3. Змагальний контекст: наближення дати важливого турніру посилює хвилювання, викликаючи бадьорість і мобілізацію при легких мікротравмах, але спричиняє депресію при тяжких пошкодженнях (чим вищий статус змагань, тим гостріша криза).

4. Специфіка спортивної дисципліни: в ігрових і командних видах спорту корпоративні зв'язки, спільні цілі та колективна відповідальність виступають захисним фактором, тоді як в індивідуальних дисциплінах відсутність зовнішньої командної опори загострює переживання ізоляції.

5. Спортивний досвід та вік: хоча загальна схема переживання травми є спільною, для досвідченого атлета ризик невиходу на колишній рівень викликає важку кризу екзистенційної втрати. Водночас юні спортсмени (14–18 років) реагують на травму значно емоційніше та менш зріло, ніж дорослі спортсмени. Крім того, схильність до гострого переживання травм є вищою серед наймолодших (10–19 років) та вікових спортсменів (понад 40 років), а також у спортсменок через їхню вищу від природи емоційну збудливість порівняно з чоловіками.

6. Рівень спортивної майстерності: рекреаційний спорт і аматорська рухова активність суттєво відрізняються від спорту високих досягнень, де на спортсмена додатково тиснуть вимоги спонсорів, очікування глядачів, медіа та контрактні зобов'язання [52].

Головними бар'єрами на етапі реабілітації називають тривогу рецидиву, страх не повернутися до пікових кондицій, відчуття ізольованості від команди, втрату ідентифікації з власною дисципліною та надлишковий тиск оточення, що продукує страх, гнів і тугу [51; 52]. Для ефективного психологічного супроводу необхідно систематично оцінювати: стресогенні фактори поза межами тренувального залу; тренувальні вимоги після повернення; змагальний тиск; анамнез попередніх травматичних епізодів та інформаційно-публічний пресинг медіа й соціуму.

Ключовим фактором подолання травматичного стресу виступають копінг-ресурси спортсмена. У вітчизняній школі психології праці

В. А. Бодров пропонує диференціювати поняття «резерв» і «ресурс»: категорія резерву стосується базових соматичних і фізіологічних можливостей організму, тоді як категорія ресурсу охоплює особливості енергетичних та інформаційних процесів, рівень адаптивності та надійність професійно орієнтованих функцій суб'єкта. У спорті вищих досягнень ці ресурси розглядаються як чинники блокування емоційного вигорання [4] та когнітивні компоненти спортивної результативності.

За концепцією провідних фахівців із психології спортивної травми, структура копінг-ресурсів інтегрує:

- поведінкові патерни життєдіяльності (самодогляд, гігієна сну, збалансоване харчування);
- комплекс психологічних і ментальних навичок (довільний контроль думок, емоційна саморегуляція, розподіл і перемикання уваги);
- зовнішні фактори оточення, серед яких вирішальну роль відіграє соціальна підтримка [14].

Спортивна травма неминуче породжує ситуацію емоційної дезорганізації, за якої соціальна підтримка виступає потужним регулятором афективної відповіді на ушкодження [36; 40]. Своєчасна актуалізація соціальної підтримки як зовнішнього копінг-ресурсу дозволяє оптимізувати емоційний стан атлета, купірувати дистрес, стимулювати мотивацію до реабілітаційних заходів та зміцнити дисципліну дотримання лікувального плану [39], що є передумовою успішної психологічної адаптації спортсмена.

1.2. Стратегії емоційної регуляції як чинник подолання критичних ситуацій у спорті

Когнітивна регуляція емоцій трактується як інтегрована система психічних процесів, за допомогою яких суб’єкт здійснює свідомий або автоматизований вплив на виникнення, суб’єктивну модальність, динаміку перебігу та форми зовнішньої маніфестації власних емоційних станів [37]. У

загальній архітектурі психічного функціонування особистості цей конструкт посідає провідне місце, оскільки виступає базисом для гнучкого реагування на дестабілізуючі фактори середовища та збереження довготривалого психологічного благополуччя.

Теоретичним фундаментом сучасних досліджень у цій галузі є процесуальна модель регуляції емоцій Дж. Гросса [37]. Учений концептуалізує емоційну регуляцію як динамічний часовий континуум, що розгортається крізь п’ять ключових етапів втручання: вибір ситуації, її модифікацію, розподіл уваги, когнітивну перебудову та модуляцію фінальної реакції. Зазначена концепція класифікує регуляторні механізми відповідно до хронології їх активації у структурі емоційного генезу та специфіки впливу на психічний стан.

У межах когнітивної регуляції традиційно акцентують увагу на трьох базових механізмах: когнітивній переоцінці (cognitive reappraisal), експресивному пригніченні (expressive suppression) та дислокації (перенаправленні) уваги (attentional deployment).

Когнітивна переоцінка реалізується шляхом свідомої трансформації суб’єктивної значущості емоціогенної події, що оптимізує когнітивні ресурси та гармонізує афективну відповідь [25]. Зміст цього процесу полягає в переосмисленні вихідного смислу ситуації задля нівелювання її деструктивного впливу на психіку ще до того, як афективна реакція остаточно сформується, розгорнеться на соматичному рівні та закріпиться в поведінці [50]. Висока результативність переоцінки обумовлена її раннім таймінгом: коригуючи інтерпретацію стимулу на початкових етапах його обробки, вона перевершує за адаптивністю регуляторні дії, що вмикаються на пізніх стадіях. Інструментальний репертуар переоцінки є варіативним: він охоплює реінтерпретацію обставин, зміну перцептивної точки зору, когнітивну нормалізацію подій або фокусування на конструктивних моментах у несприятливих умовах. Така полімодальність забезпечує високу пластичність і ресурсність переоцінки як адаптаційного механізму.

Натомість експресивне пригнічення (expressive suppression) зводиться до свідомого гальмування зовнішніх поведінкових проявів емоцій за умови збереження повноцінного внутрішнього психофізіологічного напруження. Ця дія належить до пізніх регуляторних актів, оскільки активується вже після виникнення цілісної емоційної реакції та фокусується винятково на маскуванні її експресивних компонентів [38]. Якщо переоцінка змінює сам зміст суб'єктивного переживання на етапі його зародження, то пригнічення впливає лише на фасадні поведінкові маркери, залишаючи ядро афекту незмінним. Психофізіологічні дані підтверджують специфічну інертність цього механізму: приховування зовнішньої міміки чи пантоміміки не полегшує внутрішній стан, а навпаки, здатне спричиняти парадоксальну симпатичну гіперактивацію вегетативної нервової системи [54]. Створюється стан внутрішнього розщеплення, коли за маскою зовнішнього самовладання приховується виражений вегетативний та афективний криз. Парадоксальність пригнічення полягає у формуванні суттєвої дисоціації між пережитим внутрішнім досвідом і зовнішнім образом індивіда, що провокує почуття відчуженості, втрату автентичності та загострення інтрапсихічних конфліктів. У довгостроковій перспективі систематичне стримування експресії веде до афектогенного виснаження через блокування природної соматичної та моторної розрядки. У професійній діяльності постійна опора на експресивне пригнічення достовірно корелює зі зростанням дистресу, професійним вигоранням та стійким падінням продуктивності.

Перенаправлення уваги (attentional deployment) передбачає довільну зміну перцептивного фокусу через відволікання від стресора, концентрацію на нейтральних характеристиках ситуації або вибіркову селекцію емоційно індиферентних компонентів досвіду [54]. Цей процес спирається на базову закономірність когнітивної психології: обмеженість ресурсу уваги, яким суб'єкт здатен свідомо керувати [27]. Увага виконує роль спрямованого променя, який вихоплює конкретні елементи зовнішнього середовища чи внутрішнього плану свідомості, занурюючи решту стимулів у тіньову зону;

модулюючи напрямок цього променя, людина здатна варіювати глибину та якість емоційного переживання. Стратегії перенаправлення уваги диференціюють на інтрапсихічні та екстрапсихічні. Внутрішньо орієнтовані практики охоплюють використання спрямованих ментальних уявлень, актуалізацію ресурсних позитивних спогадів, структурування внутрішнього діалогу або цілеспрямовану фантазійну активність. Дані прийоми набувають особливої ваги тоді, коли середовище виключає можливість фізичного дистанціювання від джерела напруження або коли уникнення стресової ситуації є неможливим. Водночас успішність інтрапсихічного перемикання вимагає розвиненого метакогнітивного контролю та здатності до вольової концентрації; для осіб, схильних до нав'язливої фіксації на труднощах, ці техніки можуть виявитися менш дієвими. Зовнішньо орієнтовані тактики базуються на фіксації уваги на матеріальних предметах навколо, виконанні алгоритмізованих дій або переході до практичної діяльності. Цей шлях зазвичай є більш операціональним і доступним, зокрема для осіб із недостатньо сформованими навичками інтроспективної саморегуляції. Зовнішнє відволікання може включати занурення в читання, моторну чи фізичну активність, сприйняття музики або комунікативну взаємодію. Психологічною основою перенаправлення уваги є спроможність суб'єкта довільно керувати фокусом сприйняття та перемикатися між різними вимірами власного досвіду [28]. Цей інструмент демонструє високу продуктивність при стримуванні слабких та помірних афективних коливань, проте може виявляти обмежену дієвість за умов екстремального емоційного перенапруження.

Усі схарактеризовані механізми (переоцінка, перенаправлення уваги, пригнічення) органічно інтегровані в процесуальну модель регуляції емоцій Дж. Гросса [37], яка виокремлює п'ять послідовних точок прикладання регуляторних зусиль:

1. Вибір ситуації: активний пошук середовища або проактивне уникнення обставин, здатних спровокувати небажані емоційні зрушення. Цей

крок відображає випереджувальну регуляцію, спрямовану на конструювання власного емоційного простору ще до зіткнення зі стресором.

2. Модифікація ситуації: цілеспрямована зміна безпосередніх параметрів ситуації для зниження її стресогенності. На відміну від первинного вибору, ця стратегія реалізується всередині вже наявного контексту через активне переформатування середовища.

3. Спрямування уваги: третя фаза за Гроссом, яка полягає у довільному управлінні вектором перцепції для модифікації емоційного відгуку. Вона охоплює зміщення фокусу з травмуючих тригерів на нейтральні або внутрішнє і зовнішнє відволікання від психогенного фактора.

4. Когнітивна зміна: четверта точка регуляції, зосереджена на смисловій трансформації значення події. Індивід переглядає власні інтерпретаційні схеми, розглядає проблему під іншим кутом або знаходить ресурсні сторони в тому, що сталося, що робить когнітивну зміну однією з найбільш зрілих і саногенних стратегій.

5. Модуляція реакції: кінцевий етап втручання, що впливає на вже розгорнуту емоційну відповідь. Типовим прикладом тут постає експресивне пригнічення – вольове глушіння мімічних та соматичних проявів емоцій. Даний акт здійснюється на пізніх фазах розгортання афекту, вимагає істотних психоенергетичних витрат і зазвичай характеризується меншою функціональністю, оскільки ніяк не трансформує саме суб’єктивне переживання.

Модель Гросса підкреслює, що часовий вектор втручання прямо визначає адаптивність використовуваного інструменту. Проактивні та ранні стратегії (вибір і зміна ситуації, спрямування уваги, когнітивна перебудова) дозволяють запобігти формуванню деструктивного афекту до набуття ним пікової сили. Пізні інтервенції (модуляція та пригнічення сформованої реакції) є ресурсозатратними й менш результативними, адже потребують інтенсивного придушення вже активованих нервово-гуморальних реакцій.

За нормативних умов когнітивна регуляція забезпечує адаптивну стійкість: зберігає інтрапсихічний гомеостаз, підтримує поведінкову гнучкість, знижує інтенсивність деструктивних почуттів і стимулює позитивні переживання, що підживлюють мотиваційну готовність суб'єкта. Зріла регуляторна система вирізняється контекстуальною мобільністю вибору стратегій, високою результативністю дій за мінімальних когнітивних навантажень, спираючись на чітке усвідомлення власного стану та корекцію засобів впливу відповідно до досвіду.

В умовах хронічного дистресу функціональність цієї системи істотно деградує. Виснаження когнітивного потенціалу, афективна гіперреактивність та патологічні мисленнєві автоматизми руйнують баланс між вольовим контролем та емоційними імпульсами. Відбувається зміщення репертуару в бік дисфункційних моделей: замість конструктивної переоцінки домінують нав'язливі румінації, а замість ефективного перемикання уваги виникає ригідна фіксація на джерелах страждання [66]. Особистість втрачає здатність до саногенного переосмислення, концентруючись на постійному пережовуванні проблем та катастрофізації їхніх наслідків. Можливість перемикання уваги з дистресових стимулів катастрофічно падає, що закріплює дезадаптивні когнітивні патерни, які поглиблюють емоційну напругу замість її редукції.

Хронічний дистрес утворює замкнене патологічне коло: розпад регуляторних механізмів спричиняє подальшу декомпенсацію афективної сфери, позбавляючи людину поведінкової гнучкості та цементуючи неефективні стереотипи дій. Особливо деструктивну роль у цьому відіграють румінативні процеси – неперервні циклічні роздуми про власні негативні переживання, які замість пошуку рішень лише мультиплікують первинний дистрес.

Продуктивне управління афективною сферою вимагає від індивіда глибокого усвідомлення детермінант і специфіки суб’єктивної оцінки власних емоційних станів, а також операціонального володіння арсеналом

когнітивних і поведінкових інструментів, спрямованих на трансформацію як феноменологічного змісту переживання, так і форм його зовнішньої експресії [6; 37].

Когнітивна регуляція емоцій постає специфічною субкатегорією загальної системи емоційної регуляції та дефінується як сукупність ендогенних та екзогенних психічних операцій, орієнтованих на діагностику, змістовний аналіз і цілеспрямовану модифікацію емоційних реакцій. Провідним стандартизованим діагностичним інструментом для квантифікації та дослідження когнітивних способів координації емоційного фону є Опитувальник когнітивної регуляції емоцій (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ), розроблений авторським колективом під керівництвом Н. Гарнефскі. Науковці розробили опитувальник CERQ із чіткою методологічною орієнтацією: фокус вимірювання зосереджений винятково на ментальних (когнітивних) стратегіях подолання стресу, повністю абстрагуючись від суто поведінкових дій. Методика верифікує ментальні алгоритми копінгу, безпосередньо інтегровані в регуляцію емоційного стану. Принциповою перевагою CERQ над іншими психометричними шкалами є охоплення значно ширшого континууму когнітивних патернів стрес-подолання: методика включає дев’ять субшкал, що презентують спектр конструктивних (саногенних) та неконструктивних (дезадаптивних) механізмів.

Структура цих вимірів охоплює такі складові:

- Самозвинувачення (Self-blame): зосередження уваги на думках про власну персональну відповідальність, провину та самоосуд за несприятливі події, з якими зіткнувся суб'єкт.
- Прийняття (Acceptance): когнітивна згода з фактом того, що трапилося, та внутрішнє змирення з наявною реальністю чи незворотністю обставин.
- Румінації, або фіксація на переживаннях (Focus on thought/rumination): нав'язливе, циклічне повернення до думок, почуттів і

ментальних асоціацій, які виникли внаслідок травматичного чи негативного інциденту.

- Позитивне перефокусування (Positive refocusing): цілеспрямоване перемикання перцептивного фокусу на приємні, конструктивні та радісні образи чи теми замість ментального застрягання на реальних несприятливих обставинах.
- Фокусування на плануванні (Refocus on planning): ментальний пошук раціональних кроків, аналіз алгоритмів дій та конструювання плану для вирішення проблеми та ліквідації наслідків стресора.
- Позитивна переоцінка (Positive reappraisal): знаходження саногенних смислів у пережитому досвіді, приписування інциденту розвивального значення та інтерпретація кризи як ресурсу особистісного зростання.
- Розгляд у перспективі (Putting into perspective): когнітивна релятивізація масштабу проблеми шляхом зіставлення її з більш тяжкими випробуваннями чи применшення її абсолютної фатальності на тлі глобального життєвого контексту.
- Катастрофізація (Catastrophizing): генералізація деструктивних думок, що гіпертрофують масштаб загрози, посилюють афективний жах і суб'єктивно максимізують тяжкість пережитого досвіду.
- Звинувачення інших (Other-blame): екстернальна атрибуція провини, що полягає в перекладанні повної відповідальності за негативний перебіг подій на оточуючих людей або ворожість зовнішнього середовища.

Зазначені дев'ять конструктів комплексно відображають усю полімодальність когнітивних копінг-механізмів, які особистість актуалізує під час регулювання внутрішнього емоційного гомеостазу [6; 37].

Суб'єкти з високим рівнем розвитку загальної саморегуляції виявляють істотно вищу компетентність і гнучкість у контролі власних емоційних процесів. У дослідженні Т. Вебба та колег було експериментально підтверджено, що розвинений саморегуляторний потенціал значуще

підвищує вірогідність успішної мобілізації стратегій когнітивної переоцінки в критичних обставинах [19; 64]. Аналогічні закономірності зафіксовані в працях М. Беркінга зі співавторами: учасники, які пройшли цілеспрямований тренінг із розвитку саморегуляторних навичок, продемонстрували якісне зростання здатності до керування афективними станами завдяки інтеграції переоцінки, довільного відволікання уваги та феномену прийняття [25; 66]. Поряд із цим А. Брауш та Дж. Мюленкамп встановили, що сформованість механізмів вольової саморегуляції прямо корелює з переважним вибором когнітивної переоцінки за одночасного ігнорування деструктивних поведінкових патернів, зокрема поведінки уникнення чи несуїцидальних самоушкоджень [19; 20].

Водночас наукові спостереження фіксують зворотний зв'язок: дефіцитарність процесів саморегуляції зумовлює стійку схильність суб'єктів до занурення в румінативні процеси, закріплюючи дезадаптивний профіль когнітивного регулювання емоцій.

Фундаментальною передумовою успішної реалізації спортивної діяльності постає сформованість емоційно-вольової саморегуляції, стрижневим компонентом якої виступає феномен диспозиційного та атрибутивного оптимізму [7]. У сучасній спортивній психології оптимізм розглядається не як пасивна особистісна риса чи абстрактна позитивна налаштованість, а як когнітивний стиль інтерпретації дійсності. Даний феномен визначає структуру суб'єктивних очікувань атлета, його ставлення до перешкод, характер каузальної атрибуції успіхів і невдач, а також міру наполегливості за умов виникнення бар'єрів.

Якщо атлет когнітивно оцінює тимчасові зриви чи поразки як локальні, динамічні та оперативно кориговані події, він зберігає суб'єктну позицію, уникає ототожнення окремої невдачі зі своєю тотальною професійною некомпетентністю і внаслідок цього значно швидше регенерує функціональну готовність до подальшої активності. Навпаки, песимістичний патерн інтерпретацій кумулює внутрішньоособистісне напруження,

девальвує відчуття самоефективності, звужує горизонт часової перспективи, фіксує ментальний фокус на загрозі здійснення помилки та суттєво ускладнює довільну координацію поведінки. Відтак фінальний спортивний результат обумовлюється не лише кондиційною та соматичною базою, а й здатністю консервувати внутрішнє самовладання під час багаторазових повторних спроб, у межах виснажливого змагального мікроциклу, після допущених технічних збоїв, за умов суддівського тиску чи раптової потреби в кардинальній зміні тактичної схеми.

Розвинена спроможність спортсмена до зовнішньої організації діяльності прямо підсилює його внутрішній психоемоційний самоконтроль, тоді як зрілість механізмів керування афективними станами робить поведінкову саморегуляцію пластичнішою, надійнішою та резистентною до змагальних дестабілізаторів. Повноцінна спортивна саморегуляція охоплює не тільки автоматизовану реалізацію техніко-тактичного алгоритму, але й володіння вмінням своєчасно знижувати надмірне симпатичне збудження, купірувати стан психомоторної скутості, підтримувати оптимальний рівень нейродинамічної активації, елімінувати деструктивні когніції та відновлювати операційну працездатність після невдалих епізодів.

Потужний саморегуляційний потенціал має функція уваги, зокрема її оперативний перерозподіл і селективне концентрування на тих параметрах діяльності, які гарантують безпомилкове виконання завдання без перевантаження свідомості фіксацією на результаті. Однією з ключових закономірностей психології дії у спорті є те, що гіпертрофована концентрація на підсумковому результаті провокує сплеск тривожності, каталізує очікування невдачі, посилює надлишковий свідомий контроль там, де необхідна автоматизована свобода рухів, що зрештою неминуче руйнує моторну структуру навички.

Натомість переорієнтація уваги на операційну якість виконання переводить психічну активність у площину безпосереднього процесу – тобто в ту зону контролю, де спортсмен реально спроможний здійснювати

регуляторний вплив. Провідну роль у цьому процесі відіграють когнітивні настанови та установки, адже саме вони детермінують пріоритетний об'єкт внутрішнього контролю: поточний рахунок, очікувана реакція тренера чи ризик помилки протиставляються внутрішньому відчуттю ритму, точності біомеханічної ланки, таймінгу, просторовій орієнтації тіла та злагодженості дій із партнерами. З огляду на це, увага у спорті виступає не лише ізольованою нейропсихологічною функцією, а постає зрілим психорегуляторним механізмом, що кристалізується під впливом накопиченого досвіду, самооцінки, ціннісних орієнтацій і культури тренувального процесу.

Інтегральним критерієм зрілості системи саморегуляції є витривалість атлета, яка окреслює межі його спроможності до тривалого вольового утримання зусилля, перенесення соматичного дискомфорту, фіксації цільової програми в полі свідомості, варіювання темпу, резистентності до виснаження та збереження організованості рухів на тлі наростаючої втоми. Спираючись на положення сучасної психобіологічної моделі, будь-який фактор, що мінімізує суб'єктивне сприйняття зусиль або підсилює потенційну мотивацію, прямо сприяє підвищенню показників витривалості; натомість чинники, які максимізують сприйняття зусиль чи руйнують мотиваційний контур, неминуче призводять до падіння працездатності [46].

Звідси випливає, що витривалість спортсмена одночасно постає наслідком фізіологічної тренованості та маніфестацією психічної регуляції: діяльність триває не лише завдяки соматичним резервам тканин, а й завдяки суб'єктивній оцінці докладених зусиль, смисловій значущості поставленої мети та адаптивному емоційно-мотиваційному налаштуванню. Ця регуляторна динаміка реалізується або через модифікацію суб'єктивного сприйняття зусиль при постійному навантаженні, або шляхом зміни темпу без зростання суб'єктивних оцінок тяжкості роботи (як-от довільне підвищення потужності педалювання у велоспорті). Зазначений процес відбиває не просто автоматичну відповідь на механічне навантаження, а

складний синергетичний результат інтеграції інтероцептивних імпульсів, минулого досвіду, когнітивних установок, поточної мотивації та стилю інтерпретації власного психосоматичного стану.

Застосування мотиваційного самонавіювання [60] та комплексних програм розвитку психологічних навичок [31] знижує сприйняття зусилля, оптимізуючи параметри витривалості. Самонавіювання не є примітивним механічним повторенням позитивних фраз – його дія пов'язана зі смисловим переформатуванням сприйняття втоми, перебудовою внутрішнього мовлення, закріпленням відчуття керованості ситуацією та відведенням уваги від факту виснаження безпосередньо на технічне завдання. Водночас специфіка полягає в тому, що під час роботи в екстремальних умовах (наприклад, за умов високих температур) використання мотиваційного внутрішнього діалогу не стільки полегшує суб'єктивне сприйняття навантаження, скільки дозволяє атлетам функціонувати довше в зоні практично граничних зусиль [65]. Це демонструє глибинний механізм регуляції: її мета не обов'язково полягає в штучному полегшенні стану – вона полягає в збереженні цілеспрямованої діяльності навіть за прогресуючого суб'єктивного відчуття тяжкості роботи. Навпаки, ментальна втома [61] поряд із деструктивним пригніченням емоцій [64] загострюють суб'єктивне сприйняття зусиль і деформують витривалість, що доводить: когнітивне виснаження та придушення афекту вичерпують внутрішній ресурс контролю, змушуючи спортсмена передчасно сприймати навантаження як непосильне.

Зведення феномену витривалості суто до когнітивного сприйняття зусилля є методологічно неповним. Твердження, що суб'єктивне зусилля є єдиним сенсорним фактором регуляції темпу, спростовується сучасними дослідженнями. Як зазначає А. Маугер, виражений біль і м'язовий дискомфорт, індуковані навантаженням, суттєво детермінують вибір темпу та загальну витривалість, передусім під час роботи високої інтенсивності [48]. Атлет стикається з полімодальним комплексом інтероцептивних і афективних стимулів, кожен із яких окремо чи синергетично модулює поведінку.

Окремим вагомим виміром цього регуляторного контуру виступає афективна валентність – континуум переживання задоволення або незадоволення, що виникає у процесі фізичного навантаження та прямо впливає на темп і витривалість [33; 34; 41; 63]. Рішення атлета щодо прискорення, збереження чи уповільнення руху спирається не лише на аналітичний підрахунок енергетичних запасів, а й на емоційне забарвлення самого процесу рухової активності. Зокрема, у ході змагань наростає фізіологічний дисонанс між порогами вентиляції, рівнем накопичення лактату та максимальним споживанням кисню [34], де відчуття незадоволення стає вирішальним тригером до зниження темпу, що особливо типово для спортсменів із браком досвіду.

Тут проявляється роль спортивної соціалізації: кваліфікований атлет успішно інтегрує дискомфортні відчуття в смислову систему досягнення результату (як необхідну плату за успіх), тоді як новачок інтерпретує неприємні соматичні сигнали як пряму команду до зупинки. Хоча низка авторів аналізувала динаміку афективних коливань під час циклічної роботи [43], їхнє точне співвідношення зі сприйняттям зусиль потребує подальшої диференціації.

Ці висновки узгоджуються з аналізом самозвітів представників циклічних видів спорту [44], хоча термінологічне поле спортсменів часто містить змішування понять болю, дискомфорту, фізичного напруження та вольового зусилля [26]. Така нечіткість ускладнює сепарацію факторів, які безпосередньо впливають на прийняття рішення про припинення діяльності. Попри те, що сприйняття зусиль і наростання больових відчуттів корелюють між собою та прогресують паралельно [47], емпірично верифіковано автономну роль толерантності до болю у спортивній результативності (наприклад, у велоспорті) [15]. Це вимагає розглядати толерантність до соматичного болю не просто як пасивний фізіологічний поріг, а як найважливішу складову психологічної готовності особистості долати неминучий дистрес без деструкції цільової програми дій.

Таким чином, зовнішні навантажувальні стимули трансформуються у внутрішні елементи системи саморегуляції спортсмена. Довільне керування психічними станами, індивідуально-типологічні властивості, концентрація уваги, суб'єктивне сприйняття зусиль, толерантність до болю, афективна валентність і сила внутрішньої мотивації постають цілісним комплексом психорегуляторних механізмів спортивної діяльності. У реальній тренувальній та змагальній практиці вони утворюють динамічну полікомпонентну конфігурацію, яка визначає здатність атлета зберігати високу цілеспрямованість, структурну точність технічних рухів, соматичну надійність та продуктивність в екстремальних умовах виснаження, невизначеності та змагального стресу.

Останнім загальним класом медіаторів у взаємозв’язку «стрес-травма» є природа копінг-ресурсів спортсмена. Вони складаються з різноманітних поведінкових патернів та міжособистісних зв'язків, які допомагають людині справлятися як з позитивними, так і з негативними життєвими подіями [13].

Дослідження свідчать, що системи соціальної підтримки є особливо важливими копінг-ресурсами як для загального стану здоров'я, так і в контексті спортивного травматизму. Ці системи включають тренерів/товаришів по команді, партнерів/подружжя, друзів/родичів, а також керівників/колег по роботі, які забезпечують емоційну підтримку особистості.

Якість системи соціальної підтримки визначатиметься тим, наскільки спортсмен відчуває, що ці люди піклуються про нього/неї, наскільки він довіряє їм, ділиться особистим і може розраховувати на їхню допомогу в разі потреби. Дослідження показують, що високий рівень соціальної підтримки пов'язаний із низькою частотою травм, тоді як низький рівень соціальної підтримки корелює з високим рівнем спортивного травматизму [36; 40].

Те, як спортсмени когнітивно оцінюють або інтерпретують свої травми, суттєво впливає на їхню психологічну адаптацію до викликів, спричинених цими ушкодженнями. Травми, які сприймаються як загроза власному «я» та добробуту, з більшою ймовірністю призводять до більш несприятливих

психологічних наслідків, ніж ушкодження, які тлумачаться як нейтральні, незначні або, у рідкісних випадках, навіть корисні події.

Наприклад, атлети, які сприймають свою травму як втрату діяльності, що визначає їхню ідентичність, частіше переживають руйнівні емоційні реакції (зокрема депресію), ніж ті, хто бачить у травмі спосіб уникнути тиску небажаної участі у спорті (і, як наслідок, відчуває ледь приховані почуття звільнення та полегшення) [22; 23].

Серед поширених когнітивних реакцій на спортивну травму виділяють:

а) зниження самооцінки;

б) атрибутивну активність;

в) застосування копінг-стратегій.

Після отримання травми спортсмени схильні переживати падіння самооцінки та відчуття власної значущості. Вони активно шукають причини свого ушкодження: деякі з них пов'язані з внутрішніми факторами (наприклад, соматична слабкість, перетренованість), а деякі стосуються зовнішніх обставин (наприклад, стан поля чи покриття).

Біль за своєю суттю є психофізичним явищем, а втрату функціональності можна визначити через поведінкові прояви та дії, які спортсмени більше не в змозі виконувати. Доведено, що психологічні фактори впливають на результат реабілітації після спортивних травм.

Коли атлети зазнають ушкоджень, першочергова увага зазвичай зосереджується на фізичних вимірах травми, таких як локалізація, масштаб та наслідки пошкодження тканин тіла. Проте від моменту отримання спортивної травми і надалі психологічні чинники є невіддільною частиною реабілітаційного процесу. Наприклад, біль та втрата фізичного функціонування, які зазвичай відчувають спортсмени після травми, мають потужні психологічні компоненти.

Згідно з цією моделлю, психологічні фактори взаємно впливають на:

- біологічні фактори (наприклад, регенерація тканин, кровообіг);

- соціальні фактори (наприклад, мережа соціальної підтримки, життєвий стрес);
- проміжні біопсихологічні наслідки (наприклад, амплітуда рухів, сила, біль);
- підсумкові результати реабілітації (наприклад, функціональна результативність, готовність повернутися у спорт).

Окремо слід зазначити, що критерії, за якими здебільшого оцінюють успішність реабілітації, є переважно психологічними або поведінковими.

Щойно спортсмени адаптувалися до своєї травми й навчилися приймати тимчасову недієздатність, необхідно визначити конкретні кроки на шляху до відновлення.

Тривожність щодо повторної травми є однією з найпоширеніших психологічних реакцій, які переживають травмовані спортсмени, а також найчастіше згадуваною причиною, яку наводять спортсмени щодо неповернення у спорт після операції на ПХЗ [51; 52]. Тривожність щодо повторної травми або страх повторної травми – обидва терміни використовуються як синоніми в літературі про спортивні травми – визначається як ірраціональний і виснажливий страх або тривога стосовно того, що фізичні рухи призведуть до болісної повторної травми [69]. Декілька дослідників припустили, що страх травми завжди присутній серед спортсменів, особливо після серйозної травми [56; 69]. Можна легко уявити спортсмена, який бореться з тривожністю щодо повторної травми після незліченної кількості травм, пов'язаних зі спортом та фізичною активністю. Наприклад, плавець, який пройшов через операцію на плечі, може відчувати тривогу щодо повернення до інтенсивних тренувань або змагань, або велосипедист, який зазнав серйозної аварії під час їзди, може відчувати нерішучість щодо їзди на вулиці й тому їздити з нерішучістю та меншою частотою. Тривожність щодо повторної травми пов'язана з психологічними змінами, включно зі зниженою концентрацією та впевненістю в собі, а також зі збільшенням відволікання й усвідомлення болю [56]. На додаток,

тривожність щодо повторної травми може також викликати фізіологічні зміни, включно з надмірним збудженням, очевидним через підвищену частоту серцевих скорочень, генералізоване м'язове напруження та захисне щадіння травмованого місця. Таким чином, спортсмен, який боїться повторної травми, схильний розвивати брак довіри до травмованого місця, що може породжувати нерішучість під час виконання рухів у процесі реабілітації та при поверненні до тренувань і змагань. Усвідомлення спортсменами своєї невідповідної стандартам результативності може потім призводити до зниження координації, м'язового напруження, а також фіксації або іммобілізації кінцівки, які, як передбачається, збільшують реальне виникнення повторної травми. Загалом як психологічні, так і фізіологічні реакції на тривожність щодо повторної травми сприяють потраплянню спортсменів у цикл неактивності, який може призвести до зниження сили тіла та гнучкості й може завершитися тим, що спортсмени відчуватимуть більший біль під час активності, тим самим підкріплюючи тривожність щодо повторної травми, яка увічнює подальше уникнення.

На додаток до тривожності щодо повторної травми, спортсмени можуть відчувати депресивні симптоми після ушкодження [24; 56]. Тяжкість депресивних симптомів може варіюватися залежно від травми, обмежень у рухливості, тривалості реабілітації та затримки в поверненні спортсмена до спорту або фізичної активності. Депресивні симптоми можуть виникати незабаром після травми, що може бути пов'язано з фрустраціями через нерухомість, труднощами з участю в повсякденній діяльності та почуттями несправедливості й шоку, пов'язаними з травмою. Депресивні симптоми можуть також мати відтермінований початок і можуть бути пов'язані з відчуттям соціальної ізольованості, втратою навичок або можливостей та загальною відсутністю участі в тренуваннях чи змаганнях, що може сприяти втраті спортивної ідентичності (10). Таким чином, спортсмен, який потребує хірургічного втручання після спортивної травми, може бути більш уразливим до пригніченого настрою, ніж спортсмен, який має менш серйозні спортивні травми, через затримку в поверненні до гри [56].

Готовність спортсменів присвятити себе реабілітації, а також цінність, яку вони надають процесу реабілітації, впливає на їхні когнітивні, емоційні та поведінкові реакції на відновлення після травми. Таким чином, те, як спортсмени сприймають свою травму, а не сам факт того, що травма сталася, відіграє вирішальну роль у розумінні емоційних реакцій атлетів, таких як депресія, тривожність щодо повторної травми та переживання горя. Джонстон і Керролл спостерігали, що спортсмени, які повідомляли про високий страх повторної травми, також мали певні поведінкові реакції, включно з, але не обмежуючись цим, проявами нерішучості, невикладанням на 100% зусиль і настороженістю щодо ситуацій, які провокують травму (наприклад, під час реабілітації та в спортивних контекстах) [56; 69]. Вони також виявили, що спортсмени, які позитивно оцінювали реабілітацію після своєї травми (наприклад, розглядали свою травму як таку, з якою можна впоратися), повідомляли про відчуття щастя та полегшення, що сприяло підвищенню прихильності до реабілітації. На противагу цьому, спортсмени, які негативно оцінювали реабілітацію після своєї травми (наприклад, розглядали свою травму як таку, що викликає стрес), повідомляли про відчуття фрустрації, що призводило до нерішучості й обережності щодо виконання вправ у їхній програмі реабілітації. Крім того, у 2008 році Карсон і Полман виявили, що під час реабілітації травмовані спортсмени були схильні шукати більше емоційної підтримки від персоналу, відповідального за реабілітацію, на противагу родині [56; 68]. Травмовані атлети можуть вважати, що емоційна та інформаційна підтримка від спортивних тренерів, лікарів або професіоналів, знайомих із процесом реабілітації, є більш корисною для управління стресом, пов'язаним із їхньою травмою, порівняно з тим, що пропонують родина та близькі люди [67; 68].

Узагальнюючи теоретичні засади дослідження, зазначимо, що спортивний травматизм у спорті вищих досягнень виступає закономірним наслідком екстремальних навантажень і «культури ризику». Фізичне ушкодження розгортається як багатовимірна криза, що поєднує сенсорно-

моторний дефіцит, соціальну ізоляцію та загрозу деконструкції монопольної спортивної ідентичності атлета, провокуючи реактивний дистрес і дезадаптацію. Провідним психосоматичним бар’єром реабілітації постає кінезіофобія – ірраціональний страх болю чи ретравматизації, який запускає патологічне коло рухового уникнення, посилює м'язовий спазм і підвищує ризик повторного травмування.

Адаптивність подолання посттравматичного стресу безпосередньо обумовлюється специфікою емоційної саморегуляції спортсмена. Випереджувальні саногенні стратегії (зокрема когнітивна переоцінка, фокусування на плануванні та прийняття) оптимізують інтерпретацію травматичного досвіду та підвищують прихильність до лікування, тоді як реактивне експресивне пригнічення емоцій і дисфункційні мисленнєві автоматизми (румінації, катастрофізація) вичерпують когнітивний ресурс і посилюють вегетативне виснаження. При цьому успішність відновлення спирається на гармонізацію суб'єктивного сприйняття зусиль, толерантність до дискомфорту та дієвість системи соціальної підтримки з боку тренера, фахівців і близького оточення.

РОЗДІЛ 2
МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ СПОРТСМЕНІВ У ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ПЕРІОД

2.1. Обґрунтування стратегії емпіричного дослідження та її відповідність теоретичним положенням

У першому розділі нашої роботи спортивну травму було концептуалізовано як багатовимірну психотравмуючу ситуацію, яка порушує звичний життєвий континуум атлета, загрожує деконструкцією його монопольної спортивної ідентичності та активізує специфічний психосоматичний бар'єр у вигляді кінезіофобії – ірраціонального страху перед повторним ушкодженням чи болем.

Відповідно до теоретичних положень когнітивно-афективної моделі стресу та травми М. Андерсена і Дж. Вільямса [13], характер подолання посттравматичного дистресу опосередковується не стільки масштабом фізичного дефекту, скільки специфікою когнітивної інтерпретації стресора. Теоретичною основою нашого наукового пошуку виступили процесуальна модель емоційної регуляції Дж. Гросса [37], яка диференціює випереджувальну когнітивну (переоцінку та пізнє експресивне пригнічення, а також концепція когнітивної регуляції емоцій Н. Гаранефскі [6], що класифікує мисленнєві копінг-механізми на саногенні (прийняття, планування, позитивна переоцінка) та дисфункційні (румінації, катастрофізація, самозвинувачення). Інтеграція цих теорій із біопсихосоціальною моделлю спортивної реабілітації B. Brewer [22] зумовила вибір гіпотетико-дедуктивної кореляційно-предиктивної стратегії емпіричного дослідження.

Адекватність і відповідність обраної емпіричної стратегії теоретичним положенням першого розділу обґрунтовується такими методологічними аргументами:

1. Теоретична теза про те, що емоційні переживання детермінуються свідомою переробкою травматичного досвіду, вимагає застосування методів суб'єктивного шкалювання, здатних виокремити автономні ментальні копінги без їх змішування з моторно-поведінковими діями [6].

2. Положення теорії Дж. Гросса про різну фізіологічну та психологічну «ціну» ранніх і пізніх регуляторних актів обумовлює необхідність квантифікації співвідношення когнітивної переоцінки та експресивного пригнічення безпосередньо у стресових умовах відновлення [37; 38; 54].

3. Теоретичне обґрунтування рухового страху як психосоматичного вузла, що запускає замкнене коло моторного уникнення, вимагає емпіричного вимірювання інтенсивності цього бар'єра та визначення його кореляцій із ментальними румінаціями [56; 69].

4. Теоретичний висновок про системний характер реабілітації обумовлює необхідність переходу від простої констатації зв'язків до побудови багатофакторної регресійної моделі, здатної оцінити ізольований внесок кожного регуляторного механізму в інтегральний рівень соціально-психологічної адаптованості атлета [23; 24].

Реалізація обраної стратегії передбачала послідовне проходження чотирьох організаційно-дослідницьких етапів.

На першому теоретико-методологічному етапі проводилися системний аналіз наукових джерел, узгодження понятійно-категоріального апарату, формулювання гіпотез щодо регуляторних детермінант адаптації, розробка критеріїв формування дослідницької когорти.

Другий організаційно-діагностичний етап включав формування вибірки кваліфікованих атлетів відповідно до нозології травм; підбір, перевірка

психометричної надійності та стандартизацію комплексу психодіагностичних методик; забезпечення біоетичних вимог і проведення процедури тестування.

На третьому аналітико-статистичному етапі виконувалися первинна математична обробка, табуляція, верифікація форми емпіричного розподілу ознак (критерії Шапіро–Вілка, Колмогорова–Смірнова); застосування методів описової статистики, параметричного порівняльного аналізу (t-критерій Стьюдента), кореляційного аналізу (r-Пірсона) та покрокового лінійного регресійного аналізу.

Четвертий інтерпретаційно-рекомендаційний етап включав в себе змістовну інтерпретацію емпіричних фактів, їх верифікацію на основі теоретичних моделей першого розділу, формулювання висновків та розробку багаторівневої системи психологічного супроводу спортсменів у процесі відновлення.

Емпірична вибірка дослідження охоплює 42 кваліфіковані спортсмени (34 жінки – 81,0% та 8 чоловіків – 19,0%) у віковому діапазоні від 17 до 23 років (M = 20,1 року). Спортивний стаж респондентів коливається від 5 до 14 років, що гарантує наявність глибокої залученості в систему спорту вищих досягнень та сформованої спортивної ідентичності. За спортивною кваліфікацією респонденти розподілилися на три групи: кандидати у майстри спорту (КМС) – 38,1% (16 осіб), майстри спорту України (МСУ) – 28,6% (12 осіб), майстри спорту України міжнародного класу та заслужені майстри спорту (МСМК / ЗМС) – 33,3% (14 осіб).

Критеріями включення до вибірки виступили: наявність верифікованої спортивної кваліфікації (від КМС і вище); хронологічний вік 17–23 роки; стаж занять від 5 років; наявність перенесеної травми опорно-рухового апарату середньої або тяжкої категорії з перервою у тренуваннях від 3 тижнів; перебування на стадії функціонального відновлення або виходу до змагань (термін понад 3–6 місяців); письмова згода на участь.

Нозологічна структура вибірки репрезентована тяжкими та середньотяжкими ушкодженнями: розриви зв'язкового апарату (переважно

передньої хрестоподібної зв'язки колінного суглоба) – 52,4%; ушкодження менісків – 21,4%; переломи кісток трубчастого скелета – 14,3%; вивихи великих суглобів – 11,9%. При цьому 66,7% атлетів перенесли хірургічні реконструктивні втручання, що підтверджує значну об'єктивну тяжкість перенесеного соматичного стресу.

2.2. Загальний опис психодіагностичних методик, процедура збору даних та методи статистичної обробки

Для вирішення поставлених завдань було сформовано узгоджену психодіагностичну батарею, що включає чотири стандартизовані методики, які пройшли належну психометричну перевірку та валідизацію у спортивній практиці:

1. Опитувальник когнітивної регуляції емоцій (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ), авторами якого є Н. Гаранефскі, В. Краай, П. Спінховен.

Призначення та порівняльна оцінка: методика обрана завдяки унікальній здатності диференціювати винятково ментальні (мисленнєві) копінг-механізми, абстрагуючись від поведінкових проявів, що усуває методологічне змішування фізичної недієздатності атлета з його когнітивною активністю. Опитувальник містить 36 пунктів (5-бальна шкала Лайкерта) і вимірює 9 автономних субшкал (по 4 твердження, розмах від 4 до 20 балів), які утворюють два блоки:

- Адаптивний блок: «Прийняття», «Позитивне перефокусування», «Фокус на плануванні», «Позитивна переоцінка», «Розгляд у перспективі».
- Дезадаптивний блок: «Самозвинувачення», «Румінації», «Катастрофізація», «Звинувачення інших».

2. Опитувальник емоційної регуляції (Emotion Regulation Questionnaire – ERQ), авторами якого є Дж. Гросс, О. Джон.

Призначення та порівняльна оцінка: методика безпосередньо спирається на процесуальну теорію Дж. Гросса, дозволяючи зафіксувати часовий фокус регуляторного зусилля. Вона складається з 10 пунктів (7-бальна шкала) і діагностує дві шкали:

— «Когнітивна переоцінка» (Cognitive Reappraisal) – 6 пунктів (бал від 6 до 42), що вимірює випереджувальну смислову модифікацію інтерпретації стресора.

— «Експресивне пригнічення» (Expressive Suppression) – 4 пункти (бал від 4 до 28), що фіксує реактивне вольове придушення зовнішніх мімічних і соматичних ознак уже розгорнутого афекту.

3. Скорочена шкала кінезіофобії Тампа (Tampa Scale for Kinesiophobia – TSK-11), авторами якої є Р. Міллер, С. Корі, Д. Тодд.

На відміну від вихідної 17-пунктної версії, скорочений варіант TSK-11 містить 11 прямих тверджень (4-бальна шкала Лайкерта, розмах 11–44 бали), що усуває психометричні викривлення інвертованих пунктів. Інструмент квантифікує специфічний ірраціональний страх перед рухом і навантаженням через загрозу болю чи ретравматизації та передбачає стратифікацію на три рівні: низький (11–22 бали), помірний (23–32 бали) та високий (33–44 бали).

4. Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (СПА) К. Роджерса та Р. Даймонд.

Методика дозволяє отримати інтегральний критерій адаптованості особистості через зіставлення внутрішніх потреб із вимогами соціального середовища. Опитувальник охоплює 101 твердження з 7-бальною градацією відповідей. Для цілей нашого дослідження аналізу підлягали нормалізовані інтегральні коефіцієнти: «Адаптованість», «Самоприйняття», «Емоційний комфорт» та «Інтернальність».

Емпіричний збір первинного матеріалу проводився впродовж 2026 року у дистанційному форматі. Дистанційне опитування проводилося через стандартизовану захищену платформу Google Forms, посилання на яку надсилалося спортсменам.

Перед початком заповнення анкети кожен атлет ознайомлювався з формою інформованої згоди, де зазначалася мета дослідження, декларувалася повна добровільність, анонімність та збереження конфіденційності. Час проходження батареї становив 15–25 хвилин.

Обробка результатів здійснювалася за допомогою статистичних комп'ютерних пакетів IBM SPSS Statistics (v. 26.0) та R (v. 4.3.1) і включала:

- Перевірку форми емпіричного розподілу на нормальність за критеріями Шапіро–Вілка та Колмогорова–Смірнова з розрахунком коефіцієнтів асиметрії та ексцесу.
- Обчислення середнього арифметичного, стандартного відхилення, медіани, мінімальних та максимальних значень.
- Оцінку міжгрупових відмінностей між чоловіками та жінками за допомогою параметричного t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок із перевіркою гомогенності дисперсій тестом Левена.
- Обчислення коефіцієнтів лінійної кореляції r-Пірсона для встановлення напрямку й тісноти зв'язків між когнітивними стратегіями CERQ, шкалами ERQ, кінезіофобією TSK-11 та показниками СПА на рівнях значущості $p < 0,05$, $p < 0,01$ та $p < 0,001$.
- Для встановлення предиктивного внеску когнітивних і соматовегетативних конструктів у показник адаптованості з оцінкою коефіцієнтів детермінації, критерію Фішера, стандартизованих коефіцієнтів, статистики Дарбіна–Уотсона та перевіркою відсутності мультиколінеарності.

Підсумовуючи методологічні та організаційно-методичні засади дослідження, зазначимо, що обрана гіпотетико-дедуктивна стратегія повною мірою узгоджується з теоретичними концепціями першого розділу: вона операціоналізує принципи біопсихосоціального підходу, процесуальної моделі емоційної регуляції та когнітивної теорії стрес-подолання. Послідовне проходження теоретико-методологічного, організаційно-діагностичного, аналітико-статистичного та інтерпретаційно-рекомендаційного етапів забезпечило коректний перехід від концептуалізації травматизації як кризи до її емпіричної верифікації.

Сформована дослідницька когорта охопила 42 кваліфіковані спортсмени високого рівня майстерності зі сформованою спортивною ідентичністю, які зазнали ушкоджень опорно-рухового апарату середнього та тяжкого ступенів (із переважанням травм зв'язкового апарату та перенесених хірургічних втручань) і перебували на стадії функціонального відновлення та виходу до тренувального процесу. Використана психодіагностична батарея (опитувальники CERQ, ERQ, скорочена шкала кінезіофобії TSK-11 та методика СПА К. Роджерса і Р. Даймонд) дозволила всебічно охопити спектр когнітивних механізмів, стилів емоційного контролю, соматовегетативних бар'єрів і параметрів адаптованості.

Процедура збору емпіричних даних була реалізована з безумовним дотриманням біоетичних стандартів добровільності, знеособленості й конфіденційності. Застосований комплекс методів математичної статистики (перевірка нормальності розподілу, порівняльний аналіз за t-критерієм Стьюдента, кореляції r-Пірсона та покроковий лінійний регресійний аналіз) є методологічно релевантним поставленим завданням і забезпечує високу внутрішню валідність та статистичну надійність емпіричних результатів, представлених у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 3
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТРАТЕГІЙ ЕМОЦІЙНОЇ РЕГУЛЯЦІЇ ЯК ЧИННИКА ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ СПОРТИВНОЇ ТРАВМИ

3.1. Особливості прояву стратегій емоційної регуляції, кінезіофобії та параметрів соціально-психологічної адаптації спортсменів

Емпіричне дослідження розгорталося на вибірці 42 кваліфікованих спортсменів, які перенесли верифіковані спортивні травми опорно-рухового апарату різного ступеня тяжкості (ушкодження менісків колінного суглоба, розриви передньої хрестоподібної зв'язки (ПХЗ), вивихи великих суглобів, переломи кісток, часткові та повні надриви м'язово-сухожильних комплексів). Спортивно-кваліфікаційний статус респондентів репрезентований представниками етапу спеціалізованої базової підготовки та спорту вищих досягнень: кандидати у майстри спорту (КМС) становлять 38,1% (16 осіб), майстри спорту України (МСУ) – 28,6% (12 осіб), майстри спорту України міжнародного класу та заслужені майстри спорту (МСМК / ЗМС) – 33,3% (14 осіб). Середній хронологічний вік спортсменів склав 20,1 рік із загальним стажем спортивної кар'єри від 5 до 14 років. За терміном, що минув від моменту травмування або оперативного втручання, переважають атлети, які подолали гострий період і перебувають на етапах функціональної реабілітації та адаптивного повернення до змагань (понад 3-6 місяців).

Первинний кількісний аналіз емпіричного матеріалу полягав у розрахунку параметрів описової статистики для всього комплексу діагностичних конструктів (методики CERQ, ERQ, TSK-11 та СПА К. Роджерса і Р. Даймонд).

Змістовна інтерпретація отриманих профілів за опитувальником CERQ засвідчує чітку поляризацію когнітивного репертуару травмованих

спортсменів. В аналізованій вибірці спостерігається абсолютне домінування конструктивного, саногенного кластера стратегій.

Перше рангове місце займає стратегія «Прийняття» (M = 16,45; Me = 18,0). Високий бал за цією шкалою вказує на те, що спортсмени відносно швидко долають первинні фази шоку та афективного заперечення реальності ушкодження. Прийняття факту травми постає як когнітивна згода з новими тілесними лімітами, що є обов'язковою передумовою уникнення руйнівного конфлікту з реальністю.

Другу й третю позиції посідають стратегії «Позитивна переоцінка» (M = 16,38; SD = 3,17) та «Розгляд у перспективі» (M = 15,88; SD = 2,75). Атлети демонструють високу спроможність до релятивізації масштабу особистої драми: вони когнітивно зіставляють перенесене ушкодження з більш фатальними життєвими катастрофами та розглядають період перебування поза змаганнями як специфічний ресурс для загартування волі, переосмислення тренувальних помилок і поглиблення теоретико-тактичної підготовки.

Паралельно з цим фіксуються високі значення за субшкалою «Фокус на плануванні» (M = 15,76; Me = 17,0). Це демонструє, що спортсмени високої кваліфікації не зупиняються на пасивному смисловому заспокоєнні, а трансформують емоційний дистрес у прагматичну площину вирішення проблем: деталізують графік відновлювальних процедур, контролюють фармакологічні приписи та чітко виконують настанови тренерсько-реабілітаційного штабу.

Натомість дезадаптивні стратегії – «Катастрофізація» (M = 7,45; SD = 2,44) та «Звинувачення інших» (M = 6,36; SD = 1,82) – локалізовані на нижніх межах шкали. Для спортсменів досліджуваної когорти не властиво сприймати травму як катастрофу, що руйнує все майбутнє буття, чи шукати винних серед партнерів по команді, суддівської колегії або суперників. Єдиною дезадаптивною шкалою, що продемонструвала підвищені бали, є «Самозвинувачення» (M = 13,81; SD = 2,34). У психологічному контексті

спорту вищих досягнень це пояснюється феноменом гіпервідповідальності: спортсмен інтерналізує причини ушкодження («недостатньо розім'явся», «втратив концентрацію», «поспішив на приземленні»), що, з одного боку, підтримує відчуття особистого контролю над процесом, але з іншого – кумулює фонове почуття провини.

Аналіз показників за методикою ERQ ілюструє виразне переважання механізму «Когнітивної переоцінки» (M = 30,14 із 42 можливих) над реактивним «Експресивним пригніченням» (M = 15,36 із 28 можливих). Це свідчить про збережену гнучкість емоційного реагування: кваліфіковані спортсмени переважно застосовують випереджувальні когнітивні фільтри (зміну сприйняття ситуації), аніж просто механічно глушать зовнішні соматичні та поведінкові прояви дистресу.

Особливий науковий інтерес становить розподіл за шкалою кінезіофобії Тампа (TSK-11). Середньогруповий показник M = 22,43 (SD = 6,24) локалізується в зоні переходу від легкого до помірного рівня страху рухів. Відповідно до діагностичних нормативів методики, респонденти були диференційовані на три клініко-психологічні групи: з низьким, помірним та високим рівнями вираженості кінезіофобії.

Першу, найбільш чисельну групу склали спортсмени з низьким рівнем кінезіофобії (діапазон від 11 до 22 балів), частка яких становить 54,8% (23 особи). Для представників цієї когорти характерний збережений високий рівень соматичної довіри до власного опорно-рухового апарату. Посттравматичний больовий дискомфорт або відчуття натягу в суглобах сприймаються ними як природний фізіологічний супровід відновлювального процесу, а не як загроза катастрофи. У цих атлетів відсутній страх ретравматизації, вони демонструють психологічну готовність до повноцінного завантаження тіла та проактивно залучаються до виконання спеціалізованих моторних вправ програми реабілітації.

Другу групу утворили спортсмени з помірним рівнем кінезіофобії (від 23 до 32 балів), що охоплює 38,1% респондентів (16 осіб). У цій підгрупі

спостерігається стан психоемоційного коливання та амбівалентності: атлети прагнуть якнайшвидше повернутися до звичного тренувального графіка, проте відчувають виразну нерішучість під час виконання амплітудних, швидкісно-силових або контактних дій. Їхня поведінка супроводжується елементами захисного щадіння травмованого сегмента тіла, штучним обмеженням робочих кутів у суглобах і підвищеним фокусуванням уваги на найменших інтероцептивних больових сигналах, що свідчить про наявність латентної тривоги перед рецидивом травми.

Третю, найменш чисельну, але найбільш дезадаптовану групу сформували спортсмени з високим рівнем кінезіофобії (від 33 до 44 балів), частка яких склала 7,1% (3 особи). У представників цієї підгрупи діагностовано клінічно виражений, ірраціональний страх повторного розриву зв'язкового апарату чи кісткової тканини. Це проявляється у вираженому синдромі рухового уникнення, відмові від виконання навантажень без безпосереднього нагляду фахівця, деструктивній ригідній фіксації кінцівки та хронічному захисному спазму навколосуглобових м'язів. Подібний ступінь кінезіофобії блокує фізіологічне одужання навіть за умови успішної анатомічної регенерації тканин і вимагає першочергового психокорекційного втручання.

Діагностика за методикою СПА засвідчила стабільний адаптаційний стан респондентів: інтегральний коефіцієнт адаптованості K = 61,45% та самоприйняття 60,82% перебувають у зоні високої адаптивної норми. Показник «Інтернальності» сягає 64,88%, що віддзеркалює збереження атлетами суб'єктної життєвої позиції: вони сприймають перебіг одужання не як волю сліпого випадку, а як прямий наслідок власної дисципліни та сумлінності у виконанні реабілітаційних завдань.

Водночас дещо нижчі значення зафіксовано за шкалою «Емоційного комфорту» (M = 56,63%), що свідчить про наявність латентної внутрішньої напруги, обумовленої незадоволеністю темпами відновлення пікових фізичних кондицій.

Було здійснено порівняльний аналіз досліджуваних параметрів за гендерною ознакою за допомогою t-критерію Стьюдента для незалежних вибірок.

Гендерне зіставлення виявило статистично достовірні відмінності за стратегіями когнітивної перебудови значення ситуації. Спортсменки жіночої статі демонструють значущо вищі показники як за шкалою «Позитивна переоцінка» CERQ ($t = -2,82$; $p = 0,007$), так і за шкалою переоцінки ERQ ($t = -2,71$; $p = 0,010$). Жінки частіше вдаються до вербалізації переживань, когнітивного пошуку позитивних смислів у кризі та актуалізації особистісного зростання. Водночас у жінок простежується тенденція до дещо вищих балів за шкалою румінацій ($M = 11,00$ проти $M = 9,38$ у чоловіків; $p = 0,099$) та дещо вищий середній показник кінезіофобії (23,00 проти 20,00), що узгоджується з даними спортивної психології щодо вищої афективної чутливості та схильності спортсменок до детального аналізу больових відчуттів. Підсумковий же рівень адаптованості між чоловіками (62,40%) та жінками (61,23%) достовірних розходжень не має ($p = 0,625$), що вказує на досягнення успішної адаптації різними регуляторними шляхами.

3.2. Дослідження кореляційних зв'язків стратегій регуляції емоцій, кінезіофобії та показників адаптації спортсменів

Для перевірки комплексу гіпотез щодо взаємозалежності досліджуваних феноменів було обчислено коефіцієнти лінійної кореляції r-Пірсона.

Найбільш виражений позитивний вплив на загальний рівень адаптованості справляє когнітивна стратегія «Фокус на плануванні» ($r = 0,56$; $p < 0,001$). Вона виступає провідним регуляторним мобілізатором. Здатність до алгоритмізації дій корелює з інтернальним локусом контролю ($r = 0,39$; $p < 0,01$) та загальним емоційним комфортом ($r = 0,38$; $p < 0,05$).

Не менш важливу роль відіграють стратегії «Розгляд у перспективі» ($r = 0,48$; $p < 0,01$) та «Позитивна переоцінка» ($r = 0,40$; $p < 0,01$). Ці механізми дозволяють зберегти когнітивну цілісність особистості: когнітивна перебудова травматичного досвіду напряму підтримує конгруентність образу «Я» (кореляція з «Самоприйняттям» $r = 0,38$; $p < 0,05$). Атлет, спроможний бачити в травмі нові смисли, не сприймає фізичне обмеження як крах своєї самоцінності.

Циклічне ментальне фіксування на болю та безпорадності («Румінації») виявило потужний зворотний зв'язок із показниками емоційного комфорту ($r = -0,58$; $p < 0,001$) та загальної адаптованості ($r = -0,45$; $p < 0,01$). Румінації діють як хронічний дестабілізатор: постійне уявне програвання моменту травми виснажує ресурси самоконтролю.

У свою чергу, «Катастрофізація» поглиблює емоційний дискомфорт ($r = -0,42$; $p < 0,01$) та значуще корелює зі стратегією «Експресивного пригнічення» ($r = 0,31$; $p < 0,05$). Це свідчить про те, що внутрішній панічний страх інвалідизації у спорті часто маскується зовнішньою маскою «спокою». Проте спроба вольового придушення емоцій виявляє негативний кореляційний внесок в емоційний комфорт ($r = -0,33$; $p < 0,05$), що підтверджує теорію Дж. Гросса про високу когнітивну та вегетативну «ціну» експресивного стримування.

Рівень кінезіофобії виявив тісний зв'язок із психічним станом спортсмена: негативна кореляція з адаптованістю ($r = -0,36$; $p < 0,05$) та високозначуща деструктивна залежність з емоційним комфортом ($r = -0,67$; $p < 0,001$).

Центральним науковим фактом є виявлення сильного прямого зв'язку між рівнем кінезіофобії та субшкалою «Румінації» ($r = 0,51$; $p < 0,001$). Дана закономірність експлікує психологічний генезис рухового бар'єра: спортсмен потрапляє у когнітивну пастку, коли постійна увага до мікросигналів у травмованому суглобі інтерпретується як загроза катастрофи. Це породжує вегетативне збудження, спастичне захисне напруження м'язів навколо

суглоба, що об'єктивно спотворює біомеханіку руху й формує порочне коло рухового уникнення.

Для перевірки прогностичної валідності теоретичної моделі дослідження та визначення питомого внеску кожної незалежної змінної було застосовано множинний лінійний регресійний аналіз методом покрокового включення (Stepwise Regression).

Залежною змінною виступив інтегральний показник СПА «Адаптованість». До аналізу було введено предиктори, які продемонстрували статистично достовірні кореляції з критерієм: когнітивні стратегії CERQ («Фокус на плануванні», «Позитивна переоцінка», «Катастрофізація»), показник ERQ («Експресивне пригнічення») та шкала страху рухів «TSK-11».

Коефіцієнт множинної кореляції R = 0,755 засвідчує сильний зв'язок між комплексом предикторів і результативною ознакою. Коефіцієнт детермінації R^2 = 0,570 показує, що 51,0% дисперсії адаптованості спортсмена після травми безпосередньо обумовлюється конфігурацією досліджуваних когнітивних і психосоматичних змінних.

Аналіз стандартизованих коефіцієнтів регресії визначає ключові важелі впливу на процес адаптації:

- Провідним негативним предиктором є кінезіофобія (t = -4,27; p < 0,0001). Страх повторного травмування чинить пряму деструктивну дію на соціально-психологічний статус спортсмена. Навіть за умови успішного анатомічного зрощення тканин соматична непевність і страх болю блокують повноцінне відновлення життєдіяльності та формують синдром дезадаптації.
- Головним позитивним предиктором виступає «Фокус на плануванні» (t = 3,14; p = 0,003). Спортсмени, які когнітивно перемикаються на конструювання плану реабілітації, декомпозицію завдань відновлення на щотижневі підцілі, виявляють найвищі показники психологічної стійкості. Планування компенсує дефіцит контролю, що виникає внаслідок раптової іммобілізації.

– Значущим дезадаптивним чинником постає «Експресивне пригнічення» за ERQ (t = -2,18; p = 0,036). Спроба вольового приховування власних переживань виснажує адаптаційні резерви. Постійний самоконтроль «зовнішнього фасаду» спортсмена веде до психоемоційної декомпенсації.

– Чинник «Катастрофізації» (p = 0,064) перебуває на межі статистичної значущості як негативний предиктор, а «Позитивна переоцінка» (p = 0,161) в умовах спільного рівняння частково делегує свій вплив плануванню дій, виступаючи для нього базовим мотиваційним підґрунтям.

Таким чином, соціально-психологічна адаптація атлета після травми не є автоматичним наслідком часу чи медикаментозного лікування. Вона постає активним когнітивно-регуляторним процесом, де вирішальну роль відіграє подолання кінезіофобії за одночасної активізації раціонального планування дій та відмови від пригнічення емоційного стану.

3.3. Практичні рекомендації щодо організації психологічного супроводу та розвитку адаптивних стратегій емоційної регуляції у спортсменів у процесі реабілітації

Реалізація системи комплексної психологічної підтримки травмованих атлетів вимагає консолідованої, злагодженої взаємодії всього мультидисциплінарного оточення, до якого належать представники тренерського штабу, спортивні лікарі, реабілітологи, фізіотерапевти та спортивні психологи. До базових організаційно-психологічних принципів супроводу на початкових етапах лікувально-відновлювального процесу належать:

– систематичний моніторинг динаміки психоемоційного стану атлета фахівцями медичного та спортивного профілю, які безпосередньо взаємодіють із травмованим;

– своєчасне надання цільової (таргетованої) психологічної допомоги за появи перших маркерів дезадаптивних зрушень чи психоемоційного виснаження;

− комплексна психоедукація спортсменів і тренерів стосовно закономірностей і варіативності емоційних реакцій на стрес ушкодження, а також стосовно специфіки стадій одужання;

− активне стимулювання звернення до зовнішніх ресурсів міжособистісної та інституційної соціальної підтримки впродовж усіх фаз відновлення.

Синхронізація соматичних і ментальних ресурсів атлета спирається на оптимізацію міжособистісного спілкування, формування культури зворотного зв'язку та спеціалізовані техніки мотиваційного впливу [68]. Важливим інструментальним доповненням реабілітаційного протоколу виступає апаратний біологічний зворотний зв’язок (БОС-тренінг / biofeedback). Даний підхід сприяє досягненню стійкого фізіологічного гомеостазу [59], ініціюючи стан вираженої психофізіологічної когерентності (так званої адаптивної стресової відповіді), що суттєво мінімізує загрозу повторної травматизації опорно-рухового апарату [13; 59].

Фундаментальним фактором подолання стану невизначеності й тривожного очікування виступає надання атлету вичерпних, науково обґрунтованих відомостей щодо його соматичного стану [67]. Практикуючі фахівці зобов'язані доступно пояснити патофізіологічну суть ушкодження, структуру та зміст призначеного терапевтичного плану разом із його аргументацією, а також заздалегідь вибудувати реалістичні очікування стосовно специфіки больових відчуттів, тимчасових функціональних дефіцитів, можливих сповільнень і регресів у відновленні та побутових ускладнень [67].

У просторі терапевтичної взаємодії необхідно постійно культивувати вольову наполегливість і конструктивну налаштованість на подолання бар'єрів. Мотиваційне поле атлета спирається на співвідношення двох базових конструктів: прагнення до досягнення успіху та уникнення можливої невдачі, де перший вектор виступає домінуючим локомотивом особистісного прогресу. Спортсмени з розвиненою внутрішньою самомотивацією схильні

сприймати труднощі й тимчасові рецидиви не як крах, а як стимулюючий виклик, що вимагає концентрації сил задля самовдосконалення. Для оптимізації відновлення таких атлетів достатньо організувати структуроване середовище, підтримувати вміння фокусуватися та забезпечити прозорість проміжних орієнтирів. У психологічній роботі з травмованими спортсменами результативними постають два напрями: зміцнення віри у власний потенціал успішного виходу з кризи та виховання усвідомлення того, що лише послідовна, щоденна зусильльова праця забезпечить бажаний прогрес. Беручи до уваги індивідуально-психологічну специфіку та контекстуальні параметри (фазу сезону, календарний розклад стартів або турнірне становище команди), універсального рецепта стимуляції не існує; втім, провідним механізмом збереження високого рівня мотивації залишається цілепокладання, яке забезпечує відчуття підконтрольності процесу та дозволяє об'єктивно зіставляти показники прогресу на різних часових відрізках [22; 23].

Для практичної та результативної реалізації відновлювального плану рекомендовано впроваджувати такі кроки:

- розвивати у спортсмена навички саморегуляції, планування та поведінкової самоорганізації, які залишаються релевантними впродовж усіх етапів лікування;
- спільно конструювати деталізовані індивідуальні графіки реалізації призначених лікувально-відновлювальних заходів;
- організовувати умови для систематичної самодіагностики, рефлексії суб'єктивного стану та кількісної реєстрації об'єктивних рухових параметрів;
- активно делегувати атлету частку контролю й відповідальності за узгодження й ухвалення рішень у межах терапевтичної програми.

Побудована програма встановлення цілей повинна гармонійно поєднувати суто поведінкові індикатори (регулярність відвідування процедур фізіотерапії, точність і ретельність виконання призначених комплексів домашньої лікувальної фізкультури) з практиками інтеграції психологічних

методів (релаксаційні сесії, використання ментальних уявлень, корекція внутрішнього мовлення). Первинним етапом є формулювання чітких, операціоналізованих, реалістичних і вимірюваних завдань, які фіксуються атлетом у письмовому вигляді й підлягають регулярній ревізії. Завдання щоденного, щотижневого та помісячного горизонту вимагають постійного відстеження й динамічного коригування відповідно до зафіксованих змін. Якісний зворотний зв'язок спортсмену має надаватися на підставі прозорих критеріїв оцінки: наочні функціональні зрушення прямо підживлюють мотиваційну сферу та оптимізують весь цикл реабілітації.

Зокрема, дослідження констатують: травмовані спортсмени високої кваліфікації, які гнучко модифікували власні цілі з огляду на швидкість тканинного загоєння й реальні темпи відновлення, повідомляли про значно вищий рівень суб'єктивної результативності після повноцінного повернення на змагальну арену, ніж ті атлети, які не практикували своєчасної адаптації цілей [52; 56]. Додатково перспективними визнаються практики майндфулнесу (усвідомленості), спрямовані на дихальне центрування, утримання фокусу на поточному моменті та плекання безоцінкового сприйняття виникаючих соматичних і когнітивних сигналів, що допомагає спортсменам долати біль, знижувати ситуативну тривогу й утримувати продуктивну зосередженість. Також ефективним є залучення технік самоспівчуття (self-compassion), які утилізують дисфункційні самозвинувачення та внутрішній осуд, нерідко супутні травматизації.

Зниження надлишкової симпатичної активації нервової системи за рахунок застосування релаксаційних протоколів нормалізує параметри серцевого ритму, показники артеріального тиску й глибину дихання, сповільнює катаболічні процеси та забезпечує консервацію енергетичних ресурсів, життєво необхідних для прискорення тканинної регенерації й подолання соматичного стресу. У структурі психологічної підготовки виокремлюють такі прикладні техніки:

1. Прогресивна м’язова релаксація (PMR): базується на усвідомленому розмежуванні станів ізометричного стискання та глибокого

розслаблення основних м'язових груп тіла у зручному положенні лежачи із заплющеними очима й ритмічним пасивним диханням. Цей метод допомагає атлету чітко розпізнавати накопичення локальної напруги, полегшує перенесення болю та знімає передпроцедурний страх.

2. Глибока м'язова (пасивна) релаксація: полягає у послідовній концентрації внутрішнього погляду на конкретних ділянках тіла (наприклад, ураженій або здоровій кінцівці) з уявним навіюванням наростання ваги, масивності та повного занурення в стан соматичного спокою.

3. Аутогенне тренування: реалізується через систему вербального самонавіювання і спрямоване на викликання відчуттів тепла, приємної важкості та психічної безтурботності. В умовах спортивної підготовки експериментально підтверджено здатність суб'єктів під впливом автогенних формул регулювати периферичний кровообіг, змінювати температуру кінцівок і знімати больові затиски.

4. Апаратний біологічний зворотний зв’язок (Biofeedback): цілеспрямоване тренування навичок довільного контролю вегетативних параметрів через об'єктивну апаратурну індикацію на моніторі.

Уявні образи дефінуються як повноцінне залучення сенсорних каналів для відтворення чи конструювання ментального досвіду у внутрішньому плані свідомості. Видатні спортсмени активно експлуатують ментальне моделювання для побудови безпомилкових рухових стереотипів перед виконанням вправ.

У періоді реабілітації ментальні репрезентації в поєднанні з дихальними вправами виступають дієвим каталізатором одужання:

− актуалізація емотивних образів (пригадування ситуацій успішного подолання минулих криз чи травм) відновлює почуття особистісної гідності, гордості й впевненості у власних силах без штучної ілюзорності;

− когнітивно-специфічні образи – ментальне програвання успішного виконання технічних рухів і перебування в ситуаціях, де колись

було отримано ушкодження, у синергії з діафрагмальним диханням достовірно зменшують больовий синдром, купірують тривожність щодо повторного пошкодження тканин (кінезіофобію) та прискорюють об'єктивне соматичне відновлення зв'язкового апарате;

− тривалі тримісячні програми ментальних тренувань із веденням структурованих щоденників самоспостереження у пацієнтів після складних оперативних втручань (реконструкція зв'язок колінного суглоба, плеча чи гомілки) засвідчують стійке падіння рівня кінезіофобії та відновлення суб'єктивної готовності до повернення в спортивну діяльність.

Тривала іммобілізація провокує занурення атлетів у деструктивні думки й когнітивні пастки (катастрофізація, румінації, надмірне самозвинувачення). Протокол когнітивної реструктуризації передбачає поетапну інтервенцію [55]:

− роз'яснення спортсмену безпосереднього зв'язку між зовнішнім стресором (біль, медичні маніпуляції) та виникаючою емоційною відповіддю;

− ідентифікацію прихованих автоматичних ірраціональних думок і наочну демонстрацію їхнього гальмівного впливу на регенерацію тканин;

− декомпозицію негативного стану на окремі когнітивні й соматичні ланки з подальшим навчанням адаптивних копінг-навичок для кожної складової.

Рівень переживання стресу істотно модифікується конфігурацією системи соціальної підтримки, яка об'єднує зусилля наставників, команди, родини та близького кола. Якщо тренерський склад і партнери транслюють переважно інструментальну та фахову допомогу, то сім'я є незамінним джерелом емоційного прийняття. За моделлю Ч. Гарді та Р. Крейса, виділяють вісім взаємодоповнюючих вимірів підтримки:

1. Емпатійне слухання: здатність вислухати спортсмена без передчасних повчань, знецінення чи директивних порад;

2. Емоційний комфорт: трансляція теплоти, турботи, визнання безумовної цінності особистості;

3. Емоційний виклик: конструктивне спонукання атлета до переоцінки власних дезадаптивних установок і почуттів;

4. Оцінка та визнання завдань: вербальне схвалення й позитивне підкріплення зусиль, спрямованих на виконання реабілітаційної програми;

5. Виклик щодо завдань: стимулювання амбіцій, спрямування на подолання плато у відновленні;

6. Підтвердження реальності: контакт із людьми зі схожим позитивним досвідом одужання, що нормалізує тривогу та повертає адекватне сприйняття перспективи;

7. Матеріальне забезпечення: фінансова підтримка, забезпечення ліками, медичним спорядженням та побутовою допомогою;

8. Діяльнісна допомога: безпосереднє інвестування часу, спеціальних знань і фізичних зусиль для сприяння у виконанні повсякденних і терапевтичних завдань.

Фундаментальним інтрапсихічним предиктором відновлення є категорія самоефективності, що трактується як віра індивіда у власну спроможність скоординувати та реалізувати дії, необхідні для досягнення запланованої мети. Даний конструкт регулює ступінь включеності атлета, рівень подолання втоми та схильність обирати високі планки домагань. У критичних умовах травми виражена самоефективність мобілізує адаптивні копінг-стратегії, знижує вегетативне збудження та підвищує поріг стійкості до болю. Емпірично доведено: індивіди з твердою переконаністю у здатності керувати власними больовими відчуттями демонструють значно вищу толерантність до дискомфорту під час стресових проб. Крім того, розвинена самоефективність виступає надійним статистичним предиктором зниження передзмагальної як соматичної, так і когнітивної тривожності, забезпечуючи захист від зриву під час повторного виходу в змагальний сектор.

Цілеспрямоване формування стресостійкості виступає фізіологічним бар'єром проти надмірної секреції кортизолу та його дестабілізуючих пульсацій. Стабілізація даного нейрогуморального балансу зберігає

ментальне здоров'я та веде до системного зміцнення соматичного ресурсу особистості. Ментальна стійкість (mental toughness) постає ключовим критерієм успішної адаптивності спортсмена.

Спираючись на концептуальну модель розвитку стресостійкості спортсмена, процес психологічного супроводу в період реабілітації після травми доцільно представити через систему взаємозв'язку п'яти базових рівнів:

1) Ціннісно-мотиваційний рівень: когнітивна переоцінка ситуації стресу як виклику, а не руйнації кар'єри; збереження внутрішньої мотивації до самовдосконалення; стійка спортивна ідентичність, яка утримує вектор відновлення.

2) Когнітивно-оціночний рівень: адекватне сприйняття реального стану організму; реалістична оцінка фізичних загроз та терапевтичних вимог; рефлексивний моніторинг внутрішніх психічних станів.

3) Ресурсно-поведінковий рівень: вільне володіння техніками психологічної саморегуляції; застосування зрілих копінг-стратегій (проблемно-орієнтованих для організації лікування та емоційно-орієнтованих для зниження тривоги); опора на попередній досвід подолання труднощів.

4) Особистісно-регуляторний рівень: прояв вольових якостей (самовладання, рішучість, когнітивна гнучкість у сприйнятті графіка відновлення); високий рівень емоційного інтелекту; індивідуальний стиль довільної саморегуляції під час навантажень.

5) Системно-контекстуальний рівень: поступова адаптація до стресу через дозовані імітаційні навантаження; системне психологічне відновлення за моделлю «стрес – відновлення»; розгалужена соціальна підтримка з боку команди, наставника й родини.

Змістовне наповнення ціннісно-мотиваційного рівня гарантує автономну внутрішню детермінацію поведінки спортсмена в період вимушеної іммобілізації. Він створює платформу для продуктивного включення у тривалу боротьбу за відновлення функцій. Сприйняття стресу як

виклику скеровує атлета на особистісне зростання, а домінування мотивації досягнення блокує депресивні прояви та підсилює віру в успіх. Водночас усвідомлення себе діючим професійним спортсменом високого класу цементує незмінну установку на повернення в стрій.

Когнітивно-оціночний рівень забезпечує точне орієнтування в терапевтичній ситуації, що постає передумовою успішної адаптації. Адекватна самооцінка захищає як від панічних проявів, так і від необґрунтованого форсування навантажень, оптимізуючи розподіл енергетичного потенціалу. Аналіз зовнішніх факторів дає змогу спортсмену точно калібрувати вимоги лікарів, рівень болю та об'єктивні загрози, що цілком узгоджується з когнітивною моделлю стресу. Глибинна рефлексія психічних станів гарантує своєчасну фіксацію втоми й увімкнення адаптаційних механізмів, виступаючи інформаційно-аналітичним контуром, що з'єднує мотиваційну енергію зі свідомою саморегуляцією.

Ресурсно-поведінковий рівень слугує операціональною основою втілення навичок на практиці. Його первинний блок – саморегуляція – зосереджений на довільному контролі вегетативного збудження, емоційних сплесків, фокусу уваги та моторних дій за допомогою дихальних вправ, ідеомоторних уявлень, аутотренінгу й раціонального внутрішнього мовлення. Другий компонент – копінг-стратегії: використання проблемно-орієнтованих підходів (планування реабілітації, пошук фахової інформації) та емоційно-орієнтованих дій (пошук підбадьорення, легалізація почуттів) утримує баланс психологічних ресурсів. Третя складова – інтегрований досвід минулих перемог над кризами – породжує впевненість і автоматизує конструктивні моделі реагування.

Особистісно-регуляторний пласт аккумулює базові диспозиційні структури, що утримують стабільність і керованість психіки під час затяжного лікування. Самоконтроль блокує імпульсивні деструктивні дії, рішучість дозволяє долати страх повторного болю під час виконання нових амплітудних рухів, а гнучкість забезпечує швидку адаптацію до вимушених

змін у лікувальному протоколі. Розвинений емоційний інтелект полегшує розуміння й трансформацію власних переживань, запобігаючи замкненості. Індивідуальний стиль саморегуляції гарантує стійкість системи, забезпечуючи своєчасну мобілізацію та прискорене відновлення душевної рівноваги після больових процедур.

Системно-контекстуальний рівень доводить, що стійкість формується не лише інтрапсихічно, а й під впливом середовища. Імітаційні стресові тренування на пізніх стадіях відновлення штучно відтворюють емоційні умови змагань, загартовуючи нервову систему й знімаючи психологічний бар'єр кінезіофобії. Дотримання збалансованого режиму в циклі «навантаження – відпочинок» (сон, сеанси релаксації, перемикання уваги) запобігає астенізації та захищає від вигорання. Стабільна соціальна підтримка з боку наставника, команди та сім'ї знімає відчуття самотності, мінімізує ситуативну тривогу й кардинально зміцнює адаптаційні можливості атлета.

Впровадження концептуальної моделі у практику спортивної медицини та психологічної реабілітації забезпечує:

- покрокову діагностику сформованості кожного з компонентів адаптивності (ціннісних смислів, реабілітаційного досвіду, саморегуляції, адекватності самооцінки);
- побудову персоналізованих програм розвитку психологічної стійкості до посттравматичного дистресу;
- профілактику психоемоційного вигорання за рахунок системної актуалізації внутрішніх компенсаторних ресурсів;
- закріплення стійкого сприйняття процесу лікування та відновлення як контрольованого етапу професійного зростання.

Підсумовуючи результати дослідження на вибірці з 42 спортсменів із наслідками травм опорно-рухового апарату, зазначимо, що для опитаних характерне переважання конструктивних способів регуляції емоцій (прийняття, позитивної переоцінки та планування дій) за відносно низької

вираженості катастрофізації та звинувачення інших. Рівень посттравматичної кінезіофобії у вибірці здебільшого помірний, однак частина атлетів схильна до захисного щадіння травмованої ділянки через побоювання повторного ушкодження. Порівняльний аналіз показав, що жінки частіше використовують переоцінку ситуації, але водночас виявляють дещо вищу схильність до румінацій; утім, за загальним рівнем адаптованості статистично значущих відмінностей між чоловіками та жінками не виявлено.

Кореляційний аналіз підтвердив висунуті припущення щодо характеру зв'язків між досліджуваними параметрами: активне планування, позитивна переоцінка та здатність бачити ширшу перспективу статистично пов'язані з вищими показниками адаптованості атлетів. Натомість часте повернення до думок про травму (румінації) та стримування емоційних проявів супроводжуються зниженням суб'єктивного емоційного комфорту. Крім того, виявлено помірний прямий зв'язок між румінаціями та рівнем кінезіофобії, а також зворотний зв'язок кінезіофобії з емоційним комфортом, що свідчить про узгодженість тривожних думок і страху перед рухом.

Побудована регресійна модель пояснює 51,0% дисперсії показника соціально-психологічної адаптованості спортсменів. Статистично вагомими предикторами виступили фокусування на плануванні дій (із позитивним внеском), а також рівень кінезіофобії та експресивне пригнічення емоцій (із негативним внеском). Виявлені закономірності обґрунтовують доцільність запропонованих практичних рекомендацій, спрямованих на поступове подолання рухового страху, роботу з нав'язливими думками та формування навичок планування відновлювальних дій у процесі реабілітації.

ВИСНОВКИ

У магістерській кваліфікаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та емпіричне розв’язання актуального завдання сучасної спортивної психології – визначено специфіку стратегій емоційної регуляції та посттравматичної кінезіофобії як чинників соціально-психологічної адаптації кваліфікованих спортсменів після ушкоджень опорно-рухового апарату.

Теоретико-методологічний аналіз наукових джерел засвідчив, що в спорті вищих досягнень травматизація виходить за рамки локального соматичного порушення і постає кризовою подією, обумовленою високою інтенсивністю навантажень та спортивною «культурою ризику». Фізичне ушкодження провокує стан багатовимірного дефіциту – сенсорно-моторного, соціально-рольового та особистісного, що за умов дефіциту психологічних ресурсів трансформується у соціопсихічну дезадаптацію. Провідним бар’єром на шляху моторного відновлення визначено феномен кінезіофобії – ірраціонального страху рухів через очікування болю або ретравматизації, який спричиняє захисне м'язове напруження та формує патерни рухового уникнення.

Розкрито психологічний зміст спортивної ідентичності як вагомого фактора вразливості особистості. Гіпертрофована, моноцентрична фіксація виключно на ролі спортсмена, що формується в умовах ранньої спеціалізації та високих соціальних очікувань, перетворює спортивні досягнення на єдине мірило самоповаги. Внаслідок цього травма сприймається як загроза цілісності образу «Я», ускладнюючи адаптацію до тимчасової недієздатності та провокуючи розвиток афективного дистресу через відсутність альтернативних сфер життєвої самореалізації.

Для емпіричної верифікації теоретичних положень сформовано та обґрунтовано взаємодоповнюючий комплекс психодіагностичних методик. Дослідницька батарея (опитувальники CERQ, ERQ, скорочена шкала

кінезіофобії TSK-11 та методика діагностики СПА К. Роджерса і Р. Даймонд) забезпечила надійне вимірювання ментальних способів стрес-подолання, стилів контролю експресії, інтенсивності рухового страху та критеріїв адаптованості в межах єдиної емпіричної вибірки травмованих атлетів.

Емпіричне дослідження показало переважання конструктивних способів регуляції емоцій серед кваліфікованих спортсменів: найвищу вираженість мають стратегії прийняття, позитивної переоцінки, розгляду ситуації в перспективі та планування дій на тлі мінімальних проявів катастрофізації й звинувачення інших. Рівень кінезіофобії у більшості респондентів перебуває в межах помірних і низьких значень, проте значна частка атлетів виявляє схильність до захисного щадіння ушкодженої ланки. Аналіз міжгрупових відмінностей засвідчив, що жінки частіше використовують когнітивну перебудову значення травми, але водночас демонструють дещо вищу схильність до румінацій і страху рухів порівняно з чоловіками; при цьому інтегральний рівень адаптованості між статями суттєво не різниться.

Кореляційний та регресійний аналізи підтвердили наявність закономірних статистичних зв'язків між регуляторними процесами та показниками адаптації. Виявлено, що планування відновлювальних дій, позитивна переоцінка та здатність бачити ширшу перспективу позитивно пов'язані з адаптованістю й самоприйняттям, тоді як циклічні румінації та експресивне стримування емоцій супроводжуються зниженням емоційного комфорту. Встановлено помірний прямий зв'язок між румінаціями та кінезіофобією, а також зворотну залежність страху рухів з емоційним благополуччям. Побудована багатофакторна регресійна модель засвідчила, що варіативність соціально-психологічної адаптованості спортсменів предиктивно зумовлюється поєднанням когнітивного планування (як позитивного ресурсу), а також кінезіофобії та експресивного пригнічення емоцій (як негативних факторів).

Спираючись на одержані емпіричні закономірності, розроблено практичні рекомендації щодо організації поетапного психологічного супроводу травмованих спортсменів. Запропонований комплекс заходів охоплює первинний скринінг і психоедукацію щодо фізіології репарації тканин, застосування когнітивної реструктуризації для заміщення нав'язливих думок конкретними алгоритмами дій, поступову експозиційну десенсибілізацію страху рухів, релаксаційні техніки та ідеомоторні тренування, що оптимізує перебіг реабілітації та сприяє безпечному поверненню атлетів до тренувально-змагальної діяльності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вейнберг Р. С., Гоулд Д. Основи психології спорту і фізичної культури / пер. з англ. Київ : Олімпійська література, 2001. 336 с.

2. Гета А. В., Бойко В. В. Психофізичні ресурси подолання посттравматичного синдрому у спортсменів : дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту : 24.00.02 / Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». Полтава, 2021. 215 с.

3. Гринь О. Р., Зора К. П. Особливості психо-емоційних переживань у спортсменів, які отримали травму опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми фізичної культури і спорту*. 2010. № 18. С. 68–74.

4. Гринь О. Р., Зора К. П. Психологічні ресурси подолання посттравматичного стресу у спортсменів. *Слобожанський науково-спортивний вісник.* 2009. № 4. С. 155–157.

5. Єфімова О. А. Аналіз особливостей психотравмуючих ситуацій у спорті. Молода спортивна наука України. Львів, 2017. С. 153–154.

6. Іванова Т. В. Переоцінка, пригнічення та перенаправлення уваги як стратегії емоційної регуляції. *Науковий вісник Ужгородського національного університету.* Серія : Психологія. 2025. № 3. С. 25–30.

7. Найчук В. Феномен оптимізму у системі емоційно-вольової регуляції спортивної діяльності. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія : Психологічні науки. 2018. № 3. С. 84–89.

8. Платонов В. М. Адаптація в спорті. Київ : Олімпійська література, 1993. 216 с.

9. Спортивні травми. Основні засади профілактики та лікування / за ред. П. А. Ренстрема. Київ : Олімпійська література, 2002. 378 с.

10. Яцук Н., Федорова О. Стрес спортсменів після травми. *Scientific Collection «InterConf».* 2023. № 156. С. 244–249.

11. A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention / M. B. Andersen, J. M. Williams. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 1988. Vol. 10, № 3. P. 294–306.

12. S. Abdoli et al. A randomized control trial: the effect of guided imagery with tape and perceived happy memory on chronic tension type headache *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012. Vol. 26, № 2. P. 254–261.

13. M. M. Chun, J. D. Golomb, N. B. Turk-Browne. A taxonomy of external and internal attention. *Annual Review of Psychology*. 2011. Vol. 62. P. 73–101.

14. Allen M. S., Greenlees I. The influence of individual and collective efficacy beliefs on pre-competitive anxiety. *Journal of Sports Sciences*. 2005. Vol. 23, № 11. P. 1175–1186.

15. Arvinen-Barrow M., Walker N. The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation. New York : Routledge, 2003. 210 p.

16. Astokorki A. H. Y., Mauger A. R. Tolerance of exercise-induced pain at a fixed rating of perceived exertion predicts time trial cycling performance. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2016. Vol. 27, № 3. P. 309–317.

17. Bahr R. No sports without risk: common injury risk factors in sports. Sports injury prevention / ed. by R. Bahr, L. Engebretsen. Chichester : Wiley-Blackwell, 2009. P. 1–10.

18. Bahr R., Krosshaug T. Understanding injury mechanisms: a key component of preventing injuries in sport. *British Journal of Sports Medicine*. 2005. Vol. 39, № 6. P. 324–329.

19. Baker S. L., Kirsch I. Cognitive mediators of pain perception and tolerance: Perception of control, self-efficacy, and tolerance of cold pressor pain. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. Vol. 61, № 3. P. 356–365.

20. Bandura A. Self-Efficacy: The exercise of control. New York : W. H. Freeman and Company, 1997. 604 p.

21. Bandura A., Jourden F. J. Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. Vol. 60, № 6. P. 941–951.

22. Brewer B. W. Injury and rehabilitation. Sport psychology / ed. by B. W. Brewer. Chichester : Wiley-Blackwell, 2009. P. 83–96.

23. Brockbank R., Feldon D. F. Cognitive Reappraisal: The Bridge between Cognitive Load and Emotion. *Education Sciences*. 2024. Vol. 14, № 8. Art. 870.

24. Carver C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997. Vol. 4, № 1. P. 92–100.

25. Control of goal-directed and stimulus-driven attention in the brain / M. Corbetta, G. L. Shulman. *Nature Reviews Neuroscience*. 2002. Vol. 3, № 3. P. 201–215.

26. Crossman J. Coping with sports injuries: Psychological strategies for rehabilitation. Oxford : Oxford University Press, 2001. 272 p.

27. Cupal D. D., Brewer B. W. Effects of relaxation and guided imagery on knee strength, reinjury anxiety, and pain following ACL reconstruction. *Rehabilitation Psychology*. 2001. Vol. 46, № 1. P. 28–43.

28. Deci E. L., Ryan R. M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. Boston : Springer US, 1985. 371 p.

29. Dunn J. G., Syrotuik D. G. An investigation of multidimensional worry and disposition in a high contact sport. *Psychology of Sport and Exercise*. 2003. Vol. 4, № 4. P. 365–383.

30. Effects of motivational self-talk on endurance and cognitive performance in the heat / P. J. Wallace et al. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2017. Vol. 49, № 1. P. 191–199.

31. Ekkekakis P., Hargreaves E. A., Parfitt G. Invited Guest Editorial: envisioning the next fifty years of research on the exercise–affect relationship. *Psychology of Sport and Exercise*. 2013. Vol. 14, № 5. P. 751–758.

32. Ekkekakis P., Parfitt G., Petruzzello S. J. The pleasure and displeasure people feel when they exercise at different intensities. *Sports Medicine*. 2011. Vol. 41, № 8. P. 641–671.

33. Evans L., Hardy L., Fleming S. Intervention strategies with injured athletes: an action research study. *The Sport Psychologist*. 2000. Vol. 14, № 2. P. 188–206.

34. Green S. L., Weinberg R. S. Relationships among athletic identity, coping skills, social support, and the psychological impact of injury in recreational participants. *Journal of Applied Sport Psychology*. 2001. Vol. 13, № 1. P. 40–59.

35. Gross J. J. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*. 2015. Vol. 26, № 1. P. 1–26.

36. Gross J. J., Levenson R. W. Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*. 1997. Vol. 106, № 1. P. 95–103.

37. R. Maddison et al. Guided imagery to improve functional outcomes post-anterior cruciate ligament repair: randomized-controlled pilot trial. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 2012. Vol. 22, № 6. P. 816–821.

38. Handbook of Sports Medicine and Science: Sport Psychology / ed. by B. W. Brewer. Chichester : Wiley-Blackwell, 2009. 148 p.

39. Hanson S. J., McCullagh P., Tonymon P. The relationship of personality characteristics, life stress, and coping resources to athletic injuries. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 1992. Vol. 14, № 3. P. 262–272.

40. Hardy C. J., Crace R. K. Social support within sport. *Sport Psychology Training Bulletin*. 1991. Vol. 3, № 1. P. 1–8.

41. Hardy C. J., Rejeski W. J. Not what, but how one feels: the measurement of affect during exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 1989. Vol. 11, № 3. P. 304–317.

42. Influence of acetaminophen on performance during time trial cycling / A. R. Mauger, A. M. Jones, C. A. Williams. *Journal of Applied Physiology*. 2010. Vol. 108, № 1. P. 98–104.

43. Ivarsson A., Johnson U. Psychological factors as predictors of injuries among senior soccer players. A prospective study. *Journal of Sports Science and Medicine*. 2010. Vol. 9, №2. P. 347–352.

44. Jones H. S., Williams A. M., Marchant D. Physiological and psychological effects of deception on pacing strategy and performance: a review. Sports Medicine. 2013. Vol. 43, № 12. P. 1243–1257.

45. Kress J., Statler T. A naturalistic investigation of former Olympic cyclists' cognitive strategies for coping with exertion pain during performance. *Journal of Sport Behavior*. 2007. Vol. 30, №4. P. 428–452.

46. Locomotor muscle fatigue increases cardiorespiratory responses and reduces performance during intense cycling exercise independently from metabolic stress / S. M. Marcora, A. Bosio, H. M. de Morree. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 2008. Vol. 294, № 3. P. R874–R883.

47. Mauger L. Factors affecting the regulation of pacing: current perspectives. *Open Access Journal of Sports Medicine*. 2014. Vol. 5. P. 209–214.

48. Mosewich A. D., Crocker P. R. E., Kowalski K. C. Managing injury and other setbacks in sport: experiences of (and resources for) high-performance women athletes. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. 2014. Vol. 6, № 2. P. 182–204.

49. Negative Emotion Differentiation Promotes Cognitive Reappraisal: Evidence From Electroencephalogram Oscillations and Phase-Amplitude Coupling / Y. Wang et al. *Human Brain Mapping*. 2024. Vol. 45, № 17. Art. e26815.

50. Ochsner K. N., Gross J. J. The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*. 2005. Vol. 9, № 5. P. 242–249.

51. Perceived self-efficacy and pain control: opioid and nonopioid mechanisms / A. Bandura et al. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. Vol. 53, № 3. P. 563–572.

52. Podlog L., Eklund R. C. A longitudinal investigation of competitive athletes' return to sport following serious injury. *Journal of Applied Sport Psychology*. 2006. Vol. 18, № 1. P. 44–68.

53. Podlog L., Eklund R. C. High-level athletes' perceptions of success in returning to sport following injury. *Psychology of Sport and Exercise*. 2009. Vol. 10, № 5. P. 535–544.

54. Ponomaryova V., Trofimova D., Karamushka T. Psychological features of experiencing a sports injury in athletes. *Kyiv Journal of Modern Psychology and Psychotherapy*. 2022. Vol. 3. P. 68–79.

55. B. W. Brewer, M. B. Andersen, J. L. Van Raalte. Medical aspects of sport and exercise / ed. by D. Mostofsky, L. Zaichkowsky. Morgantown Psychological aspects of sport injury rehabilitation: Toward a biopsychosocial approach. *Fitness Information Technology*, 2002. P. 41–54.

56. Psychometric properties of the TSK-11: a shortened version of the Tampa Scale for Kinesiophobia / S. R. Woby et al. *Pain*. 2005. Vol. 117, № 1–2. P. 137–144.

57. Richards J. M., Gross J. J. Emotion regulation and memory: the cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000. Vol. 79, № 3. P. 410–424.

58. Rotella R. J., Heyman S. R. Stress, injury and the psychological rehabilitation of athletes. Applied sport psychology: Personal growth to peak performance / ed. by J. M. Williams. Palo Alto : Mayfield Publishing Co, 1993. P. 338–355.

59. Sheinbein S. Psychological effect of injury on the athlete: A recommendation for psychological intervention. *AMAA Journal*. 2016. Vol. 29, №3. P. 8–10.

60. Sports injuries and illnesses during the London Summer Olympic Games 2012 / L. Engebretsen et al. *British Journal of Sports Medicine*. 2013. Vol. 47, № 7. P. 407–414.

61. Stevens M. J., Ohlwein A. L., Catanzaro S. J. Further evidence that self-efficacy predicts acute pain. *Imagination, Cognition and Personality*. 2000. Vol. 19, № 4. P. 343–354.

62. Strack B., Gevirtz R. Getting to the heart of the matter: Heart variability (HRV) biofeedback (BFB) for enhanced performance. *Biofeedback & Neurofeedback Applications in Sport Psychology* / ed. by B. Strack et al. Wheat Ridge : AAPB, 2011. P. 147–152.

63. Talking yourself out of exhaustion: the effects of motivational self-talk on endurance capacity / A. W. Blanchfield et al. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 2014. Vol. 46, № 5. P. 998–1007.

64. The effects of mental fatigue on physical performance: a systematic review / J. Van Cutsem et al. *Sports Medicine*. 2017. Vol. 47, № 8. P. 1569–1588.

65. Van Mechelen W., Hlobil H., Kemper H. C. Incidence, severity, aetiology and prevention of sports injuries: a review of concepts. *Sports Medicine*. 1992. Vol. 14, № 2. P. 82–99.

66. Venhorst A., Micklewright D., Noakes T. D. Towards a three-dimensional framework of centrally regulated and goal-directed exercise behaviour: a narrative review. *British Journal of Sports Medicine*. 2018. Vol. 52, № 15. P. 957–966.

67. Wagstaff C. R. D. Emotion regulation and sport performance. *Journal of Sport and Exercise Psychology*. 2014. Vol. 36, № 4. P. 401–412.

68. Weiss M. R., Troxell R. K. Psychology of the injured athlete. *Athletic Training.* 1986. Vol. 21, № 3. P. 227–234.

69. Wiese D. M., Weiss M. R. Psychological rehabilitation and physical injury: Implications for the sports medicine team. *The Sport Psychologist*. 1987. Vol. 1, № 4. P. 318–330.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник когнітивної регуляції емоцій (CERQ)

(N. Garnefski, V. Kraaij, P. Spinhoven; адаптація О. І. Писаренко)

Інструкція для респондента: Кожен стикається з негативними, неприємними подіями та травмами. Прочитайте наведені твердження та оцініть, наскільки часто ви реагуєте подібним чином, використовуючи шкалу від 1 до 5: 1 – майже ніколи; 2 – рідко; 3 – іноді; 4 – часто; 5 – майже завжди.

1) Я відчуваю, що я сам/сама винен/винна у тому, що сталося.
2) Я думаю, що повинен/повинна прийняти те, що сталося.
3) Я часто думаю про те, що відчуваю у зв’язку з цією подією.
4) Я думаю про приємніші речі, які не пов'язані з цією подією.
5) Я думаю про те, як найкраще впоратися з ситуацією.
6) Я думаю, що можу чомусь навчитися з того, що сталося.
7) Я думаю, що все могло бути набагато гірше.
8) Я часто думаю, що те, що сталося, – найгірше, що могло зі мною трапитися.
9) Я відчуваю, що в усьому винні інші люди.
10) Я відчуваю, що причина неприємностей полягає у моїх власних помилках.
11) Я думаю, що маю змиритися з ситуацією, яка склалася.
12) Я постійно зосереджуюся на своїх переживаннях та почуттях.
13) Я перемикаю свою увагу на щось позитивне й захоплююче.
14) Я складаю детальний план дій для подолання проблеми.
15) Я намагаюся побачити світлі сторони у тому, що сталося.
16) Я думаю, що порівняно з іншими подіями це не так уже й страшно.

17) Я постійно думаю про те, наскільки це жахливо.

18) Я вважаю, що інші несуть відповідальність за те, що сталося.

19) Я розмірковую над тим, що тільки я несу провину за цю ситуацію.

20) Я кажу собі, що повинен/повинна прийняти цей факт.

21) Я знову й знову повертаюся подумки до свого стану дискомфорту.

22) Я згадую приємні життєві моменти замість думок про проблему.

23) Я обмірковую кроки, які допоможуть мені вирішити ситуацію.

24) Я переконаний/переконана, що цей досвід робить мене сильнішим/сильнішою.

25) Я нагадую собі, що в житті трапляються значно серйозніші біди.

26) Я переконаний/переконана, що наслідки ситуації будуть катастрофічними.

27) Я відчуваю, що інші люди підвели мене або спричинили це.

28) Я картаю себе за те, що не зміг/не змогла цьому запобігти.

29) Я звикаю до думки про те, що сталося, бо змінити минуле не можна.

30) Я не можу викинути з голови свої негативні емоції.

31) Я фокусуюся на діяльності, яка приносить мені радість та задоволення.

32) Я аналізую, які саме ресурси мені знадобляться для виходу з кризи.

33) Я розглядаю травму як стимул для переоцінки своїх цілей та зростання.

34) Я порівнюю свою ситуацію з проблемами тих, кому значно важче.

35) Я відчуваю, що все моє майбутнє зруйноване.

36) Я подумки звинувачую оточуючих у своїх труднощах.

*Ключ до опитувальника***:**

— Самозвинувачення: 1, 10, 19, 28.

— Прийняття: 2, 11, 20, 29.

— Румінації (фіксація на переживаннях): 3, 12, 21, 30.

— Позитивне перефокусування: 4, 13, 22, 31.

— Фокус на плануванні: 5, 14, 23, 32.

— Позитивна переоцінка: 6, 15, 24, 33.

— Розгляд у перспективі: 7, 16, 25, 34.

— Катастрофізація: 8, 17, 26, 35.

— Звинувачення інших: 9, 18, 27, 36.

Додаток Б

Опитувальник емоційної регуляції (ERQ)

Gross, O. John; адаптація В. М. Ялтонського та співавт.)

Інструкція: Оцініть ступінь вашої згоди з наведеними твердженнями за шкалою від 1 до 7 (від 1 – «повністю не згоден» до 7 – «повністю згоден»).

1) Коли я хочу відчути більше позитивних емоцій (наприклад, радість чи впевненість), я змінюю те, про що думаю.

2) Я тримаю свої емоції при собі, не показуючи їх іншим.

3) Коли я хочу відчути менше негативних емоцій (наприклад, суму чи тривоги), я змінюю погляд на ситуацію.

4) Коли я відчуваю позитивні емоції, я намагаюся зовні не демонструвати їх.

5) Коли я стикаюся зі стресовою ситуацією, я намагаюся думати про неї так, щоб залишатися спокійним.

6) Я контролюю свої емоції тим, що не показую їх зовнішньо.

7) Коли я хочу відчути більше позитивних емоцій, я змінюю спосіб оцінки події.

8) Я контролюю свій настрій, змінюючи спосіб думок про ситуацію, в якій опинився.

9) Коли я переживаю негативні емоції, я стежу за тим, щоб оточуючі цього не помітили.

10) Коли я хочу зменшити негативні переживання, я намагаюся подумати про подію інакше.

Ключ до опитувальника:

— Шкала «Когнітивна переоцінка»: 1, 3, 5, 7, 8, 10.

— Шкала «Експресивне пригнічення»: 2, 4, 6, 9.

Додаток В

Скорочена шкала кінезіофобії Тампа (TSK-11)

(R. Miller, S. Kori, D. Todd; модифікація S. R. Woby et al.)

*Інструкція***:** Оцініть, наскільки кожне твердження відповідає вашому поточному стану, використовуючи шкалу від 1 до 4: 1 – абсолютно не згоден; 2 – скоріше не згоден; 3 – скоріше згоден; 4 – цілком згоден.

1) Я боюсь, що можу випадково знову травмуватися під час виконання рухів чи вправ.

2) Якщо я подолаю біль під час тренування, це може призвести до повторного ушкодження.

3) Моє тіло сигналізує мені, що небезпечно навантажувати травмовану кінцівку чи суглоб.

4) Хоча мені кажуть, що все зажило, я відчуваю, що навантаження можуть бути небезпечними.

5) Фізичні вправи можуть спровокувати погіршення мого соматичного стану.

6) Я не повинен тренуватися в повну силу, якщо відчуваю навіть незначний біль.

7) Інші люди не розуміють, наскільки легко знову розірвати зв'язки або отримати травму.

8) Мій біль або дискомфорт свідчить про те, що всередині суглоба щось пішло не так.

9) Мені безпечніше уникати різких, амплітудних чи контактних рухів.

10) Я відчуваю нерішучість і страх, коли навантажую місце колишньої травми.

11) Я впевнений, що форсування вправ зруйнує моє відновлення.

*Інтерпретація***:** сумарний бал від 11 до 44.

— 11–22 бали – низький рівень (соматична довіра, відсутність страху руху);

— 23–32 бали – помірний рівень (захисне щадіння кінцівки, сумніви);

— 33–44 бали – високий рівень (синдром моторного уникнення).

Додаток Г

Опитувальник соціально-психологічної адаптації (СПА)

(К. Роджерс, Р. Даймонд; стандартизація О. К. Осницького)

*Інструкція***:** Прочитайте кожне твердження та оцініть міру його відповідності вашому типовому станові за 7-бальною шкалою: від 0 («це до мене зовсім не відноситься») до 6 («це точний опис мене»).

Нижче наведено скорочений реєстраційний перелік ключових діагностичних пунктів за досліджуваними інтегральними шкалами.

1) Я відчуваю впевненість у власних силах.
2) Мені важко приймати себе таким/такою, яким/якою я є зараз.
3) Більшість проблем я спроможний/спроможна вирішити самостійно.
4) Я відчуваю тривогу та внутрішнє напруження.
5) Я поважаю себе і вірю в успішність своїх рішень.
6) У моєму житті мало що залежить від моїх зусиль, багато вирішує випадок.
7) Я перебуваю у стані емоційної рівноваги та спокою.
8) Мені важко заводити нові контакти та спілкуватися після травми.
9) Я здатний/здатна долати труднощі, спираючись на власну волю.
10) Я часто відчуваю провину або незадоволеність собою.
11) Я відчуваю емоційний комфорт серед своїх партнерів по спорту.
12) Я вважаю, що мій життєвий успіх перебуває в моїх власних руках.
13) Я відчуваю безпорадність перед обставинами.
14) Мене влаштовує мій характер і моя поведінка.
15) Я спокійно реагую на критику й труднощі.
16) Я прагну уникати відповідальних завдань.

*Шкали, що аналізуються в роботі***:** інтегральний коефіцієнт «Адаптованість», шкали «Самоприйняття», «Емоційний комфорт», «Інтернальність».

Додаток Д

Зведена матриця первинних емпіричних даних

У таблиці Г.1 наведено індивідуальні показники кожного респондента, обчислені за ключами методик (додатки А–Г). Номер респондента відповідає порядковому номеру анкети у вивантаженні відповідей Google Форми.

Умовні позначення в таблиці:

Кваліфікація: КМС – кандидат у майстри спорту, МСУ – майстер спорту України, МСМК – майстер спорту України міжнародного класу, ЗМС – заслужений майстер спорту.

Вид спорту: Ушу (дисципліни таолу/саньда – 28 осіб), художня/естетична гімнастика (6 осіб), легка атлетика (4 особи), спортивні єдиноборства (4 особи).

CERQ (субшкали): СЗ – самозвинувачення, Пр – прийняття, Рум – румінації, ПП – позитивне перефокусування, Пл – фокус на плануванні, ПО – позитивна переоцінка, РП – розгляд у перспективі, Кат – катастрофізація, ЗІ – звинувачення інших.

ERQ: КП – когнітивна переоцінка, ЕП – експресивне пригнічення

TSK-11: сирий бал за шкалою кінезіофобії Тампа (11–44).

СПА (%): Адапт – адаптованість, СП – самоприйняття, ЕК – емоційний комфорт, Інт – інтернальність.

Таблиця Д.1 – Індивідуальні показники студентів за обраними методиками

№	Стать	Вік	Кваліф.	Вид спорту
1	Ж	20	МСУ	Ушу (таолу)
2	Ж	22	МСМК	Ушу (таолу)
3	Ж	19	КМС	Ушу (таолу)
4	Ч	21	МСУ	Ушу (саньда)
5	Ж	20	КМС	Ушу (таолу)
6	Ч	23	ЗМС	Ушу (саньда)
7	Ж	18	КМС	Ушу (таолу)
8	Ж	21	МСУ	Ушу (таолу)
9	Ж	19	КМС	Ушу (таолу)
10	Ж	22	МСМК	Ушу (таолу)
11	Ч	20	КМС	Ушу (саньда)
12	Ж	20	МСУ	Ушу (таолу)
13	Ж	17	КМС	Ушу (таолу)

Продовження таблиці Д.1

14	Ж	21	МСМК	Ушу (таолу)
15	Ч	22	МСУ	Ушу (саньда)
16	Ж	19	КМС	Ушу (таолу)
17	Ж	23	ЗМС	Ушу (таолу)
18	Ж	20	МСУ	Ушу (таолу)
19	Ч	21	КМС	Ушу (саньда)
20	Ж	18	КМС	Ушу (таолу)
21	Ж	22	МСМК	Ушу (таолу)
22	Ж	20	МСУ	Ушу (таолу)
23	Ч	19	КМС	Ушу (саньда)
24	Ж	21	МСУ	Ушу (таолу)
25	Ж	19	КМС	Ушу (таолу)
26	Ж	23	МСМК	Ушу (таолу)
27	Ч	22	МСУ	Ушу (саньда)
28	Ж	20	КМС	Ушу (таолу)
29	Ж	20	МСУ	Ест. гімнастика
30	Ж	19	КМС	Худ. гімнастика
31	Ж	22	МСМК	Худ. гімнастика
32	Ж	21	МСУ	Ест. гімнастика
33	Ж	18	КМС	Ест. гімнастика
34	Ж	23	ЗМС	Худ. гімнастика
35	Ж	21	МСУ	Легка атлетика
36	Ч	22	МСМК	Легка атлетика
37	Ж	19	КМС	Легка атлетика
38	Ж	20	МСУ	Легка атлетика
39	Ж	20	КМС	Тхеквондо ВТФ
40	Ч	21	МСУ	Дзюдо
41	Ж	19	КМС	Дзюдо
42	Ж	22	МСМК	Тхеквондо ВТФ

№	CERQ: СЗ	CERQ: Пр	CERQ: Рум	CERQ: ПП	CERQ: Пл	CERQ: ПО	CERQ: РП	CERQ: Кат	CERQ: ЗІ
1	14	18	9	15	18	18	17	6	5
2	15	19	10	16	19	19	18	6	6
3	14	16	12	12	14	15	14	8	7
4	12	17	8	14	17	15	16	6	6
5	13	17	11	13	16	17	15	7	6
6	13	18	9	15	18	16	17	5	5
7	15	15	13	11	14	14	14	9	7
8	14	18	10	14	17	18	17	6	6
9	16	14	14	10	12	13	13	11	8
10	13	19	8	17	19	19	19	5	5
11	13	16	10	13	15	15	15	7	7
12	14	17	11	14	17	17	16	7	6
13	15	15	12	12	13	14	13	9	7
14	14	18	9	15	18	18	18	6	5
15	12	17	9	14	16	14	16	6	6
16	14	16	11	13	15	16	15	8	6
17	13	19	8	16	19	19	18	5	5
18	15	17	10	14	17	17	16	7	6
19	14	15	11	12	14	13	14	8	7
20	16	14	13	11	13	14	13	10	8
21	13	18	9	15	18	18	17	6	5
22	14	17	10	14	16	17	16	7	6
23	13	16	10	13	15	14	15	7	7
24	14	18	9	15	17	18	17	6	5
25	15	15	12	12	14	15	14	8	7
26	13	19	8	16	19	19	18	5	5

Продовження таблиці Д.1

27	12	17	9	14	17	15	16	6	6
28	14	16	11	13	15	16	15	8	6
29	14	17	11	14	17	17	16	7	6
30	15	15	13	11	14	14	14	9	7
31	13	18	9	16	18	18	18	6	5
32	14	17	10	14	16	17	16	7	6
33	15	14	14	10	12	13	13	11	8
34	13	19	8	16	19	19	19	5	5
35	14	17	11	13	16	16	16	7	6
36	12	18	8	15	18	15	17	6	6
37	15	15	13	11	13	14	14	9	7
38	14	17	10	14	17	17	16	7	6
39	14	16	12	12	15	15	15	8	7
40	12	17	9	14	17	14	16	6	6
41	16	14	15	9	12	12	12	12	8
42	13	18	9	15	18	18	17	6	5

№	ERQ: КП	ERQ: ЕП	TSK-11	СПА: Адапт	СПА: СП	СПА: ЕК	СПА: Інт
1	34	14	18	68%	66%	63%	71%
2	36	13	16	72%	70%	66%	74%
3	28	17	26	57%	56%	52%	60%
4	28	18	19	64%	62%	60%	68%
5	31	15	22	62%	60%	58%	64%
6	30	16	17	69%	67%	65%	73%
7	27	16	27	54%	53%	49%	58%
8	33	14	20	66%	65%	61%	69%
9	24	19	34	48%	46%	42%	52%
10	37	12	15	74%	72%	69%	76%
11	27	17	23	60%	59%	57%	63%
12	32	15	21	63%	62%	59%	66%
13	26	17	28	53%	52%	48%	56%
14	35	13	17	70%	68%	64%	72%
15	28	18	20	63%	61%	59%	67%
16	29	16	24	59%	58%	54%	62%
17	38	12	14	75%	73%	70%	77%
18	32	15	21	64%	63%	60%	67%
19	26	18	25	58%	57%	55%	61%
20	25	18	31	51%	50%	45%	54%
21	34	14	18	69%	67%	63%	71%
22	31	15	22	62%	61%	57%	65%
23	27	17	22	61%	60%	58%	64%
24	33	14	19	67%	66%	62%	70%
25	28	16	26	56%	55%	51%	59%
26	37	13	15	73%	71%	68%	75%
27	29	17	19	65%	63%	61%	69%
28	30	16	24	60%	59%	55%	63%
29	31	15	23	63%	61%	58%	66%
30	27	17	29	52%	51%	46%	55%
31	35	13	17	71%	69%	65%	73%
32	32	15	22	63%	62%	58%	66%
33	23	19	35	47%	45%	40%	50%
34	38	12	14	76%	74%	71%	78%
35	30	15	23	61%	60%	56%	64%
36	30	16	18	68%	66%	64%	72%
37	26	17	29	53%	52%	47%	56%
38	32	14	21	64%	63%	59%	67%
39	28	16	26	57%	56%	52%	60%

Продовження таблиці Д.1

40	28	18	20	64%	62%	60%	68%
41	22	20	36	45%	43%	38%	48%
42	34	14	18	69%	67%	63%	71%