

Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка

Факультет педагогіки і психології
Кафедра психології розвитку та консультування

Кваліфікаційна робота
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ЧИННИКІВ ТА
МІЖСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Спеціальність 053 Психологія
ОПП «Психологія конфлікту та практична медіація»

Здобувачки другого (магістерського)
рівня вищої освіти, групи змПКМ-29
Луканюк Наталії Михайлівни

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:
кандидат психологічних наук, доцент
Андрійчук Іванна Петрівна

РЕЦЕНЗЕНТ:
кандидат психологічних наук, доцент
Вовк Валентина Олегівна

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ ТА МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	8
1.1 Поняття та особливості психотравматизації.....	8
1.2 Міжособистісні стосунки та їх значення для військовослужбовців.....	15
1.3 Чинники виникнення психотравматизації та їх вплив на міжособистісні стосунки.....	23
1.4 Вплив психотравматизації на поведінкові аспекти військовослужбовців	30
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ ТА МІЖОСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	43
2.1 Опис та обґрунтування методів і методик дослідження.....	43
2.2 Кількісний та якісний аналіз результатів дослідження.....	53
2.3 Визначення основних залежностей між рівнем психотравматизації та якістю міжособистісних стосунків.....	68
РОЗДІЛ 3 ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	76
3.1 Головні етапи процесу соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців.....	76
3.2 Сучасні методи психологічної допомоги для реабілітації військовослужбовців.....	83
3.3 Програма розвитку міжособистісних навичок для військовослужбовців, які зазнали психотравматизації.....	89
ВИСНОВКИ	102
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	107
ДОДАТКИ.....	115

ВСТУП

Актуальність дослідження. На сьогодні актуальність дослідження визначається зростаючою потребою в глибокому вивченні впливу психотравматизації на міжособистісні стосунки військовослужбовців, зокрема тих, хто зазнав бойових дій. У сучасному світі, де зберігається високий рівень військових конфліктів, питання психічного здоров'я учасників бойових дій набуває особливої ваги. Психотравми, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади та інші психічні проблеми, є прямим наслідком участі у бойових діях і мають довготривалий вплив на психологічний стан військовослужбовців.

Психотравматизація має значний вплив на міжособистісні стосунки військовослужбовців, що може призводити до порушення комунікації, емоційного відчуження та виникнення конфліктів як у професійних, так і в родинних взаємодіях. Це, в свою чергу, суттєво знижує якість життя та соціальну адаптацію ветеранів, що вимагає розробки ефективних методів реабілітації та психологічної підтримки. Особливо важливим є дослідження впливу бойових травм на взаємодії в родині, оскільки родичі військовослужбовців часто стають основним джерелом підтримки, і порушення цих стосунків може мати далекосяжні наслідки для їх емоційного та психічного стану.

Зважаючи на високий рівень стресових ситуацій, з якими стикаються військовослужбовці, вивчення цього аспекту є необхідним для покращення стратегій соціальної адаптації, підтримки та реабілітації. Також важливим є дослідження соціально-культурних факторів, які можуть впливати на розвиток психотравматизації та її наслідків для міжособистісних стосунків. Отже, це дослідження є важливим для розвитку практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності психологічної підтримки військовослужбовців та їхніх родин після повернення з бойових дій.

Враховуючи вищесказане, це викликає значущість теми і зокрема, зумовило вибір нашого дослідження **«Взаємозв'язок психотравмуючих чинників та міжособистісних стосунків військовослужбовців»**.

Дослідженням впливу психотравми на міжособистісні стосунки військовослужбовців займалися такі зарубіжні вчені Р. Тедескі, Л. Калхоун, С. Джозеф, А.Лінлей, Я. Да Коста, Г. Оппенгейм, Г. Сельє, А. Ехлерса, Д. Кларка та ін. Серед вітчизняних вчених цим питанням цікавились В. В. Горбунова, В. О. Климчук, О. А. Шелюг та С. Л. Чечко, Н. Агаєва, В. Зликова, А. Кокуна, Т. Титаренко, О. Чабана та ін.

Об'єкт дослідження: міжособистісні стосунки військовослужбовців.

Предмет дослідження: роль психотравматизації у зміні міжособистісних стосунків військовослужбовців.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати та емпірично визначити особливості впливу психотравматизації на міжособистісні стосунки військовослужбовців та розробити рекомендації для зниження негативного впливу психотравматизації на соціальну взаємодію.

Завдання дослідження:

1. Розкрити поняття та особливості психотравматизації.
2. Проаналізувати міжособистісні стосунки та їх значення для військовослужбовців.
3. Визначити вплив психотравматизації на поведінкові аспекти військовослужбовців.
4. Здійснити обґрунтування методик емпіричного дослідження, проаналізувати та описати результати дослідження.
5. З'ясувати основні залежності між рівнем психотравматизації та якістю міжособистісних стосунків.
6. Розробити програму соціально-психологічної реабілітації та сформулювати рекомендації щодо покращення міжособистісних стосунків після психотравм.

Можна припустити, що психотравматизація військовослужбовців суттєво впливає на їх міжособистісні стосунки, спричиняючи порушення комунікації, зниження емоційної підтримки, розвиток конфліктних ситуацій, що, в свою чергу, погіршує процес адаптації і психоемоційний стан військовослужбовців.

Контргіпотеза: психотравматизація військовослужбовців не має суттєвого впливу на їх міжособистісні стосунки. Військовослужбовці здатні зберігати та навіть покращувати комунікацію, підтримувати емоційний контакт і вирішувати конфлікти завдяки сформованим навичкам стресостійкості, професійної підготовки та підтримки з боку соціального оточення. Як показав аналіз літератури, рівень впливу психотравматизації на міжособистісні стосунки військовослужбовців є варіативним і залежить від індивідуальних особливостей особистості, рівня соціальної підтримки, типу травматичного досвіду та умов служби, а також від наявності реабілітаційних програм, спрямованих на відновлення їх психоемоційного стану.

Для розв'язання визначених завдань використовувалися такі **методи дослідження**: *теоретичні методи* (систематизація, аналіз, порівняння, узагальнення); *емпіричні методи* (коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса, тест оцінка рівня конфліктності особистості), *статистичні методи*.

Експериментальна база дослідження: дослідження було проведено у 2025 році серед військовослужбовців, які проходять медичне лікування у військовому госпіталі та одночасно несуть службу у Збройних Силах України. До вибірки увійшли **40 осіб** віком від 19 до 58 років, представники різних підрозділів, що забезпечило різноманітність бойового досвіду та індивідуальних психологічних особливостей. Усі учасники брали участь на добровільних засадах і пройшли комплексну психодіагностику, що дозволило детально дослідити психологічні механізми розвитку ПТСР у військовослужбовців.

Теоретичне значення роботи полягає у всебічному обґрунтуванні та емпіричному підтвердженні специфічного взаємозв'язку між психотравмуючими чинниками військової служби та особливостями міжособистісних стосунків військовослужбовців. У дослідженні вперше окреслено психологічні механізми, через які бойові стресори, втрата побратимів, хронічна загроза та висока відповідальність впливають на характер соціальної взаємодії, рівень довіри, емоційну близькість і стилі комунікації у військових колективах. Установлено, що інтенсивність переживання психотравм визначає тенденції до емоційної ізоляції, зниження комунікативної гнучкості та зміну моделей взаємопідтримки, що дає змогу запропонувати узагальнену модель впливу психотравми на міжособистісні стосунки та розширює уявлення про соціально-психологічні наслідки бойового досвіду.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання встановлених закономірностей впливу психотравмуючих чинників на міжособистісні стосунки військовослужбовців для оптимізації психологічного супроводу у військових частинах та медичних закладах. Розроблені висновки можуть слугувати основою для удосконалення програм психопрофілактики, відновлення та реабілітації, спрямованих на зменшення соціальної ізоляції, підвищення рівня довіри в колективі та формування навичок конструктивної комунікації. Матеріали дослідження можуть застосовуватися у роботі військових психологів, соціальних працівників, фахівців служб підтримки ветеранів, а також у навчальних курсах з військової та кризової психології. Це забезпечує підвищення ефективності підтримки військових у подоланні наслідків психотравми й зміцненні їхніх міжособистісних зв'язків.

Результати магістерської роботи відображено у публікації:

1. Андрійчук І.П., Луканюк Н.М. Психологічні особливості впливу психотравматизації на поведінкові аспекти військовослужбовців. *Резильєнтність в умовах війни: теорія, практика та ресурси*: зб. матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції здобувачів освіти і молодих

учених, м. Тернопіль, 23 квітня 2025 р. / за ред. Г.К.Радчук. Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка, 2025. С. 270-274.

Структура магістерської роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що налічує 68 найменувань та 7 додатків. Загальний обсяг роботи 149 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ ТА МІЖСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1 Поняття та особливості психотравматизації

У сучасному світі спостерігається зростання кількості надзвичайних ситуацій, зокрема військових конфліктів, природних катаклізмів, терористичних актів і соціального насильства. Всі ці події мають не лише фізичні, але й значні психологічні наслідки для постраждалого населення. В умовах сучасних викликів стає очевидною необхідність глибокого наукового аналізу емоційних травм, що дозволить краще зрозуміти їх вплив на психіку людини та сприятиме розробці ефективних підходів до психологічної допомоги і корекції [1].

В Україні особливої актуальності ця проблема набула у зв'язку з триваючими військовими діями, які спричиняють серйозні психологічні наслідки як для військовослужбовців, так і для цивільного населення, включаючи вимушених переселенців. Вивчення феномену психотравматизації є ключовим для надання адекватної психологічної підтримки тим, хто пережив травматичні події. Для цього важливо не лише визначити сам феномен психічної травми, а й розглянути його особливості та механізми впливу на людину [2;4].

Науковий інтерес до вивчення психотравми спостерігається в різних галузях психології, таких як загальна, медична, практична, інженерна та спортивна психологія. Також цим питанням займаються спеціалісти суміжних наук. Проте в українській психологічній науці такі дослідження все ще є фрагментарними. Це частково пов'язано із соціально-історичними обставинами, які тривалий час не сприяли глибокому аналізу явищ, що

відображають нестабільність та загрозовість навколишнього світу для людини. Крім того, вітчизняна психологічна наука традиційно більше фокусувалася на психофізіологічних аспектах емоцій, тоді як стійкі емоційні стани та їх довгострокові наслідки залишалися менш дослідженими. Одним із чинників, що ускладнює подальше вивчення цієї теми, є відсутність узгоджених теоретичних підходів, концептуальних моделей та методичних розробок, які дозволили б всебічно аналізувати психотравматизацію та порівнювати результати різних досліджень [5].

Одним із ключових питань у дослідженні психотравми є визначення її сутності та змісту. У 1952 році Американське психіатричне товариство внесло до класифікації DSM-II поняття «реакція на сильний емоційний і фізичний стрес», що стало важливим етапом у розвитку концепції психотравми. Хоча згодом ця категорія була виключена, повернення з В'єтнаму великої кількості військових із серйозними психологічними наслідками змусило наукову спільноту переглянути це питання. У 1980 році до DSM-III було включено діагноз «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР), що закріпило визнання психотравми як окремого клінічного явища [5; 7].

У міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) психічні стани, пов'язані зі стресом, представлені в рубриці F-43 – «реакція на важкий стрес і порушення адаптації». Значний внесок у розуміння природи психотравми зробив Зигмунд Фрейд. Аналізуючи роботу Джозефа Брейєра, він дійшов висновку, що багато симптомів психічних розладів є результатом незавершених емоційних переживань, що згодом отримало назву «психічна травма». Його дослідження стали основою для подальшого розвитку цього напрямку в психології [4].

Аналізуючи історичний розвиток досліджень психотравми, можна відзначити певну циклічність у зацікавленості цією проблемою з боку наукової спільноти. Періоди активного вивчення психотравми змінювались фазами меншої уваги, що певною мірою гальмувало її диференціацію та уточнення етіологічних механізмів. Водночас сучасні виклики, пов'язані з бойовими діями, кризовими ситуаціями та іншими екстремальними подіями, знову

привертають увагу науковців до цієї тематики, стимулюючи розробку нових підходів до її розуміння та лікування.

У науковій літературі часто зустрічається відсутність єдності у використанні термінології, що характерно для різних психологічних шкіл, які досліджують підсвідомі аспекти психічної активності. Це спричиняє змішування понять і використання терміну "психотравма" для опису досить різноманітних явищ. Різниця у підходах до вивчення цього феномену простежується не лише між окремими напрямками психології, а й між авторами, що працюють в межах однієї теоретичної школи. Це свідчить про суб'єктивність у трактуванні сутності та змісту психотравми. Варто розглянути різні визначення цього поняття, які демонструють варіативність у його розумінні [3;5].

У загальному сенсі психологічна травма розглядається як реакція людини на стресові події. Такими подіями можуть бути війни, теракти, природні катастрофи, нещасні випадки, фізичне, емоційне або сексуальне насильство, серйозні хвороби та медичні втручання, втрата близьких, міжособистісні конфлікти тощо. Деякі дослідники об'єднують усі ці фактори під категорією складних життєвих ситуацій.

Одним із перших, хто заклав основи розуміння психологічної травми, був засновник психоаналізу Зигмунд Фрейд. Він визначав психотравму як залишковий ефект сильних афективних переживань, викликаних зовнішніми стресовими чинниками, що спричиняють психічний дискомфорт та негативно впливають на особистість. У метафоричному значенні психотравма постає як потужний емоційний стрес, що може мати довготривалий вплив на психічне функціонування та подальший розвиток особистості [6].

Етимологічний аналіз терміну "психотравма" свідчить про його змістовний зв'язок з афективними реакціями та впливом зовнішніх факторів на внутрішній світ людини. При цьому між дослідниками немає єдиної думки щодо того, до якого класу понять слід відносити це явище.

Наявність спільних рис у переживанні психотравм у різних історичних епохах і культурах дозволяє говорити про особливу "культуру переживання психотравми". Вона визначає, наскільки значущими є травматичні події для суспільства, які критерії їх розпізнавання, ступінь їх вираженості та які способи подолання вважаються прийнятними. Культура переживання травматичних подій включає історично сформовані соціальні установки, традиції та норми, які регулюють взаємодію з постраждалими, а також соціальні практики, спрямовані на адаптацію та відновлення [6].

Більшість дослідників звертають увагу на причини та наслідки психотравм. Зокрема, С. Розенцвейг запропонував класифікацію фруструючих чинників, які можуть призводити до травматичних переживань. Дослідники виділяють три основні категорії психотравмуючих факторів:

- 1) позбавлення (матеріальні, соціальні або внутрішні, пов'язані з психологічними обмеженнями, комплексами);
- 2) втрати (зовнішніх об'єктів або внутрішніх ресурсів);
- 3) конфлікти (як зовнішні, так і внутрішні).

При аналізі наслідків психотравм дослідники зазначають, що вони можуть включати загрозу сенсоутворюючим цінностям, зміну соціального статусу, примусову ізоляцію, а також можливе відчуття провини чи взаємодію з особами, які можуть використовувати стан жертви у власних інтересах. При цьому сприйняття наслідків значною мірою залежить від особистісної оцінки травматичних подій [5;7].

Якщо раніше вважалося, що психотравми мають виключно негативний вплив, то дослідники, зокрема А. Маслоу, звертають увагу на можливість позитивних наслідків таких переживань. Вони можуть сприяти особистісному зростанню, формуванню нових смислів та підвищенню стійкості до стресів. Деякі наслідки психотравм можуть мати навіть адаптивний характер, зокрема посилення мотивації до змін або набуття нового досвіду, тоді як інші призводять до розвитку психічних і психосоматичних розладів. Отже, підхід до

розуміння впливу психотравм на людину має бути комплексним і враховувати як можливі негативні, так і потенційно позитивні аспекти їх наслідків.

При аналізі виокремлення феномена «психотравма» як окремого психологічного явища можна спостерігати дві, на перший погляд, протилежні тенденції: медичну та психологічну. Як свідчить детальний аналіз наукової літератури, питання психотравматизації переважно досліджувалися в галузях медицини, медичної психології, психіатрії, психотерапії та прикладної психофізіології. Саме в цьому контексті поняття «психічна травма» отримало найбільш розгорнуте трактування [1; 3; 8].

Медичний підхід до розуміння психічної травми часто обмежується термінами, що мають спільне значення, зокрема такими поняттями, як психогенія, емоційний та психологічний стрес. Відповідно до медичної концепції, психічна травма визначається через її наслідки і вважається такою, якщо подія:

- 1) несподівана і явно виходить за межі звичного досвіду людини;
- 2) повторюється та переживається знову і знову;
- 3) спричиняє стійке уникнення подразників, пов'язаних із травмою, або загальну емоційну нечутливість;
- 4) провокує тривалі симптоми підвищеного збудження, які раніше не спостерігалися [DSM-III].

На відміну від медичного підходу, психологічна концепція розглядає психотравму як результат взаємодії особистості та середовища, акцентуючи увагу на суб'єктивних аспектах: переживаннях, сприйнятті події, особистісному ставленні до неї та її інтерпретації. Основи цієї методології були закладені у працях К. Левіна щодо «суб'єктивної ситуації», та У. Томаса, який розглядав ситуацію через призму її усвідомлення та аналізу. У цьому контексті особлива увага приділяється тому, як ситуація формується у свідомості людини та впливає на її подальше функціонування.

D. Olweus наголошує, що важливо розрізняти психологічну травму та психотравму. Перша базується на суб'єктивних даних, що допускають

можливість контролю та регуляції ситуації, тоді як психотравма характеризується глибшим впливом на психіку та обмеженою здатністю особистості адаптуватися до пережитого [4].

Психічна травма, передусім, є емоційним переживанням, у центрі якого знаходяться інтенсивні емоційні стани. Такий підхід виправданий, оскільки емоції відіграють ключову роль у регуляції психічних процесів, а також у взаємозв'язку психічних та соматичних складових особистості. Таким чином, узагальнене визначення психічної травми можна сформулювати так: «Психічна травма – це будь-яка особистісно значуща подія або ситуація, що має патогенний емоційний вплив на психіку людини, викликає психологічні труднощі та, за відсутності ефективних захисних механізмів, може призвести до психічних розладів».

Загальною характеристикою більшості визначень психотравми є акцент на переживаннях особистості. Переживання включають рефлексію травматичної ситуації, її інтеграцію в автобіографічний досвід, визначення її значення для майбутнього життя. Вони є центральним процесом переходу від критичної події до подальших життєвих перспектив, що робить психологічний підхід до аналізу психотравми особливо важливим [8].

Психологічна природа психотравми визначається такими ключовими характеристиками:

- 1) належність до підсвідомої сфери психічної діяльності;
- 2) гнучкість та варіативність проявів;
- 3) наявність внутрішнього конфлікту, що виникає через протиріччя у ставленні до ситуації;
- 4) суб'єктивна значущість події для особистості;
- 5) локалізація психотравмуючих факторів не у зовнішньому середовищі, а всередині самої людини.

Таким чином, психотравма є складним багатофакторним феноменом, який потребує комплексного аналізу як з медичної, так і з психологічної точки зору,

враховуючи вплив як об'єктивних подій, так і суб'єктивного сприйняття цих подій особистістю.

Останнім часом у психологічній літературі спостерігається певна термінологічна невизначеність у трактуванні поняття психотравми, а також відсутність чіткого розмежування між психологічною та психічною травматизацією [8].

Традиційно у медичному підході психічна травма визначається як подія, що загрожує життю людини, порушує її нормальну життєдіяльність і сприймається як потрясіння, що викликає глибокі емоційні переживання. У межах медичної психології цей термін використовується для опису критичних станів та психогенних розладів.

Деякі дослідники зазначають, що травматична подія сама по собі не є психотравмою, а набуває такого статусу через її вплив на психіку, фізіологію, соціальне та духовне життя людини. У цьому контексті важливим є розрізнення понять «психічна» та «психологічна» травматизація. Психологічні наслідки травми проявляються у зниженні рівня суб'єктивного відчуття безпеки, виникненні неспецифічних доклінічних симптомів, тоді як психічна травматизація пов'язана вже з формуванням психічних розладів [7; 8].

Доцільно використовувати ширше поняття «психологічна травматизація», оскільки вона включає не лише психічні аспекти, а й вплив травми на всі рівні функціонування людини – психічний, фізіологічний, соціальний та духовний.

Психотравмуючі події, такі як фізичне насильство, ДТП, техногенні та природні катастрофи, є досить поширеними у людському житті. Наприклад, у США 60% людей переживають щонайменше одну таку подію протягом життя, а три й більше травматичних випадків трапляються у 17% чоловіків і 13% жінок (Friedman, 2006). У регіонах із високим рівнем насильства та конфліктів, таких як Алжир, Камбоджа, Ірак, ця частка сягає 92%. В Україні можна лише припускати масштаби психотравматичних подій, зважаючи на історичні катастрофи ХХ століття: голодомор, війни, репресії, Чорнобильську катастрофу.

1.2 Міжособистісні стосунки та їх значення для військовослужбовців

Міжособистісні стосунки є складними взаємодіями між людьми, що охоплюють широкий спектр елементів, таких як емоції, пізнавальні процеси, комунікація, взаємне розуміння, підтримка та спільна діяльність. Вони формуються через соціальні зв'язки, що існують у суспільстві, і можуть проявлятися в різних контекстах, таких як родинні, робочі, дружні відносини, партнерства та інші форми взаємодії. Ці стосунки мають важливий вплив на розвиток особистості, забезпечуючи емоційну підтримку, сприяючи взаємному зростанню та викликаючи різноманітні впливи між учасниками. Зазвичай, міжособистісні стосунки мають конкретні цілі, такі як досягнення вигоди, обмін емоціями, підтримка або обмін інформацією. Важливими аспектами таких відносин є взаємна довіра і розуміння [9].

Міжособистісні стосунки проявляються через різні форми комунікації, зокрема вербальну, невербальну та афективну взаємодію. Вербальна взаємодія здійснюється через усне мовлення, обмін інформацією, вираження думок і узгодження поглядів. Невербальна взаємодія передбачає передачу інформації через міміку, жести, інтонацію, пози, рухи тіла, контакт очей та інші невербальні засоби. Афективна взаємодія виражається через обмін емоціями та використання засобів експресії, таких як сміх, плач, вирази обличчя, що допомагає встановлювати емоційний зв'язок з іншими [8; 9].

Основними компонентами міжособистісних стосунків є когнітивний, емоційний і поведінковий. Когнітивний компонент включає розумові процеси, які проявляються у сприйнятті, мисленні, уяві та інших когнітивних процесах, що виникають під час взаємодії. Його ефективність залежить від рівня взаєморозуміння, яке включає точність інтерпретації отриманої інформації та ідентифікацію з партнером у відносинах. Емоційний компонент охоплює почуття, які виникають у людини по відношенню до іншої під час різних форм взаємодії. Це можуть бути симпатія, антипатія, почуття щастя, задоволення чи емпатія — здатність співпереживати та розуміти емоції іншої людини.

Поведінковий компонент проявляється через невербальні прояви, такі як міміка, жести, інтонація та інші прояви ставлення до іншої людини. Він є важливим чинником у взаємодії, оскільки його зазвичай легше спостерігати, ніж контролювати [13].

Міжособистісні стосунки мають кілька важливих характеристик. Емоційна оцінка відіграє важливу роль у сприйнятті та оцінці інших, навіть у формальних відносинах, де емоційний компонент впливає на взаємодію. Кожна людина має індивідуальні риси, які впливають на її сприйняття, поведінку та взаємодію з іншими людьми. Міжособистісні стосунки поступово розвиваються через спілкування та інші форми комунікації, що сприяє формуванню довіри та зв'язків. Вони також є динамічними і можуть змінюватися з часом під впливом різних факторів, таких як індивідуальні відмінності, темперамент, культурні та соціальні норми, а також зовнішні стресові фактори [13; 14].

Здорові міжособистісні стосунки базуються на ефективному спілкуванні, емпатії та взаємній довірі. Однак з часом можуть виникати конфлікти, нерівність у розподілі обов'язків або ситуації зради, що можуть негативно вплинути на стосунки та призвести до їх пошкодження або розпаду.

Міжособистісні стосунки відіграють важливу роль у загальному благополуччі людини, оскільки вони забезпечують емоційну підтримку та допомагають формувати глибокі зв'язки. Позитивні стосунки можуть підвищити рівень задоволення від життя, зміцнити самооцінку та сприяти успіху в особистих і професійних сферах. Вони також позитивно впливають на фізичне та психічне здоров'я. Натомість, проблеми у стосунках можуть викликати стрес, тривогу та негативно позначатися на самопочутті. Недостатня комунікація, конфлікти і недовіра можуть посилити напруження та призвести до погіршення взаємин [9; 13].

Зрозуміти фактори, які впливають на формування позитивних стосунків, є ключем до поліпшення психічного здоров'я та благополуччя. Поглиблене вивчення механізмів, що лежать в основі міжособистісних взаємодій, дозволяє

розробити ефективні стратегії для зміцнення соціальної підтримки, розвитку емпатії та побудови здорових зв'язків.

У випадку з родинами військовослужбовців, особливо в умовах бойових дій, це стає ще більш важливим. Військова служба пов'язана з ризиками та стресом, які можуть суттєво впливати на психологічний стан не лише самого військовослужбовця, але й його родини. Дослідження в цій галузі допомагає зрозуміти, як соціально-психологічна підтримка може зміцнити стабільність сімей військових. Напруження у стосунках між членами родини, особливо коли один із них бере участь у бойових діях, може спричинити конфлікти та вплинути на гармонійний розвиток сім'ї [10].

Ці проблеми можуть бути вирішені через розуміння особливостей сімейних взаємин, включаючи комунікаційні патерни, взаєморозуміння і підтримку. Зміни у сімейній динаміці, такі як народження чи смерть члена родини, можуть значно вплинути на емоційний клімат і стосунки всередині сім'ї. Такі події часто викликають потребу у перегляді ролей та обов'язків, що створює як нові можливості, так і нові виклики для родин [12].

У вивченні міжособистісних стосунків у родинах військовослужбовців можна звернутися до кількох теоретичних підходів, які дозволяють краще зрозуміти динаміку взаємин і ефективно працювати з ними [9; 11].

Теорія систем – ця концепція була розроблена Людвігом фон Берталанфі і розглядає родину як інтегровану систему, де кожен елемент взаємодіє з іншими. Згідно з цією теорією, зміна в поведінці чи емоційному стані одного члена сім'ї може мати глибокий вплив на всю систему. Це означає, що зміни в житті одного члена родини (наприклад, повернення військовослужбовця з фронту або його переживання після бойових дій) можуть привести до значних змін у взаєминах, ролях і настрої в сім'ї. Теорія систем дозволяє глибше зрозуміти, як такі зміни відбиваються на кожному з членів сім'ї та на їх загальній динаміці, і допомагає виявити проблеми, які можуть виникнути внаслідок цих змін.

Теорія прикладного аналізу поведінки (АВА), розроблена Б. Ф. Скіннером, зосереджується на вивченні поведінки індивідів, а також на аналізі мотивів і реакцій, які виникають у процесі взаємодії між членами родини. Теорія досліджує, як конкретні форми взаємодії, що можуть бути позитивними чи негативними, впливають на загальний стан родинних стосунків. В АВА важливим є процес зміцнення бажаних форм поведінки і коригування небажаних, що дозволяє розробляти стратегії для покращення взаєморозуміння і зміцнення емоційної підтримки між родичами. У випадку сімей військовослужбовців це може бути дуже важливо, оскільки стресові ситуації, з якими вони стикаються, можуть призводити до непорозумінь або конфліктів, що вимагає належної корекції поведінкових патернів і зміни підходів у спілкуванні.

Дослідження підкреслюють важливість розвитку ефективних комунікаційних навичок і здатності вирішувати конфлікти для підтримки гармонії у родинах учасників бойових дій. Конструктивне та відкрите спілкування знижує рівень напруги і конфліктів у сімейному середовищі, що сприяє зміцненню емоційних зв'язків між членами родини [8].

Важкість бойових дій може призвести до серйозного виснаження фізичних і психічних сил. Травми, отримані під час боїв, можуть мати тривалі наслідки для здоров'я, обмежуючи здатність учасників брати активну участь у сімейному житті. Психологічні травми, такі як свідчення насильства чи втрата товаришів, можуть значно порушити психічний стан і викликати серйозні проблеми, що впливають на емоційну стабільність і здатність підтримувати здорові стосунки в родині [14].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) проявляється через постійні спогади, нічні кошмари, панічні атаки, тривогу і підвищену настороженість, що може заважати налагоджувати і підтримувати здорові міжособистісні зв'язки в родині. Депресія і тривога, як наслідок бойових травм, можуть серйозно погіршити взаєморозуміння та спілкування серед членів родини, ведучи до відчуження і дистанціювання. Зловживання психоактивними речовинами, як

один з наслідків стресу, також впливає на взаємодію в родині, створюючи бар'єри для підтримки здорових зв'язків і способу життя.

Роль статі в родинях учасників бойових дій є ще одним важливим аспектом. Жінки, що перебувають у родинях військовослужбовців, можуть зіткнутися з особливими труднощами, такими як виховання дітей, фінансові проблеми та соціальна ізоляція, що робить їхнє становище ще більш складним [11].

Дослідження також показують, що діти в таких родинях реагують на стрес по-різному в залежності від статі: хлопці частіше мають проблеми з агресивною поведінкою, а дівчата – з тривожністю та депресією. Це може бути результатом біологічних, соціальних і культурних факторів, що впливають на формування статевої ідентичності та роль кожного члена родини [15].

При аналізі міжособистісних стосунків у родинях учасників бойових дій необхідно враховувати культурні та контекстуальні фактори. Культурні переконання і цінності впливають на те, як учасники бойових дій і їхні родини сприймають стрес та травму, а також на готовність звертатися за допомогою для подолання емоційних і психологічних проблем. Наприклад, в різних культурах можуть бути різні уявлення про мужність і вразливість, що визначають, як члени родини виражають свої емоції. У деяких культурах існує тенденція приховувати емоції, що створює бар'єри для ефективної комунікації в родині. Крім того, релігійні та культурні традиції можуть впливати на те, як люди пояснюють травматичні події та застосовують певні практики або ритуали для зменшення стресу. Контекстуальні фактори, такі як соціально-економічний статус і доступ до психологічної допомоги, також мають велике значення. Родини з нижчим соціально-економічним рівнем можуть стикатися з більшими труднощами, маючи обмежений доступ до професійної підтримки, що може ускладнювати взаємодію та підтримку у родині [16;17].

поглиблене розуміння особливостей розвитку стосунків у родинях учасників бойових дій та їх взаємозв'язок із різними аспектами життя дозволяє

розробляти точніші та більш ефективні втручання для покращення психологічного добробуту учасників бойових дій та їхніх родин.

Переходячи від сімейних до колективних стосунків, слід підкреслити, що в колективі, особливо в умовах військової служби, міжособистісні взаємодії набувають додаткової складності. Тут важливими є не лише індивідуальні зв'язки, а й здатність до ефективної командної роботи, співпраці в екстремальних умовах, а також взаємна підтримка для досягнення загальних цілей. В умовах бойових дій колектив стає основним осередком для формування стійкості і витривалості, де взаєморозуміння і взаємодопомога між членами групи є критично важливими для успішного виконання завдань і збереження психоемоційного стану [18].

Міжособистісні стосунки у військовому колективі є важливим елементом, який безпосередньо впливає на ефективність виконання завдань, а також на психологічний клімат усієї частини. Вони визначають не лише взаємодію між військовослужбовцями, а й загальний моральний стан колективу. В умовах військової служби, де кожен член колективу має важливу роль і несе відповідальність за успішне виконання завдань, міжособистісні відносини можуть бути як основою для підтримки ефективної роботи, так і причиною виникнення напруги, конфліктів та стресових ситуацій.

Особливістю військових колективів є необхідність підтримання жорсткої ієрархії та дисципліни, що може призвести до обмеження свободи вираження емоцій та індивідуальних поглядів. Це часто стає причиною внутрішнього напруження між військовослужбовцями, адже на тлі високих вимог до професіоналізму і фізичної витривалості можуть виникати суперечності через різне сприйняття правил і норм поведінки. Однак ці суперечності не завжди призводять до конфліктів, часто вони є етапом здорового і необхідного процесу адаптації у колективі [15; 17].

Взаємодія між членами колективу може бути конструктивною або деструктивною в залежності від здатності до ефективної комунікації, готовності до співпраці та взаємного поваги. Конструктивні стосунки сприяють

посиленню згуртованості, формуванню атмосфери підтримки та взаєморозуміння, що є необхідними для спільної роботи в умовах стресу та небезпеки. Військовослужбовці, які взаємодіють відкрито та чесно, здатні досягати високих результатів у своїй роботі, оскільки їхні взаємини базуються на довірі та повазі.

Натомість деструктивні стосунки можуть призводити до конфліктів, ізоляції окремих осіб, що в свою чергу погіршує моральний стан усієї групи. Напружені відносини, відчуття непорозуміння, занижена мотивація можуть негативно позначатися на виконанні завдань, а також створювати передумови для розвитку психологічних проблем, таких як стрес, депресія та тривога. У таких умовах важливо оперативно реагувати на виникнення проблем у стосунках між членами колективу, намагаючись розв'язати їх за допомогою конструктивного діалогу, підтримки та розуміння [13; 15].

Загалом, міжособистісні стосунки у військовому колективі повинні ґрунтуватися на принципах взаємоповаги, підтримки і відкритої комунікації. Коли ці основи порушуються, виникають ризики для якості виконання службових завдань і психоемоційного стану військовослужбовців, що є критичними для ефективності функціонування військової частини.

Міжособистісні стосунки в колективі військових мають надзвичайно важливе значення, оскільки вони безпосередньо впливають на ефективність виконання завдань, згуртованість підрозділів та моральний стан особового складу. Добре налагоджені стосунки дозволяють військовослужбовцям оперативно вирішувати проблеми, адаптуватися до екстремальних ситуацій та формувати згуртовані, стійкі колективи. Високий рівень довіри та взаєморозуміння між членами підрозділу є критичним елементом для успішної командної роботи і прийняття важливих рішень, зокрема під час бойових дій. У свою чергу, це знижує рівень стресу та тривоги, що сприяє психічній стійкості та зменшує ймовірність виникнення психологічних травм [18].

Однак проблемна міжособистісна взаємодія, що виникає з підозри, недовіри, конфліктів, інтриг або агресії, може значно ускладнити виконання

функцій та завдань військовослужбовців. Проблеми в комунікації та негативні стосунки в колективі підривають моральний дух, порушують взаємодію та погіршують ефективність підрозділу. Особливо серйозним проявом таких проблем є психологічне цькування (мобінг), яке включає в себе приниження, залякування та постійні нападки на окремих членів колективу. Це явище не лише впливає на психічне здоров'я потерпілого, але й завдає шкоди всьому колективу, підриваючи довіру та згуртованість.

Міжособистісні стосунки безпосередньо впливають на бойову готовність підрозділу. Військові, які здатні ефективно взаємодіяти, забезпечують не лише хороші результати у виконанні завдань, але й підтримують атмосферу співпраці і підтримки, що є життєво необхідним для досягнення високої ефективності в умовах постійного стресу. Негативні стосунки можуть призвести до значних наслідків, таких як зниження боєздатності, помилки, погіршення морального духу, що прямо ставить під загрозу виконання бойових завдань.

Водночас, сприятливі стосунки між військовослужбовцями сприяють розвитку лідерських якостей, оскільки командири, які підтримують здорові стосунки з підлеглими, можуть краще мотивувати і організовувати свою команду. Високий рівень довіри та взаєморозуміння допомагає вчасно вирішувати конфлікти, запобігати негативним явищам і підтримувати стабільність у колективі, що особливо важливо в умовах бойових дій або надзвичайних ситуацій [13; 14; 18].

Таким чином, міжособистісні стосунки є необхідною складовою для забезпечення ефективної діяльності, моральної готовності та здатності виконувати поставлені завдання в умовах стресу та непередбачуваних ситуацій. Проблемна міжособистісна взаємодія може значно ускладнити виконання функцій та зашкодити згуртованості колективу, а здорові стосунки, навпаки, створюють основу для взаємної підтримки, довіри та ефективної співпраці, що необхідно для досягнення найкращих результатів у складних умовах.

1.3 Чинники виникнення психотравматизації та їх вплив на міжособистісні стосунки

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найбільш вивчених психологічних реакцій на бойові стреси, особливо серед військовослужбовців. Цей розлад виникає у відповідь на екстремальні події, такі як бойові дії, що можуть суттєво вплинути на здатність людини адаптуватися та призвести до стійких змін у психіці й поведінці. Військові, які зазнали інтенсивного бойового досвіду, мають вищий ризик розвитку ПТСР, однак на його виникнення впливають не лише зовнішні чинники, а й індивідуальні психологічні особливості особистості [1; 10; 15].

Дослідження підтверджують, що участь у бойових операціях є одним із найбільших ризиків для розвитку ПТСР, оскільки бойова травматизація відрізняється своєю інтенсивністю та безпосередньою загрозою життю. Фактори, які найбільше сприяють формуванню цього розладу, включають переживання постійного страху за власне життя, поранення або загибель товаришів по службі, а також необхідність приймати складні моральні рішення. Відомий дослідник Джонатан Шей у своїй праці *Achilles in Vietnam* описує, як подібні бойові переживання викликають глибокі психологічні зміни, які можуть ускладнювати соціальну адаптацію після завершення військової служби. Він наголошує, що довготривалий стрес змінює поведінкові реакції військовослужбовців, знижуючи їхню здатність взаємодіяти в мирному середовищі.

Ставлення військовослужбовця до оточуючих значною мірою залежить від умов, у яких він перебуває. Під час бойових дій його соціальна взаємодія підпорядковується суворій дисципліні та ієрархії, де довіра до побратимів є життєво необхідною, а емоційна відстороненість часто стає захисним механізмом. У таких умовах людина може звикнути до чітких правил взаємодії, де важливими є ефективність, витримка і миттєве прийняття рішень [19].

Однак після повернення до мирного середовища відносини з оточенням можуть зазнати значних змін. Довіра, яка легко виникала в бойових умовах між побратимами, може бути складною у побудові з цивільними, оскільки спільний екстремальний досвід формує унікальний рівень взаєморозуміння. Військовий може ставати менш терпимим до емоційних проявів, які у мирному житті вважаються звичайними, або навпаки – прагнути ізоляції через відчуття нерозуміння з боку тих, хто не поділяє його досвіду.

Залежно від пережитих подій військовослужбовець може проявляти як підвищену агресивність і подразливість, так і апатію та відстороненість у стосунках з рідними. Соціальна взаємодія стає особливо складною, якщо людина стикається з відчуттям, що її бойовий досвід не має значення для суспільства або не сприймається належним чином [20].

Важливу роль у зміні ставлення до оточуючих відіграє рівень підтримки, яку військовий отримує після повернення. Якщо він відчуває розуміння і прийняття, адаптація до мирного життя проходить легше. У випадку відсутності підтримки або стигматизації його емоційного стану може розвинутися недовіра до суспільства, почуття відчуження або навіть конфліктність. Тому своєчасне психологічне втручання та соціальна підтримка є критично важливими для відновлення здорових міжособистісних зв'язків.

Симптоматика ПТСР серед військових проявляється у вигляді нав'язливих спогадів, які можуть виникати у формі флешбеків або нічних кошмарів. Також характерним є емоційне оніміння, уникання ситуацій, що нагадують про бойовий досвід, а також підвищений рівень тривожності. Часто виникають проблеми зі сном, неконтрольовані спалахи гніву та труднощі в регуляції емоцій. Крім того, почуття провини за те, що військовий вижив, або сором за певні дії під час бойових дій можуть сприяти розвитку депресивних станів та емоційної ізоляції [15; 17;18].

Негативний вплив ПТСР простежується не лише в особистій сфері військового, а й у його міжособистісних стосунках. Емоційна замкненість та відчуженість часто стають перешкодою для побудови міцних соціальних

зв'язків, як у сім'ї, так і серед колег чи друзів. Військовослужбовці, які пережили сильний стрес, можуть мати труднощі у вираженні емоцій, що ускладнює взаєморозуміння з близькими. Наприклад, вони можуть уникати спілкування, ставати надмірно дратівливими або навіть агресивними у відповідь на незначні подразники [20].

ПТСР також впливає на військові колективи, оскільки травмовані бійці можуть втрачати довіру до товаришів, мати труднощі в командній роботі та проявляти схильність до конфліктів. Психотравматизація може викликати напруження у взаєминах між військовослужбовцями, особливо коли один із членів команди демонструє агресивну поведінку або відмовляється співпрацювати. Крім того, хронічний стрес може призвести до вживання алкоголю чи наркотиків як способу зняти емоційне напруження, що ще більше ускладнює міжособистісні відносини.

Індивідуальні особливості, такі як рівень стресостійкості, попередній досвід травматичних подій у дитинстві та тип особистості, також визначають тяжкість проявів ПТСР та їхній вплив на соціальну взаємодію. Наприклад, особи з оптимістичним світоглядом та добре розвинутими навичками емоційної регуляції зазвичай легше адаптуються після стресу, тоді як ті, хто схильний до песимізму або має труднощі в контролі емоцій, можуть зазнавати більш серйозних труднощів у спілкуванні та соціальній адаптації [22;25].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найбільш досліджених психологічних реакцій на бойові стресори, особливо серед військовослужбовців. Він виникає у відповідь на екстремальні ситуації, такі як бойові дії, які можуть порушити нормальні механізми адаптації та викликати стійкі зміни у психіці та поведінці. Військові, які переживають бойові стреси, особливо під час активних бойових дій, мають підвищений ризик розвитку ПТСР. Але чинники, що визначають розвиток цього розладу, є багатогранними і включають як зовнішні стресори, так і індивідуальні психологічні характеристики[21].

Бойові дії є ключовим фактором ризику розвитку ПТСР. Особовий склад, що бере участь у бойових діях, стикається з підвищеною ймовірністю розвитку цього розладу, оскільки бойова травма є однією з найсерйозніших форм психічного стресу. Загроза життю, поранення або смерть товаришів по службі можуть призводити до глибоких психологічних змін та довготривалих наслідків для психіки військових. Дослідження Джонатана Шея вказують на те, що тривалий бойовий стрес значно змінює характер і поведінку військовослужбовців, що ускладнює їхню адаптацію до мирного життя.

Посттравматичний стресовий розлад значною мірою впливає на стосунки військовослужбовців із їхніми родинами, друзями та суспільством загалом. Через емоційну відчуженість, підвищену тривожність і спалахи агресії військові з ПТСР часто стикаються з труднощами у комунікації. Вони можуть уникати розмов про бойові події, що створює дистанцію між ними та близькими людьми.

Крім того, підвищена дратівливість і неконтрольовані емоційні реакції можуть спричиняти конфлікти в сім'ї. Партнери часто відчують себе емоційно ізольованими, оскільки військові з ПТСР можуть не проявляти звичних для стосунків форм підтримки й турботи. Дослідження свідчать, що у багатьох випадках сім'ї військових переживають розлади, пов'язані зі співзалежністю, коли партнери починають брати на себе надмірну відповідальність за емоційний стан ветерана [22].

Дружні та соціальні зв'язки також страждають через соціальну ізоляцію. Військові, які повертаються з зони бойових дій, часто відчують себе чужими у мирному середовищі, що ускладнює інтеграцію у суспільство. Деякі ветерани уникають контактів із людьми, що призводить до відчуття самотності та загострення симптомів ПТСР.

Окрім основних симптомів ПТСР, таких як флешбеки, кошмари та емоційне відчуження, розлад може проявлятися і через фізичні симптоми: хронічну втому, головні болі, проблеми із серцево-судинною системою. Як зазначає Бессель ван дер Колк, ПТСР впливає на мозкові структури, зокрема

гіпокамп, що відповідає за пам'ять і емоційне регулювання, що ускладнює адаптацію до стресових ситуацій [23].

Індивідуальні особливості, такі як генетична схильність, попередні травми та особистісні риси, також суттєво впливають на вираженість симптомів ПТСР. Наприклад, люди з песимістичним або надмірно контролюючим характером частіше мають тяжчі прояви розладу, тоді як емоційно стійкі особи краще адаптуються до стресу. Дослідження Дейва Гроссмана показують, що вбивство в бойових умовах має глибокі психологічні наслідки, навіть серед підготовлених військових, що може сприяти розвитку ПТСР.

Важливу роль у подоланні ПТСР відіграє когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Пол П. Шнурр зазначає, що КПТ є одним із найефективніших методів лікування, адже допомагає зменшити нав'язливі спогади, емоційну ізоляцію та гіперзбудження, а також сприяє осмисленню і прийняттю травматичного досвіду [21; 23].

Вільям Р. Тру в своїх дослідженнях зосереджує увагу на генетичних аспектах схильності до посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Він вивчає роль генетичних факторів у розвитку цього розладу, зокрема на основі даних, що стосуються близнюків, які брали участь у війні у В'єтнамі. Його аналіз показує, що близько 30% варіацій у схильності до ПТСР можна пояснити генетичними чинниками. Проте Тру підкреслює, що генетичні фактори взаємодіють із умовами середовища, що збільшує ймовірність розвитку ПТСР під впливом тривалого бойового стресу. Ці результати відкривають можливості для розробки індивідуалізованих підходів до профілактики та лікування ПТСР, що враховують генетичні особливості військових. Такі підходи можуть включати виявлення генетичних маркерів, які підвищують ризик захворювання, для формування груп підвищеного ризику та розробки спеціалізованих реабілітаційних програм [23].

Узагальнено, роботи Гроссмана, Шнурра та Тру надають всебічний погляд на ПТСР, включаючи психологічні, терапевтичні та генетичні аспекти. Вони підкреслюють важливість міждисциплінарного підходу до розуміння та

лікування ПТСР, що передбачає інтеграцію психологічних, медичних і генетичних знань.

Психологічний вплив сучасних військових конфліктів на учасників є складним процесом, який включає численні чинники, що впливають на психічне здоров'я військовослужбовців. Вони залежать як від специфіки самого збройного конфлікту, так і від індивідуальних характеристик особового складу, таких як соціально-демографічні фактори, соціальний статус, рівень освіти, культурний контекст і особистісні риси. Військові дії часто супроводжуються високим рівнем травматизації, як фізичної, так і психічної, що сприяє розвитку психічних розладів, зокрема ПТСР [23].

Основними чинниками, що визначають розвиток психічних порушень у військових, є екстремальні бойові ситуації, такі як раптові атаки, постійний ризик для життя, фізичні й емоційні стреси, що виникають під час участі в бойових діях. Психоемоційне навантаження, яке виникає внаслідок загибелі товаришів або необхідності вбивати супротивника, може викликати значний стрес, що часто має серйозні наслідки для психіки.

Травматичні ситуації можуть бути як короткотривалими, але дуже інтенсивними, так і тривалими. Вони можуть проявлятися у вигляді постійної невизначеності, стресу від постійних обстрілів або раптових атак, а також у вигляді більш тривалих стресових ситуацій, таких як регулярні артилерійські обстріли. Важливу роль у цьому контексті відіграє наявність соціальної підтримки, доступність медичної та психологічної допомоги, а також рівень соціально-економічного становища військових. Соціальні зв'язки, підтримка з боку близьких, відсутність соціальної ізоляції та підтримка з боку держави можуть значно знизити ризик розвитку психічних розладів.

Водночас, травматичний досвід може суттєво впливати на міжособистісні стосунки військовослужбовців. Посттравматичний стрес може призвести до емоційної відчуженості, зниження здатності до соціальної взаємодії та проблем у близьких стосунках. Часто військові, які пережили серйозні бойові стреси, стикаються з труднощами в підтримці здорових стосунків через емоційну

закритість, агресивні реакції чи страхи, пов'язані з довірою. Це може погіршити взаємини в родині, з друзями і колегами, збільшуючи ізоляцію та посилюючи симптоми ПТСР [22; 25].

Військові конфлікти є серйозним випробуванням для психіки військовослужбовців, оскільки провокують як фізіологічні, так і психологічні зміни, що значно впливають на їхні взаємини з оточенням. Ганс Сельє у своїй теорії стресу зазначав, що тривалий вплив стресових факторів виснажує адаптаційні можливості організму. Він виокремлював три фази стресу: тривогу, резистентність і виснаження. Військові, які перебувають у постійному стані бойової готовності, часто залишаються на стадії резистентності тривалий час, що призводить до значного емоційного та фізичного виснаження. Це може виявлятися у вигляді безсоння, підвищеної дратівливості, втрати концентрації та емоційної відстороненості, що негативно впливає на їхні взаємини з колегами, командуванням і рідними.

Окрім того, хронічний стрес сприяє підвищенню рівня кортизолу – гормону, що може призводити до розладів серцево-судинної системи, зниження імунітету та порушення обміну речовин. Фізичне виснаження нерідко супроводжується психологічним напруженням, що може спричинити труднощі в спілкуванні, підвищену конфліктність та проблеми у формуванні довірливих стосунків.

Дослідження підтверджують, що військова служба у зоні бойових дій може викликати труднощі у міжособистісних взаєминах військових. Однією з найбільш поширених проблем є зростання рівня конфліктності через підвищену тривожність і дратівливість. Також часто спостерігаються труднощі у комунікації: після повернення з бойових завдань військові можуть уникати розмов про пережите, відчувати відстороненість від мирного життя або не знаходити порозуміння з близькими [25].

З огляду на це, важливо забезпечити військовослужбовцям доступ до кваліфікованої психологічної підтримки. Психотерапевтичні методи допомагають адаптуватися до нових умов, опрацювати складні переживання та

покращити комунікативні навички. Значну роль відіграє також соціальна підтримка – спілкування з рідними, друзями та товаришами по службі допомагає знизити рівень тривожності та сприяє емоційному відновленню. Крім того, необхідно проводити просвітницьку роботу, спрямовану на інформування про наслідки бойового стресу та способи його подолання. Оскільки кожен військовослужбовець має унікальний досвід, підхід до психологічної допомоги має бути персоналізованим, враховуючи його особисті потреби та рівень адаптації до мирного життя.

1.4 Вплив психотравматизації на поведінкові аспекти військовослужбовців

Перші спостереження за психологічними змінами у людей, які пережили екстремальні ситуації, датуються 1871 роком. Тоді Жак Да Коста описав явище, яке він назвав «синдромом солдатського серця», у солдатів Громадянської війни в США. Його дослідження вказували на зв'язок між фізіологічними симптомами і психологічним станом військових [25].

У 1941 році А. Кардинер запропонував термін «хронічний військовий невроз», акцентуючи на його подвійній природі – фізіологічній та психологічній. Він розробив детальний опис симптомів, які включали:

- підвищену збудливість і дратівливість;
- надмірно сильну реакцію на раптові стимули;
- постійне повернення до травматичних спогадів;
- уникання реальності;
- схильність до неконтрольованої агресії.

Ці спостереження стали основою для подальших наукових досліджень.

У 1980 році М. Горовиц запропонував виокремити це явище як окремий діагноз, що отримав назву «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР). Під його керівництвом була розроблена система діагностичних критеріїв, які

спочатку увійшли до американської класифікації DSM-III, а пізніше – до МКХ-10, де ПТСР було згадано у категорії F44.88 [19; 23].

На початку 1990-х років почали з'являтися перші наукові дослідження, присвячені посттравматичному зростанню серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Особливе місце в цьому напрямі займають праці американського психолога та соціолога Глена Елдера [25; 26]. Він одним із перших звернув увагу на тогочасну тенденцію недооцінювання позитивних аспектів травматичного досвіду військових. На думку Елдера, це ускладнювало пошук відповіді на питання: «Чи можуть чоловіки з симптомами посттравматичного стресового розладу мати адаптаційні ресурси, які також виникають із пережитого травматичного досвіду?». Учений наголошував, що «війна здатна мати як негативний, так і позитивний вплив на одну й ту саму людину» [26].

У 1915 році британський психіатр Чарльз Маєрс запропонував термін «снарядний шок», щоб описати стан, схожий на контузію. Маєрс вважав цей розлад є наслідком психологічної травми і навіть діагностував його у солдатів, які не зазнавали прямого впливу артилерійського вогню. Ці розлади проявлялися у вигляді втрати мови, слуху чи здатності рухатися без видимих фізіологічних ушкоджень.

Спочатку «снарядний шок» пояснювали як фізіологічну реакцію на вибухову хвилю або контузію, але Маєрс звернув увагу на те, що багато таких випадків мають психологічну природу. Він підкреслив, що тривалий вплив стресових факторів, таких як постійний артилерійський вогонь, спричиняє невротичні розлади, навіть у тих, хто фізично не постраждав. У таких випадках лікування часто включало психоаналітичні методи, зокрема так звані «фрейдівські розмови», які передбачали допомогу солдатам у вираженні їхніх внутрішніх переживань і травматичних спогадів. [22].

Інший дослідник, Джон П. Меррітт, ввів термін «психічний шок» (combat fatigue) для опису емоційних і психологічних реакцій солдатів на бойові дії. Він

наголошував на необхідності вивчення не лише фізичних, а й психічних навантажень, що зумовлюють появу ПТСР [24;26].

Роберт А. Левін вніс значний внесок у вивчення механізмів адаптації солдатів до бойового стресу, підкреслюючи, що соціальна підтримка може бути вирішальним фактором у запобіганні розвитку ПТСР [25].

Еміль Крепелін вперше звернув увагу на явище травматичного неврозу, підкреслюючи, що тяжкі психічні травми можуть залишати тривалі розлади, які, з часом, можуть тільки погіршуватися. Це вказує на те, що наслідки психічного стресу можуть бути довгостроковими і потребують серйозної уваги в лікуванні та реабілітації.

Герман Опенгейм ввів термін «травматичний невроз», вважаючи, що такі психічні розлади мають органічні корені, пов'язані з порушеннями в структурі мозку. Ця ідея підкреслює важливість розуміння зв'язку між фізіологічними змінами в мозку та психологічними наслідками, що виникають унаслідок травмуючих подій. Опенгеймова концепція відкриває шлях до подальшого дослідження того, як органічні фактори можуть впливати на психічний стан особистості [23].

Р. Р. Грінкер та Дж. П. Шпігель описали симптоми, які вони об'єднали під терміном «військовий невроз». Цей термін стосується розладів, що виникають у солдатів, які пережили бойові дії або перебували в полоні. Серед основних симптомів зазначаються підвищена стомлюваність, агресія, депресивні настрої та загальна фізична слабкість. Це свідчить про те, що психоемоційні травми, спричинені війною, можуть мати різноманітні прояви, які суттєво впливають на якість життя ветеранів [26].

Бессель ван дер Колк — один із провідних дослідників у галузі вивчення травм, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Він є автором численних публікацій, у яких детально описано нейробіологічні та психічні наслідки травм, які переживають люди, зокрема військовослужбовці. У своїй книзі "The Body Keeps the Score" ван дер Колк підкреслює, як травматичні події можуть змінювати структуру та функцію мозку, зокрема гіпокампа, що

відповідає за пам'ять та емоційні реакції. Такі зміни можуть сприяти розвитку симптомів ПТСР, включаючи емоційну нестабільність, проблеми з пам'яттю і концентрацією, а також хронічний стрес [22].

Ван дер Колк також акцентує увагу на важливості інтеграції психотерапевтичних методів, таких як травматерапія і тілесно-орієнтовані підходи, для лікування ПТСР. Він доводить, що ці методи можуть бути ефективними, оскільки вони допомагають відновити зв'язок між мозком і тілом, а також сприяють зниженню тривалих наслідків травм.

Цей зв'язок підтверджується численними дослідженнями. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складною психологічною реакцією на травматичні події, які можуть виникати під час бойових дій. Особливу увагу слід звернути на бойові стресори, такі як загроза життю, поранення або смерть товаришів по службі, оскільки саме вони відіграють значну роль у розвитку ПТСР серед військовослужбовців. Згідно з дослідженнями, що проводив Джонатан Шей, ці фактори можуть призводити до глибоких психологічних змін, створюючи довготривалі наслідки для психіки військових [21].

У своїй роботі *"Achilles in Vietnam"*, Шей аналізує бойові стреси, які переживають військовослужбовці, і показує, як вони можуть вплинути на психіку людини. Одним із основних висновків дослідження є те, що постійна загроза життю, вогнева підтримка, участь у сутичках і стрес, пов'язаний з втратою товаришів, можуть істотно збільшити ймовірність розвитку ПТСР у військових. Шей підкреслює, що бойові стреси можуть змінювати характер і поведінку військовослужбовців, адже на фоні тривалого психологічного тиску вони стають менш здатними адаптуватися до мирного життя після повернення додому.

Дослідження, проведене Вільяграном Л., Бланко А., Олеа Дж., Більбао М. вказує на необхідність розрізняти бойові стресори (наприклад, смерть товариша) від операційних стресорів (наприклад, невизначена дата

передислокації). Беннер та колеги виявили, що тривала служба, особливо понад 13 місяців, також підвищує ймовірність розвитку ПТСР [6].

Симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військових часто включають нав'язливі спогади, такі як флешбеки чи кошмари, а також емоційну відчуженість, відчуття, що травма повторюється, і уникання ситуацій або людей, що нагадують про бойові переживання. Також можуть проявлятися фізіологічні симптоми, як-от підвищена тривожність, проблеми зі сном і спалахи агресії [25].

Психологічні особливості прояву ПТСР включають почуття провини або сорому за виживання в умовах бою, труднощі у підтриманні стосунків з родиною через емоційну бар'єрність, а також розвиток депресії і апатії. Серед поведінкових змін часто спостерігається соціальна ізоляція, а також підвищена схильність до алкоголю чи наркотиків як механізм зняття стресу.

Індивідуальні відмінності, такі як генетична схильність, дитячі травми та характер людини, також суттєво впливають на виразність і тяжкість симптомів ПТСР. Наприклад, люди з песимістичним або надмірно контролюючим характером частіше стикаються з серйознішими психосоматичними проблемами, тоді як більш оптимістичні й емоційно стійкі особи можуть краще адаптуватися до стресу і мати менші психічні проблеми [27].

Окрім основних симптомів ПТСР, таких як флешбеки, кошмари та емоційне відчуження, дослідження також вказують на додаткові фактори, що можуть погіршувати перебіг цього розладу. Наприклад, люди з підвищеним рівнем тривожності або з певними психічними захворюваннями в анамнезі можуть бути більш схильні до розвитку важких форм ПТСР [28].

Також важливо зазначити, що ПТСР може проявлятися не лише через психологічні симптоми, але й через фізичні симптоми, як-от хронічна втома, головні болі або проблеми з серцево-судинною системою. Ці фізичні прояви можуть посилювати стрес і погіршувати якість життя постраждалих. Як вказують дослідження Бесселя ван дер Колка, посттравматичний стрес може мати значний вплив на мозкові структури, такі як гіпокамп, що відповідає за

пам'ять і емоційне регулювання, погіршуючи здатність до адаптації і прийняття рішень у стресових ситуаціях [26].

Участь у військових конфліктах, що супроводжується загрозою життю, суттєво впливає на психологічний стан військовослужбовців. Ті, хто безпосередньо брав участь у бойових діях, належать до категорії осіб з високим ризиком розвитку психоемоційних розладів. У військовій медицині для позначення таких явищ використовують специфічні терміни, зокрема «бойова психічна травма» та «бойова втома».

Дослідження свідчать, що люди, які перебували в екстремальних умовах, часто стикаються з наслідками посттравматичного стресового розладу (ПТСР). У військових ці зміни можуть мати незворотний характер, оскільки війна залишає глибокий слід у їхній психіці. Згідно з дослідженнями, понад половина військовослужбовців, які брали участь в АТО, вживали алкоголь, а кожен четвертий використовував наркотики або транквілізатори, особливо серед контрактників [27;28].

Стрес стає травматичним, коли він призводить до серйозних змін у психіці, що можна порівняти з фізичними травмами. У таких випадках страждає структура особистості, руйнуються когнітивні уявлення про світ, емоційна сфера та навіть нейробіологічні механізми, що відповідають за навчання, пам'ять і емоційну регуляцію. Військовослужбовці стикаються з ситуаціями, що становлять пряму загрозу їхньому життю або життю близьких людей, що спричиняє сильний психологічний стрес і руйнує відчуття безпеки.

Психологічні травми, отримані під час бойових дій, належать до категорії посттравматичного стресового розладу (ПТСР), поняття якого було введено в науковий обіг у 1980 році (М. Horowitz, В. Dohrenwend). Наслідки військового стресу проявляються у вигляді механізмів психологічного захисту, таких як амнезія (справжня чи удавана), емоційна загальмованість, уникнення спогадів про травматичні події. Водночас можливе явище «повернення» – нав'язливі спогади, нічні кошмари, постійне відчуття тривоги, емоційна пригніченість і втрата радості від життя [29].

Психічна травма, за твердженням З. Фрейда, є наслідком сильного впливу зовнішніх факторів на Его, з яким психіка не здатна впоратися шляхом звичайного опрацювання або емоційного відреагування. Він вважав, що травматичний досвід спричиняє розщеплення психіки, утворюючи своєрідний внутрішній бар'єр, який перешкоджає зціленню. Ключовим механізмом травматизації Фрейд називав блокування лібідозної енергії, що унеможлиблює нормальну інтеграцію пережитого досвіду в особистісну структуру.

К. Юнг та З. Фрейд також звертали увагу на роль несвідомих фантазій у процесі психотравматизації. Вони підкреслювали, що сама по собі травматична подія не завжди є причиною глибоких змін у психіці, а ось її інтерпретація та емоційне значення для людини можуть відігравати вирішальну роль. Юнг розробив модель, згідно з якою психіка здатна розщеплюватися на окремі комплекси, що функціонують незалежно і можуть мати потужне емоційне забарвлення, набуваючи релігійного, містичного чи страхітливого характеру.

Сучасний дослідник Д. Калшед зробив важливий висновок: навіть після припинення зовнішнього стресового чинника психіка продовжує відтворювати травматичний досвід. Тобто людина, яка зазнала травми, несвідомо відтворює схожі ситуації у своєму житті, знову й знову стикаючись із повторною травматизацією. Він також зазначав, що несвідомий матеріал, який включає агресивні фантазії, страхи, кошмари та дисоціативні реакції, може ставати окремою частиною особистості, що впливає на поведінкові патерни [29;30].

З точки зору поведінкових аспектів, психологічна травма формує певні стратегії реагування на стрес. Людина, яка пережила сильне потрясіння, часто демонструє гіперчутливість до потенційних загроз, що виявляється у підвищеній тривожності, схильності до уникнення або, навпаки, у пошуку конфліктних ситуацій як способу відреагування внутрішньої напруги. Травмований індивід може використовувати різні компенсаторні механізми, такі як емоційна відстороненість, агресивна поведінка або навіть саморуйнівні дії.

Фіксація травматичного досвіду має не лише психологічну, а й фізіологічну природу. Емоційна пам'ять закарбовує подію, створюючи своєрідний «осередок болю», через що будь-яка стресова ситуація може запускати ті ж самі реакції страху, паніки або відчаю, що й під час первинного травматичного досвіду. Без належної психологічної допомоги людина залишається уразливою до будь-яких фрустрацій і шукає шляхи для зниження емоційного дискомфорту, що може призводити до імпульсивної поведінки, самоізоляції чи навіть деструктивних дій [31].

Таким чином, поведінкові зміни після психічної травми можуть включати підвищену чутливість до стресу, зміну стратегій соціальної взаємодії, схильність до повторного відтворення травматичних сценаріїв, а також використання захисних механізмів, які не завжди є продуктивними. Саме тому важливим є не лише розуміння природи травматизації, а й розробка ефективних методів психологічної підтримки та корекції поведінки, що сприятимуть поступовому відновленню цілісності психіки та адаптації до життя після травми [31;32].

Механізм дії травми включає кілька етапів, де важливу роль відіграє наявність події, яка сприймається як травматична для людини. Це переживання супроводжується різкими емоційними реакціями, відчуттям психологічного дискомфорту та душевного болю. Для військовослужбовців такі переживання можуть бути викликані бойовими стресами, зіткненнями з насильством або ситуаціями, що ставлять під загрозу життя. Як наслідок, посттравматичні реакції можуть включати психосоматичні розлади або афективні порушення, а також руйнування адаптаційної системи особистості. Це змушує людину переживати відчуття безпорадності і обмежує функціонування «Я», створюючи емоційну уразливість до нових стресових ситуацій.

При фіксації на травмі стає очевидним, що травматичний досвід не був повністю інтегрований в загальну структуру життєвого досвіду особистості. Це може проявлятися в тому, що особа концентрується на певному періоді свого життя, зокрема на жахливих подіях минулого, що унеможлиблює адаптацію до

теперішнього і майбутнього. У військових, які пережили травму, це може бути виражено в постійному згадуванні бойових подій, що заважає їм жити в мирному часі, відчужує їх від реальності і створює внутрішнє напруження [27; 29; 30].

Крім того, фіксація на травмі підвищує рівень емоційної збудливості, що викликає дисоціативні стани, коли людина мимоволі переноситься у своє минуле, де її поведінка стає надмірно реактивною або неадекватною до поточної ситуації. Наприклад, військовослужбовець, переживши бій, може мати спонтанну агресивну реакцію або шукати конфлікти, навіть коли ситуація цього не потребує, що є захисним механізмом відновлення знайомого досвіду травми. Така поведінка може бути результатом «перенесення» дій і вчинків на зовнішні обставини, які насправді не мають нічого спільного з реальним конфліктом, але здаються військовому знайомими тригерами травматичного досвіду.

Як відзначала В. Дорозцева, психологічна травма має в собі емоційну основу, що визначає її інтенсивність і стійкість у свідомості. В емоційному стані під час травматичних переживань відбувається дисбаланс між психічними і соматичними системами, що посилює стресову реакцію організму. У військових, які пережили бойові дії або інші стресові ситуації, такий емоційний дисбаланс може мати серйозні наслідки: високий рівень тривоги, депресії або роздратування, що позначається на їх поведінці в мирному житті, адже вони можуть бути не в змозі адаптуватися до спокійних умов і шукатимуть способи «повернення» до знайомого стану напруги або агресії [32].

О. І. Захаров розглядав травму як афективне відображення важливих для людини подій, які справляють сильний негативний вплив. Для військовослужбовців це може включати не лише пережиті стреси на фронті, але й емоційний вплив втрат або болісних розчарувань. Травматичні події змінюють їхнє сприйняття себе та світу, збільшують ризик розвитку тривожних розладів, депресії чи інших психічних порушень. Тому військові можуть

відчувати відчуження, уникати контакту з іншими людьми або переживати соціальну ізоляцію.

Деякі дослідники визначають психологічну травму як інтенсивний, короткочасний, але глибокий від'ємний вплив, що може викликати емоційні переживання, такі як тривога, жах, сум або страх. Військові, які пережили бойові дії, можуть потрапляти в подібні стани навіть у мирному житті. Їхні емоції стають сильнішими, а переживання — глибшими, що може призводити до порушень у діяльності, погіршення соціальних зв'язків, а також зниження якості життя [33; 34].

Психологічна травма в контексті військової служби виявляється у складних емоційних реакціях, які суттєво впливають на поведінку військових. Вони можуть відчувати постійну емоційну напругу, виявляти агресію або соціальну ізоляцію, а також мати труднощі з адаптацією до нових умов життя. Важливою задачею є підтримка таких осіб через спеціалізовану психологічну допомогу, яка б допомогла їм інтегрувати травматичний досвід і адаптуватися до нормального функціонування в мирному житті.

Психологічні травми, отримані військовослужбовцями внаслідок участі в бойових діях, мають значний вплив на їхню поведінку як під час служби, так і після повернення до мирного життя. М.Ю. Лукашенко у своїх дослідженнях аналізує, яким чином бойовий досвід може провокувати девіантну поведінку серед військових, підкреслюючи, що вплив стресових ситуацій на фронті поєднується із соціальними факторами, які можуть сприяти виникненню протиправних дій [35].

Військові, які пережили інтенсивний бойовий стрес, часто стикаються з труднощами у регуляції власної поведінки. Серед них можуть спостерігатися імпульсивність, підвищена агресивність, низький рівень самоконтролю, а також схильність до ризикованої поведінки, що виходить за межі соціально прийнятних норм. Лукашенко наголошує, що бойові дії змінюють систему цінностей військовослужбовця, що може призводити до порушень соціальних і правових норм.

Окрему увагу дослідник приділяє тому, що психотравмуючі фактори війни можуть спричиняти патологічні зміни особистості. Зокрема, у військових формується так званий «бойовий стиль реагування» – тобто схильність до жорсткої поведінки, прямого застосування сили, труднощі у розпізнаванні небезпеки в умовах мирного життя. Це часто призводить до конфліктів у суспільстві, проблем у сімейних стосунках, а також збільшення випадків правопорушень [35].

Дослідження О.О. Романюка демонструють, що бойовий стрес та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) суттєво змінюють поведінку військовослужбовців, впливаючи на їхню емоційну стабільність, соціальні взаємодії та самоконтроль. Інтенсивне переживання стресових ситуацій, постійний ризик для життя, втрата товаришів та відсутність психологічної підтримки призводять до серйозних змін у сприйнятті реальності, що ускладнює адаптацію як у військовому середовищі, так і після повернення до цивільного життя.

Одним із найпоширеніших наслідків бойового стресу є підвищена агресивність та імпульсивність. Військовослужбовці, які перенесли психічну травму, можуть демонструвати неконтрольовані спалахи гніву навіть у ситуаціях, що не становлять реальної загрози. Це пов'язано з гіперзбудливістю нервової системи, яка формується внаслідок тривалого перебування у стані постійної бойової готовності. Така поведінка може призводити до конфліктів у військових колективах, а також до труднощів у соціальних взаємодіях після завершення служби [33; 35].

Ще одним важливим аспектом є схильність до ізоляції та уникнення соціальних контактів. Через сильний психологічний дискомфорт військові часто дистанціюються від близьких людей, втрачають інтерес до звичних занять, уникають розмов про бойовий досвід. Це є однією з ознак емоційного виснаження та своєрідного захисного механізму психіки, який допомагає уникати повторного переживання травматичних подій.

Окрім цього, наслідком бойової психічної травми є підвищена тривожність і гіпернастороженість. Військові, що пережили сильний стрес, можуть постійно перебувати у стані очікування небезпеки, навіть у мирному середовищі. Вони можуть різко реагувати на гучні звуки, раптові рухи або будь-які подразники, що асоціюються з бойовими діями. Такий стан може ускладнювати повсякденне життя, знижуючи адаптивні можливості та підвищуючи ризик розвитку депресивних та тривожних розладів [35].

Не менш значущим є порушення самоконтролю та схильність до ризикованої поведінки. Деякі військові, намагаючись впоратися з травматичним досвідом, вдаються до вживання алкоголю, наркотичних речовин або небезпечних форм поведінки, таких як надмірна агресія, азартні ігри чи безрозсудні вчинки. Це є наслідком змін у когнітивних процесах, зокрема ослаблення механізмів стримування імпульсів та зниження рівня критичності мислення.

Важливий вклад у вивчення цієї проблеми зробив О.А. Блінов, який в своїх працях детально розглядає механізми розвитку бойової психічної травми та її наслідки для військовослужбовців. У своїх роботах, таких як «Бойова психічна травма» (2019) та «Психологія бойової психічної травми» (2016), він аналізує, як стресові фактори бойових дій впливають на психіку військових і вивчає типові психологічні реакції на травматичні переживання. За словами О. Блінова, бойова психічна травма проявляється через стійкі зміни в психічному стані, що з часом можуть призвести до серйозних порушень, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [35; 36].

У статті «Психологічні особливості прояву бойового стресу військовослужбовців – учасників бойових дій» (2019) Блінов розглядає основні психологічні реакції на бойовий стрес і відзначає, що солдати, які пережили значні психотравмуючі впливи, можуть проявляти різноманітні зміни у своїй поведінці. Це можуть бути підвищена агресивність, дратівливість, емоційна нестабільність, або ж апатія та знижена активність. Особливу увагу О. Блінов також звертає на те, що ПТСР може супроводжуватись деструктивною

поведінкою, такою як зловживання алкоголем або наркотиками, соціальна ізоляція та труднощі у взаємодії з цивільним населенням після повернення з фронту [34].

У своїй дисертаційній роботі «Психологія бойового стресу» (2020) О. Блінов пропонує концептуальні моделі формування бойового стресу та психологічної реабілітації військовослужбовців. Він підкреслює, що стресові розлади мають не лише індивідуальний, але й соціальний вимір, оскільки поведінка осіб, які пережили бойові травми, суттєво впливає на їхні стосунки в родині, на роботі та в суспільстві в цілому. Саме тому 2 розділ кваліфікаційної роботи присвячено емпіричному дослідженню взаємозв'язку психотравматизації та міжособистісних стосунків у військовослужбовців.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПСИХОТРАВМАТИЗАЦІЇ ТА МІЖСОБИСТІСНИХ СТОСУНКІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Опис та обґрунтування методів і методик дослідження

Емпіричне дослідження взаємозв'язку психотравматизації та міжособистісних стосунків у військовослужбовців набуває особливої наукової та практичної актуальності у сучасних умовах збройної агресії проти України. Військова служба пов'язана з інтенсивним впливом стресогенних та травматичних чинників, серед яких – постійний ризик для життя, перебування в зоні бойових дій, втрата товаришів по службі, а також тривале перебування в умовах невизначеності та небезпеки. Усе це створює високу ймовірність виникнення психотравматизації, яка істотно впливає на емоційний стан, когнітивні процеси та поведінкові реакції військовослужбовців.

Особливу значущість у цьому контексті має вивчення того, як психотравматичний досвід відбивається на міжособистісних стосунках. Травматичні переживання можуть зумовлювати труднощі у спілкуванні, підвищену конфліктність, недовіру, соціальну ізоляцію або, навпаки, надмірну залежність від підтримки оточення. У той же час саме міжособистісні зв'язки – як у військовому колективі, так і в родинному середовищі – виступають потужним ресурсом психологічної підтримки, сприяючи адаптації, розвитку резильєнтності та зниженню негативних наслідків психотравматизації.

Наукове осмислення взаємозв'язку між психотравматизацією та міжособистісними стосунками є важливим для розробки ефективних психолого-педагогічних та психотерапевтичних стратегій підтримки військовослужбовців. Емпіричне дослідження у цій сфері дозволить не лише уточнити особливості впливу психотравматичних факторів на соціальну взаємодію, але й сформулювати практичні рекомендації щодо організації

психологічної допомоги, профілактики дезадаптивних наслідків та збереження психічного здоров'я військових.

Для вивчення впливу психотравматизації на міжособистісні стосунки військовослужбовців було проведено комплексне дослідження, що поєднувало кількісні та якісні методи збору даних. Основним завданням дослідження було виявлення характеру змін у поведінці військовослужбовців, які пережили психотравматичні події, та встановлення залежностей між рівнем психотравматизації і якістю їхніх міжособистісних стосунків.

Мета емпіричного дослідження – обґрунтування методик та характеристики вибірки з метою вивчення та розуміння взаємозв'язку чинників психотравматизації та міжособистісних стосунків військовослужбовців.

База дослідження – військовий госпіталь, м. Івано-Франківськ.

У дослідженні взяли участь 40 респондентів

Вік досліджуваних: 19 – 58 років.

Було обрано такі методи дослідження: анкетування, опитування, спостереження, а також психологічне тестування. Анкетування дозволяло кількісно оцінити рівень психотравматизації та ступінь соціальної взаємодії в підрозділі. Опитування давало змогу виявити суб'єктивне сприйняття власного емоційного стану та поведінкових змін. Спостереження забезпечувало незалежну оцінку поведінки військовослужбовців у реальних або змодельованих соціальних ситуаціях. Психологічні тести допомагали визначити рівень тривожності, емоційної стабільності та здатності до соціальної взаємодії.

Таблиця 2.1

Методи дослідження, їх об'єкт та мета:

Метод дослідження	Об'єкт дослідження	Мета використання
Анкетування	Військовослужбовці різних підрозділів	Визначення рівня психотравматизації та оцінка міжособистісних стосунків

Опитування	Військовослужбовці	Виявлення суб'єктивного сприйняття емоційного стану та поведінкових змін
Спостереження	Групові та командні взаємодії	Оцінка соціальної поведінки та комунікативних навичок у реальних умовах
Психологічне тестування	Індивідуальні особи	Вимір рівня тривожності, емоційної стабільності, соціальної адаптації

Для аналізу даних були використані методи статистичної обробки, що дозволяє встановити взаємозв'язок між рівнем психотравматизації та змінами у міжособистісних стосунках. Це дозволило не лише кількісно оцінити рівень проблеми, але й визначити закономірності її проявів у поведінці військовослужбовців.

У дослідженні також застосовувалися стандартизовані психологічні методики, які дозволяють кількісно оцінити основні характеристики психотравматизації та соціальної взаємодії:

- Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР;
- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант);
- Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна;
- Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса;
- Тест оцінка рівня конфліктності особистості.

Вважаємо за доцільне проаналізувати теоретичне підґрунтя кожної із запропованих методик.

1. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (додаток А).

Мета: коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу зазначених симптомів у осіб, які пережили різного роду психічні травми.

Методика є діагностичним інструментом, що дозволяє швидко та ефективно оцінити психоемоційний стан людини після впливу травматичних подій. Вона була створена з метою полегшення роботи практичних психологів, психотерапевтів та психіатрів, адже комплексна діагностика часто потребує значних часових ресурсів, тоді як короткі інструменти дозволяють оперативно виявити осіб із підвищеним рівнем ризику. Використання даної шкали сприяє своєчасному визначенню потреби у більш глибокому клінічному обстеженні, плануванні індивідуальної корекційної чи терапевтичної роботи, а також дозволяє здійснювати моніторинг змін психоемоційного стану у динаміці.

Опитувальник складається з переліку тверджень, які відображають найпоширеніші прояви тривоги, депресивних переживань та посттравматичного стресового розладу. Досліджуваному пропонується оцінити, наскільки часто він відчував ті чи інші симптоми за певний період часу. Такий формат є зрозумілим для респондентів та дозволяє отримати достовірні результати навіть у масових обстеженнях. Крім того, методика відзначається високим рівнем практичності: вона може застосовуватися як у клінічних умовах, так і в польових чи кризових ситуаціях, де важливо швидко виявити осіб, які потребують психологічної допомоги. Отримані результати можуть використовуватися не лише для діагностики, а й для відстеження динаміки психоемоційного стану в процесі лікування чи психокорекційної роботи.

Зміст завдань охоплює широкий спектр психоемоційних проявів: від відчуття внутрішнього дискомфорту та фізіологічних реакцій напруження до втрати інтересу до діяльності, почуття безнадії чи появи нав'язливих спогадів про травматичні події. Завдяки цьому методика дає змогу оцінити як загальний рівень емоційного виснаження, так і специфічні симптоми, пов'язані з травматичним досвідом. Важливою перевагою є можливість виявлення прихованих або латентних проявів психологічних розладів, які не завжди помітні при звичайному спостереженні чи клінічному інтерв'ю. Така комплексність робить інструмент корисним не лише для діагностики, а й для

прогнозування ризику подальших психоемоційних ускладнень та вбудовування індивідуальної стратегії психологічної допомоги.

Перевагами даного інструменту є його компактність, доступність та простота застосування. Він не потребує спеціальної підготовки з боку респондента, а проведення займає небагато часу. Водночас шкала має високу надійність і валідність, підтверджену у багатьох дослідженнях. Її результати можуть бути використані як у клінічній практиці, так і в наукових роботах для вивчення впливу травматичного досвіду на психіку людини. Завдяки універсальності та адаптивності коротка шкала може застосовуватися як у роботі з окремими особами, так і у великих вибірках, зокрема у контексті масових обстежень військовослужбовців, ветеранів або цивільного населення, яке пережило воєнні дії.

Особливої актуальності методика набуває у роботі з військовослужбовцями, учасниками бойових дій та їхніми сім'ями, які найчастіше стикаються з психологічними наслідками травм. Використання короткої шкали дозволяє своєчасно виявити небезпечні тенденції у психоемоційному стані, організувати індивідуальний підхід до надання психологічної допомоги та здійснити профілактику розвитку тяжчих психічних розладів. Крім того, результати діагностики можуть бути використані для планування реабілітаційних програм, спрямованих на відновлення психологічної стійкості, а також для підбору відповідних методів психокорекції. Методика є цінним інструментом не лише у сфері клінічної психології та психотерапії, а й у практиці освітніх, військових і соціальних інституцій, що опікуються підтримкою осіб, які перебували у зоні підвищеного стресу.

2. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) (додаток Б).

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій, відома також як Mississippi Scale, є клінічною тестовою методикою, розробленою у 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами. Методика була створена спеціально для

діагностики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій. Її основою слугував ММРІ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), що забезпечує високий рівень достовірності та надійності результатів.

Головна цінність шкали полягає у можливості комплексно оцінити психоемоційний стан військовослужбовців після травматичних подій. Методика дозволяє виявляти типові симптоми посттравматичного стресового розладу та супутні психоемоційні прояви, які можуть ускладнювати соціальну адаптацію та професійну діяльність військових. Вона дає змогу не лише зафіксувати наявність ПТСР, а й оцінити інтенсивність його проявів у різних психоемоційних сферах, що робить її важливим інструментом для планування індивідуальної психологічної підтримки.

Опитувальник складається з 30 основних питань, які об'єднані у три великі шкали, кожна з яких відповідає певній групі симптомів ПТСР. Перша група питань описує симптоми "вторгнення" – повторювані нав'язливі спогади, флешбеки та нічні кошмари, що свідчать про неможливість психологічного дистанціювання від травматичного досвіду. Друга шкала включає симптоми "уникнення", що відображають тенденцію уникати ситуацій, думок або спогадів, пов'язаних із травмою, а також емоційне відчуження та соціальну ізоляцію. Третя шкала охоплює симптоми "збудливості" – підвищену тривожність, роздратованість, порушення сну, концентрації та фізіологічні прояви стресу. Окрім цього, п'ять додаткових питань оцінюють почуття провини, самокритику та схильність до суїцидальних думок.

Методика дозволяє детально проаналізувати психоемоційний стан, визначити характерні патерни реакцій на стрес та травму, а також оцінити індивідуальні відмінності у реагуванні військовослужбовців. Використання шкали дає змогу структурувати інформацію про ступінь психоемоційного напруження, виявити найбільш уразливі сфери та спрямувати психотерапевтичні заходи на конкретні проблемні ділянки.

Важливим аспектом є її застосування для наукових досліджень, оскільки методика дозволяє аналізувати кореляційні зв'язки між різними симптоматичними групами, порівнювати психоемоційні реакції в різних підгрупах військовослужбовців та оцінювати ефективність психологічних інтервенцій. Результати досліджень можуть бути використані для розробки комплексних програм підтримки військових, профілактики посттравматичних реакцій та зменшення ризику розвитку хронічних психічних розладів.

Крім того, Mississippi Scale є цінним інструментом для психологів, психотерапевтів та команд медико-психологічного супроводу, оскільки дозволяє швидко і структуровано отримати об'єктивну інформацію про стан військовослужбовця. Її використання сприяє своєчасному виявленню осіб із високим ризиком, організації індивідуального підходу до підтримки та реабілітації, а також розробці рекомендацій для командування та медичного персоналу щодо оптимізації психоемоційного забезпечення особового складу.

Таким чином, Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій є багатофункціональним інструментом, що поєднує діагностичну, профілактичну та наукову цінність, забезпечуючи повноцінне розуміння динаміки посттравматичного реагування та можливостей психоемоційної підтримки військовослужбовців.

3. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (додаток В).

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності, розроблена Чарльзом Д. Спілбергером і Ю. Л. Ханіном у 1960-х роках, є одним із найпоширеніших інструментів для психологічної діагностики психоемоційного стану людини. Її створення було обумовлене потребою у точному розрізненні двох аспектів тривожності: тимчасової, пов'язаної зі стресовими ситуаціями, та стійкої, характерної для особистості загалом. Шкала дозволяє оцінити, як індивід реагує на конкретні події, а також визначити загальну схильність до тривожності, що є ключовим чинником психічного здоров'я та адаптаційних можливостей.

Методика складається із 40 тверджень, розділених на дві шкали по 20 запитань у кожній. Кожна шкала спрямована на дослідження конкретного типу тривожності. Респонденти оцінюють, наскільки кожне твердження відповідає їхньому власному стану, використовуючи чотирибальну шкалу: «ні, це не так», «мабуть так», «вірно», «цілком вірно». Така система дозволяє врахувати ступінь вираженості тривожних проявів, що підвищує точність самозвітності та забезпечує достовірність отриманих даних.

Шкала реактивної тривожності оцінює ситуативні емоційні реакції людини на конкретні події та ситуації. Вона фіксує тимчасові прояви занепокоєння, страху, нервового напруження, які змінюються залежно від зовнішніх обставин. Наприклад, респонденти можуть відзначати підвищене серцебиття, труднощі з концентрацією уваги або внутрішнє неспокій перед важливими подіями. Високий показник за цією шкалою свідчить про підвищену чутливість до стресових факторів і потребу у додаткових ресурсах для подолання тимчасових емоційних навантажень.

Особистісна шкала спрямована на оцінку стійкої тривожності, яка є властивою рисою особистості. Вона відображає загальну схильність людини до тривожного реагування, тривогу, що виникає незалежно від конкретних обставин, внутрішній неспокій, постійне передчуття негативних подій. Приклади проявів включають регулярне відчуття напруженості, надмірну обережність, складнощі з прийняттям рішень, постійне хвилювання про майбутнє або переживання через можливі невдачі. Високий рівень особистісної тривожності може вказувати на потребу у систематичній психологічній підтримці та розвитку стратегій саморегуляції.

Особливо цінним є порівняння результатів обох підшкал. Таке зіставлення дозволяє визначити, чи є тривожність тимчасовою реакцією на стресові обставини, чи вона має стійкий характер, властивий особистості. Наприклад, висока реактивна, але низька особистісна тривожність свідчить про адекватну адаптацію особи у повсякденному житті, із загостренням лише під час стресових ситуацій. Навпаки, високі показники за обома шкалами можуть

вказувати на системні труднощі в регуляції емоцій та потребу у психокорекційній роботі.

Методика має широке практичне застосування. Вона використовується для оцінки психологічного стану у дорослих та підлітків, дозволяє виявляти осіб із підвищеною тривожністю, оцінювати ефективність психотерапевтичних втручань, а також планувати корекційні програми. Особливу актуальність шкала набуває у роботі з групами, що перебувають у стресових або травматичних умовах, зокрема військовослужбовцями, внутрішньо переміщеними особами та постраждалими від надзвичайних ситуацій.

Перевагами методики є її простота, доступність та швидкість проведення, що дозволяє проводити як індивідуальні, так і масові обстеження. Висока надійність та валідність забезпечують точні результати, які можуть бути використані як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Використання цієї шкали допомагає не лише виявляти рівень тривожності, але й планувати ефективні психологічні втручання для зміцнення емоційної стійкості та підвищення адаптаційного потенціалу особи.

4. Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса (додаток Г).

Методика самооцінки емоційного стану, розроблена американськими психологами А. Уессманом і Д. Ріксом, є інструментом для оцінки поточного психоемоційного стану особи. Вона призначена для отримання швидких та об'єктивних даних про внутрішні переживання респондента, що дає змогу виявити рівень позитивних і негативних емоцій, а також загальне емоційне напруження. Методика використовується як у психологічній практиці, так і в наукових дослідженнях, забезпечуючи оперативний скринінг емоційного стану людини.

Опитувальник складається з набору тверджень, кожне з яких описує певний емоційний стан. Вимірювання здійснюється за десятибальною системою, де респондент обирає твердження, яке найбільш точно відповідає його самопочуттю на момент проходження тесту. Такий формат дозволяє не

лише зафіксувати загальний рівень емоційного стану, але й окремо оцінити інтенсивність позитивних і негативних переживань, ступінь тривожності, роздратованості, внутрішньої напруженості або спокою.

Методика передбачає об'єктивне порівняння вибраних тверджень між собою, що дозволяє виділити основні тенденції емоційного реагування. Високі бали свідчать про посилене переживання емоцій, наприклад, тривоги, смутку чи роздратованості, тоді як низькі бали демонструють спокій, емоційну врівноваженість та задоволеність станом. Це дає змогу психологу оперативно визначити, які емоційні аспекти потребують додаткової уваги, а які перебувають у нормі.

Однією з переваг методики є її простота та доступність для різних вікових груп і професійних категорій. Вона не потребує складної підготовки респондента, швидко заповнюється та легко обробляється. Результати можуть бути використані як для індивідуальної роботи з клієнтом, так і для групового аналізу, що особливо актуально у дослідженнях психологічного стану колективів або груп ризику.

Методика Уессмана-Рікса також важлива для практичної роботи в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, наприклад, у військових, медичних працівників, педагогів та інших професій, де стабільність емоційного стану безпосередньо впливає на ефективність діяльності. Її результати допомагають виявити підвищену схильність до стресових реакцій, вчасно організувати психологічну підтримку та корекційні заходи, що сприяє збереженню психічного здоров'я та працездатності.

5. Тест оцінка рівня конфліктності особистості. (додаток Д).

Тест оцінки рівня конфліктності особистості є психологічним інструментом, спрямованим на виявлення загальної схильності індивіда до конфліктної поведінки та аналізу особистісних реакцій у міжособистісних взаємодіях. Методика була розроблена на основі сучасних концепцій психології особистості та соціальної адаптації і дозволяє комплексно оцінити індивідуальні тенденції до виникнення конфліктів.

Опитувальник складається з низки тверджень, що описують типові реакції та поведінкові установки, які проявляються у різних соціальних ситуаціях. Респондент повинен відповісти, наскільки часто або наскільки характерно для нього кожне твердження, що дозволяє об'єктивно оцінити рівень його конфліктності.

Досліджуваний отримує змогу усвідомити власні реакції на стресові або складні взаємодії, а також виявити закономірності у поведінці, які можуть провокувати або загострювати міжособистісні суперечки. Методика дозволяє оцінити як схильність до відкритого протистояння та агресивної поведінки, так і тенденції до уникнення конфліктів чи внутрішнього накопичення негативних емоцій.

Тест є простим у застосуванні та не потребує спеціальної підготовки з боку респондента. Його результати дозволяють отримати цілісну картину психоемоційної та поведінкової реактивності особистості у соціальному контексті. Аналіз даних дає змогу визначити рівень готовності особистості до взаємодії в умовах соціальної напруги та сприяє розумінню факторів, що впливають на міжособистісну динаміку.

Методика є цінним інструментом для психологічних досліджень, оскільки дозволяє оцінити не лише рівень конфліктності, а й характер особистісних реакцій, що формують міжособистісні стосунки. Її застосування сприяє систематичному аналізу особистісних особливостей і надає можливість науково обґрунтовано інтерпретувати поведінкові патерни.

2.2 Кількісний та якісний аналіз результатів дослідження

Дослідження є невід'ємною складовою наукового пізнання, завдяки якому можемо отримати глибоке розуміння різноманітних явищ. Важливим етапом у дослідницькому процесі є розкриття ключових результатів, які виявляються як важливий момент спрямованості наукових зусиль. Ці результати дозволяють не

лише узагальнити отримані дані, а й виявити закономірності, тенденції та взаємозв'язки між об'єктами та явищами, що вивчаються. Крім того, аналіз результатів дослідження дає змогу формувати практичні рекомендації, розробляти ефективні стратегії впливу та приймати обґрунтовані рішення у відповідній сфері. Ретельне опрацювання отриманих даних забезпечує наукову обґрунтованість висновків і сприяє розвитку теоретичних знань, а також вдосконаленню методів і підходів дослідження.

За результатами *методики «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР»* нами було підраховано середні значення по кожній шкалі яке зображено на рисунку 2.1.

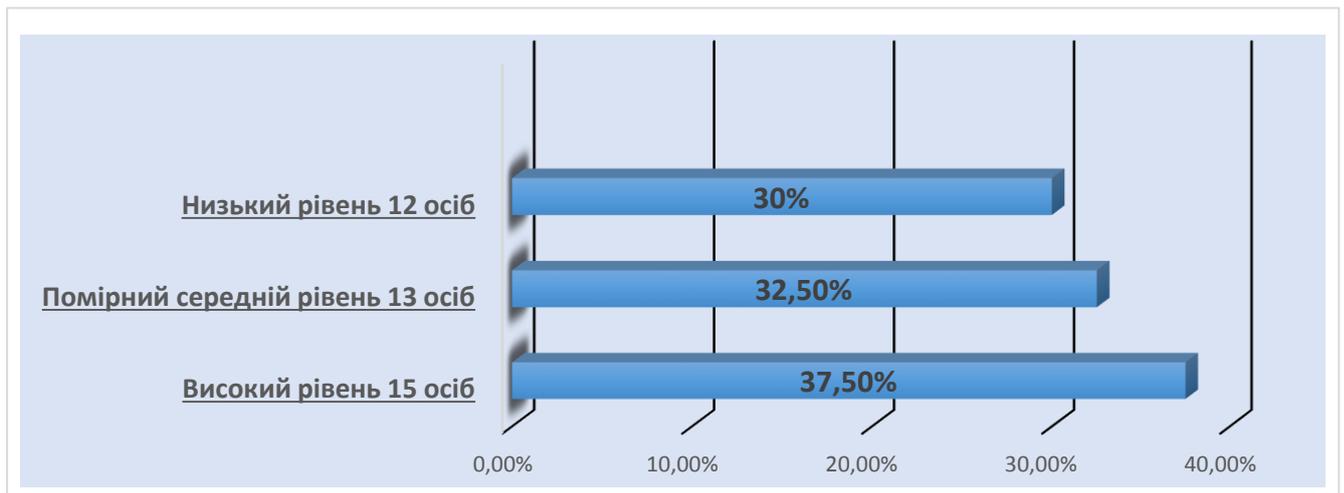


Рис. 2.1 Середні значення за результатами методики «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» у %

У результаті дослідження за «Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР» виявлено, що 37,5% військовослужбовців (15 осіб) демонструють високий рівень симптомів. Це надзвичайно вагомий показник, який свідчить про серйозне психоемоційне навантаження, що вже перейшло межу адаптивних можливостей організму. Для цієї групи характерні інтенсивні прояви тривоги, підвищена дратівливість, безсоння, відчуття внутрішнього виснаження та нав'язливі травматичні спогади. У такому стані військовослужбовці нерідко

втрачають здатність до ефективної саморегуляції, що може значно знижувати їхню боєздатність і підвищувати ризик дезадаптивної поведінки.

Поведінкові прояви у цієї категорії включають часті спалахи агресії або, навпаки, виражену емоційну відстороненість. Військовослужбовці стають замкнутими, уникають контактів, що спричиняє ізоляцію від колективу та знижує рівень згуртованості. У міжособистісних стосунках простежується зростання конфліктності, втрата довіри, труднощі у взаємодії як із товаришами по службі, так і з командирами. Високий рівень симптомів може провокувати порушення дисципліни, зниження концентрації уваги, ухиляння від спільних завдань або ж, навпаки, прояви ризикованої поведінки. У найтяжчих випадках можливі суїцидальні думки чи аутоагресивні тенденції, що потребує негайного реагування та психокорекційної підтримки.

У 32,5% опитаних (13 осіб) зафіксовано помірний рівень тривожних і депресивних симптомів. Це свідчить про наявність емоційного напруження, яке ще не набуло клінічно значущого рівня, проте створює певні ризики для психологічної стійкості. Такі військовослужбовці загалом зберігають здатність виконувати службові обов'язки, однак перебувають у зоні підвищеної вразливості. За умов повторного травматичного досвіду чи тривалої дії стресогенних чинників вони можуть швидко перейти до групи з високими показниками.

Поведінкові прояви у цієї категорії менш виражені, проте поступово накопичуються. Характерними є періодичні зміни настрою, коливання між активністю та апатією, відчуття «емоційних гойдалок». У міжособистісних стосунках такі військовослужбовці можуть демонструвати недовіру, певну підозрілість і схильність уникати відвертих розмов. Це часто призводить до формальності у взаємодії та поверхневих контактів. Водночас у внутрішньому стані відчувається приховане виснаження, зниження мотивації й інтересу до діяльності. Подібна динаміка знижує рівень згуртованості в колективі, адже військовослужбовець ніби залишається «поруч», але водночас відмежовується від колективних переживань.

У 30% військовослужбовців (12 осіб) виявлено низький рівень проявів симптоматики. Це свідчить про достатньо високий рівень психологічної резильєнтності, здатність долати труднощі та адаптуватися до екстремальних умов служби. Такі військовослужбовці зазвичай демонструють стабільність у поведінці, зберігають дисципліну, продуктивність та готовність працювати в команді, виконуючи завдання навіть в умовах підвищеного ризику. Вони нерідко стають стабілізуючим елементом колективу, підтримуючи згуртованість та виступаючи прикладом для інших.

Разом із тим навіть у цій категорії не можна повністю виключати прихованих проявів посттравматичної симптоматики. Військовослужбовці з низьким рівнем показників часто схильні пригнічувати негативні емоції та «маскувати» внутрішні переживання, що з часом може призвести до накопичення емоційного напруження. Час від часу у них все ж можуть проявлятися ознаки підвищеної тривожності чи роздратування, особливо після інтенсивних бойових завдань або втрат.

Тому навіть ця група потребує періодичного моніторингу та профілактичних консультацій, які допоможуть знизити ризик емоційного «вигорання» та забезпечать довготривалу психологічну стійкість. Це дозволяє не лише зберегти індивідуальне благополуччя військовослужбовців, а й підтримати загальний рівень боєздатності та ефективності підрозділу.

Оцінка результатів за методикою *Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)* демонструє рівні вираженості деяких показників (рис. 2.2)

За результатами дослідження за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» було отримано такі дані: 32,5% військовослужбовців (13 осіб) належать до групи добре адаптованих, 45% (18 осіб) мають ознаки психічних розладів, а у 22,5% (9 осіб) виявлені виражені прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

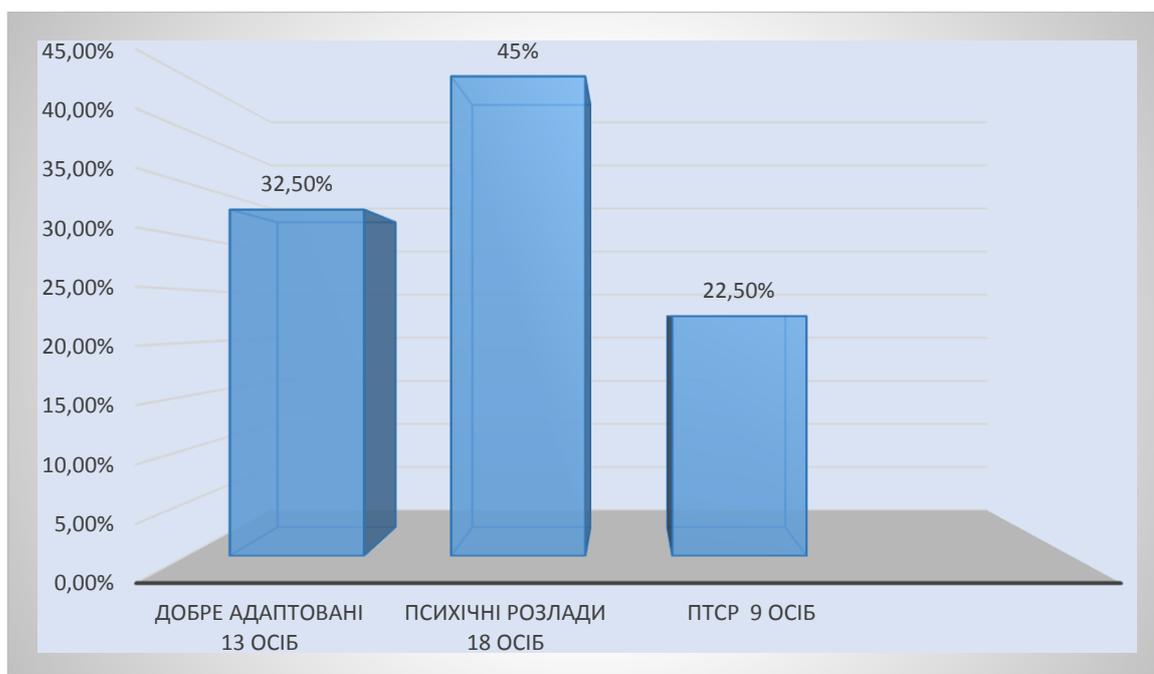


Рис. 2.2 Середні значення результатів за методикою Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) у %

Високий відсоток військовослужбовців із психічними розладами (45%) свідчить про значне психоемоційне навантаження, яке не завжди досягає рівня клінічного ПТСР, проте вже суттєво впливає на функціонування особистості. У цій групі типово спостерігаються періодичні епізоди тривоги, депресивних переживань, підвищена дратівливість, труднощі з концентрацією уваги та проблеми зі сном. Їхній емоційний стан характеризується своєрідними «гойдалками»: від періодів короточасної активності та мобілізації до виснаження і відчуття безсилля.

У поведінкових проявах нерідко простежується замкнутість, зниження мотивації, схильність уникати відвертих контактів. Такі військові можуть виявляти недовіру до товаришів по службі, а іноді навіть підозрілість чи конфліктність. У міжособистісних стосунках це проявляється поверхневим характером спілкування, труднощами у формуванні глибоких і довірчих взаємин, що в підсумку знижує згуртованість колективу. Хоча вони здатні формально виконувати службові обов'язки, поступова втрата внутрішньої мотивації та накопичення виснаження створюють високий ризик дезадаптації.

Наявність 22,5% військовослужбовців із чітко вираженим ПТСР є тривожним сигналом, адже це означає, що майже кожен п'ятий військовий переживає інтенсивні симптоми травматичного стресу. Для цієї категорії характерні нав'язливі спогади про бойові події, нічні кошмари, відчуття постійної небезпеки, уникання всього, що нагадує про травматичний досвід, а також виражена гіперпильність. Поведінка таких військових може коливатися від різких спалахів агресії до емоційної відстороненості чи «заціпеніння». Часто спостерігаються неадекватні реакції на різкі звуки чи події, що ускладнює як виконання службових завдань, так і повсякденну взаємодію.

У міжособистісних стосунках військовослужбовці з ПТСР схильні або ізолюватися, уникаючи близького контакту, або створювати конфліктні ситуації, що підриває згуртованість колективу та знижує рівень довіри. Додатковим ризиком виступають аутоагресивні тенденції, зловживання алкоголем чи іншими психоактивними речовинами, а також схильність до ризикованої поведінки. Це не лише поглиблює їхні власні психологічні проблеми, а й становить загрозу для бойової готовності підрозділу.

Водночас 32,5% військових продемонстрували добру адаптованість, що свідчить про достатню психологічну стійкість, здатність до ефективного подолання наслідків бойового стресу та збереження працездатності в екстремальних умовах. Для цієї групи характерна відносна стабільність психоемоційного стану, уміння контролювати емоції та підтримувати високий рівень дисципліни. Поведінка таких військових відзначається врівноваженістю, організованістю та готовністю до командної взаємодії, що робить їх важливим стабілізуючим елементом у колективі. У міжособистісних стосунках вони, як правило, створюють атмосферу довіри, виступають підтримкою для побратимів і сприяють збереженню згуртованості підрозділу.

В той же час навіть у цієї категорії не можна виключати поступового накопичення виснаження за умов тривалого перебування у бойовій зоні. Можливі епізодичні прояви втоми, підвищеної дратівливості чи короткочасної тривоги після участі у бойових діях. Це підкреслює важливість систематичної

профілактичної роботи та психологічного супроводу, спрямованого на збереження їхнього ресурсу та запобігання розвитку дезадаптації у майбутньому.

У результаті використання *методики Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна* нами було проаналізовано дані, які представлені на рис.2.3 та рис. 2.4



Рис. 2.3 Середні значення за результатами методики Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна у %

За результатами дослідження, високий рівень ситуативної тривожності виявлено у 22,5% військовослужбовців (9 осіб). Ця група характеризується надмірною реактивністю на стресові або непередбачувані події, що проявляється у різких емоційних коливаннях, підвищеній нервовій збудливості та фізіологічних симптомах тривоги, таких як прискорене серцебиття, тремтіння, пітливість, м'язове напруження. В умовах бойових завдань або непередбачуваних ситуацій поведінка цих військових може бути непослідовною: іноді спостерігаються імпульсивні рішення або різкі реакції, що підвищує ризик помилок, невдалого виконання завдань або конфліктів у підрозділі. У міжособистісних стосунках високий рівень ситуативної

тривожності часто проявляється через дратівливість, нетерпимість до зауважень, підвищену чутливість до критики та ухиляння від відкритого спілкування. Це може створювати труднощі у підтриманні командної взаємодії та знижувати рівень довіри серед товаришів по службі.

Середній рівень ситуативної тривожності спостерігається у більшості опитаних – 55% (22 особи). Для цієї категорії характерна помірна емоційна реактивність: вони відчують напруження у стресових умовах, проте здатні регулювати свої емоції та виконувати службові обов'язки. Поведінкові прояви включають періодичні зміни настрою, коливання між активністю та відчуттям втоми або апатії. У міжособистісній взаємодії помірна ситуативна тривожність може призводити до часткової дистанційованості, небажання ділитися переживаннями або обмеження відкритих контактів, що робить спілкування формальним і менш емоційно насиченим. Проте ці військовослужбовці зазвичай здатні зберігати командну дисципліну та продуктивність, і за умови своєчасної психологічної підтримки ризику емоційного виснаження можна значно зменшити.

Низький рівень ситуативної тривожності виявлено у 22,5% військових (9 осіб). Ця група демонструє стійку психологічну адаптацію та високу здатність контролювати реакції на стресові ситуації. Поведінка характеризується врівноваженістю, дисциплінованістю, адекватною оцінкою ризиків та вмінням приймати обдумані рішення навіть в умовах напружених бойових дій. У міжособистісних стосунках вони здатні виступати стабілізуючим елементом, підтримувати товаришів по службі, сприяти створенню атмосфери довіри та взаємоповаги. Проте навіть у цій групі можливі тимчасові прояви тривожності або дратівливості після інтенсивних або травматичних подій, що підкреслює необхідність регулярного профілактичного психологічного супроводу.

За результатами дослідження, високий рівень особистісної тривожності серед військовослужбовців не зафіксовано (0 осіб). Це свідчить про відносну психологічну стійкість особистості в умовах тривалого або повторного стресу, а також про низьку схильність до формування хронічного емоційного

напруження. Відсутність високих показників означає, що більшість опитаних здатні ефективно адаптуватися до загрозливих чи непередбачуваних ситуацій без системних проявів внутрішньої тривоги, що відображається у врівноваженій поведінці та стабільних міжособистісних стосунках.

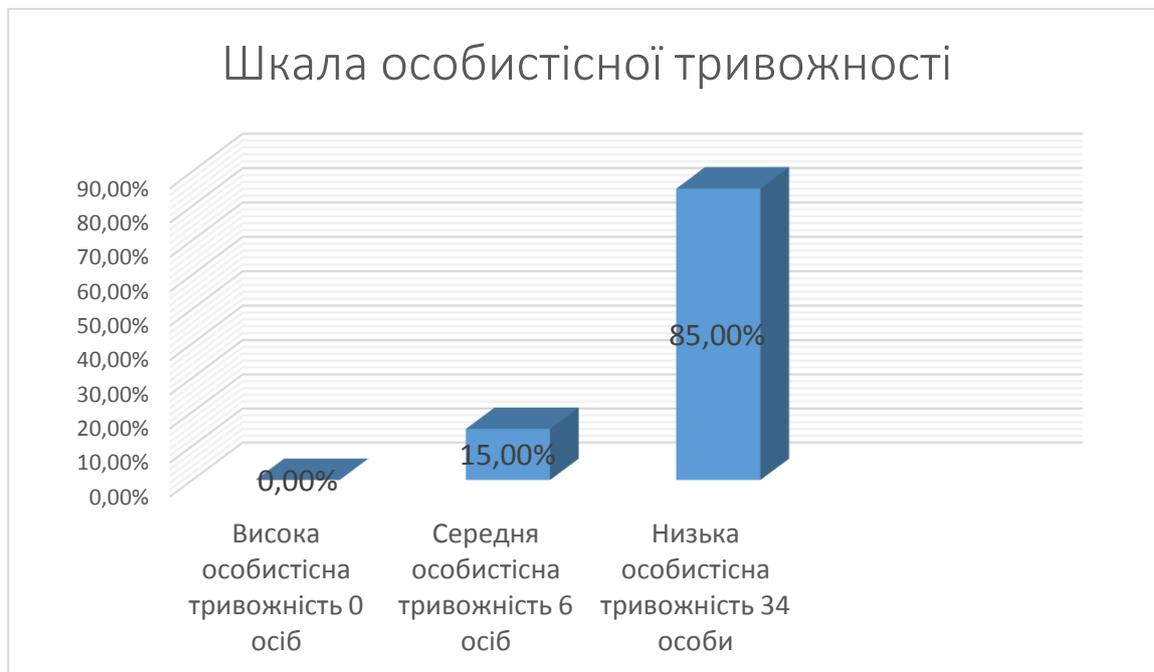


Рис. 2.4 Середні значення за результатами методики Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна у %

Середній рівень особистісної тривожності виявлено у 15% військових (6 осіб). Ця група демонструє помірну схильність до постійного емоційного напруження. Поведінкові прояви можуть включати періодичну нервозність, підвищену чутливість до стресових подій, часткову самокритичність та обережність у прийнятті рішень. У міжособистісних стосунках військовослужбовці з середнім рівнем особистісної тривожності можуть демонструвати певну дистанційованість або підвищену увагу до оцінки власної поведінки іншими, що іноді ускладнює емоційне зближення та відкриту комунікацію в підрозділі. Проте за стабільної підтримки колективу та регулярної психологічної супровідної роботи ці особи здатні зберігати працездатність та ефективність взаємодії.

Низький рівень особистісної тривожності спостерігається у 85% військових (34 особи). Це свідчить про високий рівень внутрішньої психологічної стабільності та резильєнтності особистості. Такі військовослужбовці відрізняються спокоєм, врівноваженістю, здатністю об'єктивно оцінювати ситуації та приймати обдумані рішення навіть у складних або небезпечних умовах. У поведінці вони демонструють контрольовані реакції на стрес, низьку імпульсивність та вміння підтримувати концентрацію уваги. У міжособистісних стосунках ці військові часто виступають стабілізуючим елементом у колективі, сприяють створенню атмосфери довіри, взаємоповаги та підтримки. Водночас навіть серед осіб із низьким рівнем особистісної тривожності можливі епізодичні прояви перевтоми, дратівливості або короткочасної тривоги після інтенсивних бойових завдань, що підкреслює необхідність профілактичного психологічного супроводу.

За результатами *методики «Самооцінки емоційного стану» Уессмана-Рікса* нами було підраховано середнє значення по кожній шкалі, яке зображено на рисунку 2.5



Рис. 2.5 Групові результати за методикою «Самооцінки емоційного стану» Уессмана-Рікса

За результатами дослідження, 12,5% респондентів (5 осіб) оцінили свій емоційний стан як «дуже добрий». Це вказує на високий рівень психологічної стійкості та здатності ефективно адаптуватися навіть у стресових або екстремальних умовах. Такі військовослужбовці відрізняються врівноваженою поведінкою, високим рівнем концентрації та працездатності. Вони здатні брати на себе відповідальність, демонструють ініціативу та активно сприяють виконанню колективних завдань. У міжособистісних стосунках вони виступають стабілізуючим фактором, підтримують моральний клімат підрозділу, здатні до конструктивної взаємодії, вирішення конфліктів та надання допомоги колегам у стресових ситуаціях. Їхня присутність позитивно впливає на загальну психологічну атмосферу та рівень згуртованості групи.

52,5% респондентів (21 особа) оцінили свій стан як «добрий». Це найбільша група, яка характеризується достатнім рівнем психоемоційної стабільності, хоча періодично проявляються ознаки втоми, підвищеної тривожності та емоційної лабільності. Поведінка таких військовослужбовців зазвичай адекватна та продуктивна, проте у разі тривалого або повторного стресу вони можуть демонструвати легку дратівливість, непостійний настрій або зниження мотивації. У міжособистісних стосунках вони здатні підтримувати контакти з колегами, брати участь у спільній діяльності та демонструвати емоційну підтримку, проте при накопиченні стресових факторів можуть тимчасово дистанціюватися, уникати відкритого обговорення власних переживань або демонструвати поверхневі контакти. Така поведінка свідчить про потребу у профілактичній роботі: тренінгах емоційної саморегуляції, груповій релаксації та розвитку навичок стресостійкості.

27,5% респондентів (11 осіб) оцінюють свій стан як «погіршений». Це свідчить про наявність помітного емоційного дискомфорту та підвищеного психоемоційного навантаження. У поведінці цієї категорії проявляються ознаки перевтоми, нестійкого настрою, зниження мотивації та продуктивності, а також схильність до періодичних конфліктів або агресивних реакцій. У міжособистісних стосунках військовослужбовці можуть демонструвати

замкнутість, уникати відкритої взаємодії та емоційної підтримки колег, що знижує ефективність командної роботи та згуртованість підрозділу. При тривалому впливі стресових факторів у цій групі зростає ризик формування більш серйозних психоемоційних порушень, включаючи симптоми ПТСР.

7,5% респондентів (3 особи) оцінили свій стан як «поганий». Це вказує на високий рівень психоемоційного виснаження та істотне зниження адаптивних можливостей. У поведінці таких осіб часто спостерігається низька продуктивність, підвищена дратівливість або агресивні спалахи, а також ухиляння від виконання службових обов'язків. У міжособистісних стосунках вони схильні до ізоляції, уникання контактів або провокування конфліктів, що негативно впливає на дисципліну та бойову готовність підрозділу. Такі прояви сигналізують про критичну потребу в психологічній підтримці та проведенні цілеспрямованих заходів для стабілізації емоційного стану.

Результатів за методикою «Тест оцінка рівня конфліктності особистості» демонструє рівні вираженості деяких показників (див. рис. 2.6)

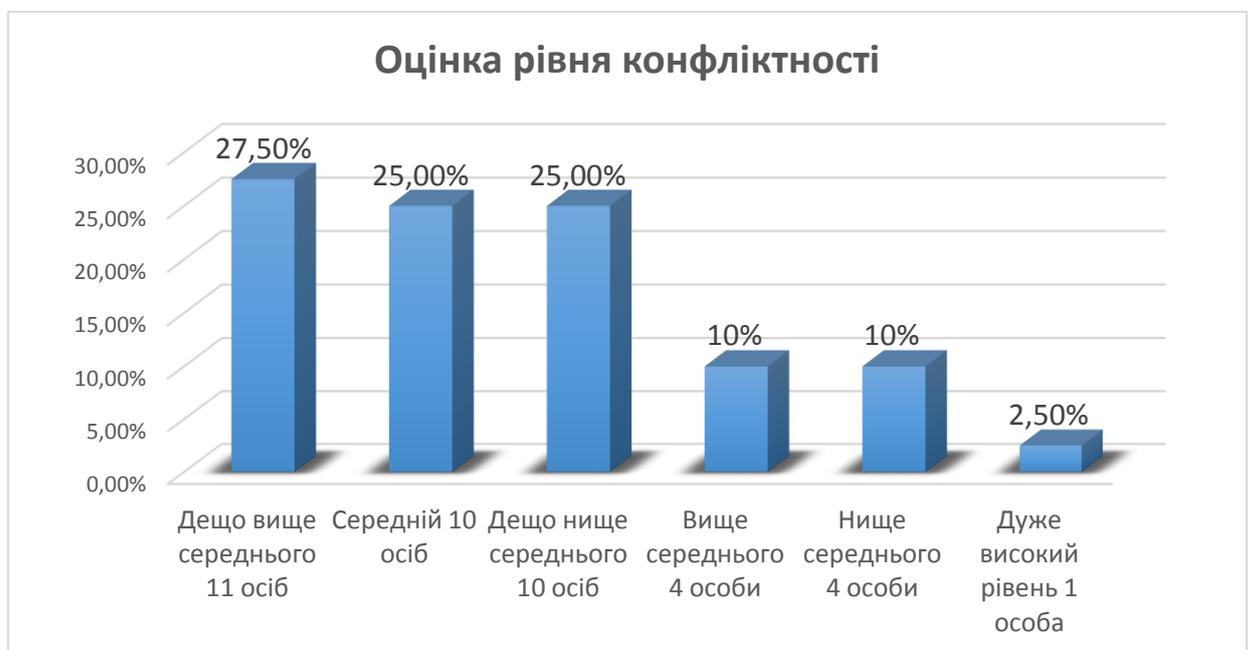


Рис. 2.6 Середні значення за результатами методики «Тест оцінка рівня конфліктності особистості»

Аналіз групових результатів показує, що більшість військовослужбовців перебувають у зоні помірного рівня конфліктності. 27,5% респондентів (11 осіб) демонструють дещо вище середнього рівень конфліктності. Це свідчить про схильність до проявів суперечливості у взаємодії з іншими, що може проявлятися у часткових конфліктних ситуаціях або підвищеній чутливості до критики. Такі військовослужбовці здатні контролювати свої реакції, проте за наявності провокаційних або стресових факторів їх поведінка може ставати напруженою, виникає ризик емоційних зіткнень та тимчасових труднощів у спілкуванні з колегами.

У міжособистісних стосунках це часто проявляється у підвищеній обережності у контактах, схильності до захисту власних інтересів і вимогливості до оточуючих. Такі військовослужбовці можуть демонструвати непослідовність у взаємодії: з одного боку, вони готові до співпраці, з іншого – можуть гостро реагувати на критику або незначні непорозуміння. У колективі це іноді призводить до тимчасових конфліктів, зниження командної ефективності або напруженої атмосфери у групі. Водночас за умови відповідної підтримки та навичок емоційної саморегуляції ця категорія військових може виступати активними учасниками командної роботи, здатними конструктивно вирішувати спірні ситуації та сприяти підтримці дисципліни.

25% респондентів (10 осіб) віднесли себе до середнього рівня конфліктності. Для цієї категорії характерна стабільна поведінка, здатність до компромісів і конструктивного вирішення суперечок. Водночас у ситуаціях підвищеного стресу можуть з'являтися короточасні ознаки напруження або невдоволення, що проявляються у незначних словесних конфліктах чи пасивній опозиції до колективних рішень. У міжособистісних стосунках така група демонструє відносну гармонійність, але схильна уникати тривалих конфліктів і напружених дискусій.

Крім того, військовослужбовці цієї групи зазвичай підтримують позитивну комунікацію з товаришами по службі, здатні до співпраці та взаємодопомоги. Їх поведінка відзначається врівноваженістю та раціональністю у прийнятті

рішень, вони рідко провокують конфлікти та, за необхідності, здатні виступати як миротворці в колективі. В умовах бойових або стресових ситуацій вони можуть демонструвати короточасні емоційні реакції, проте здатні швидко відновлювати самоконтроль і підтримувати дисципліну. Така стабільність позитивно впливає на згуртованість підрозділу, сприяє ефективній взаємодії між його членами та підтримує робочу атмосферу навіть у напружених умовах.

Ще 25% респондентів (10 осіб) мають рівень дещо нижче середнього, що свідчить про тенденцію до врівноваженої поведінки та прагнення уникати конфліктів. Вони демонструють високу толерантність, здатність до співпраці і конструктивної взаємодії. У міжособистісних стосунках такі військові виступають стабілізуючим фактором, знижуючи ймовірність загострення конфліктів, проте можуть іноді відчувати внутрішнє напруження, якщо їхні погляди не враховуються.

У таких ситуаціях вони можуть проявляти пасивне невдоволення або внутрішню фрустрацію, що не завжди виявляється зовні, але може впливати на мотивацію та емоційний стан. Водночас їх здатність до самоконтролю і готовність йти на компроміс сприяє підтриманню стабільності в колективі та зменшує ризик ескалації конфліктів. Ця група часто виступає посередником у суперечках між іншими членами підрозділу, допомагаючи налагоджувати комунікацію та зберігати робочу атмосферу.

10% респондентів (4 особи) оцінюють свій рівень конфліктності як вище середнього. Для цієї групи характерна активніша вираженість напруження у взаємодії з іншими, схильність до конфронтацій і відстоювання власних позицій. У міжособистісних стосунках це може проявлятися у частих суперечках, словесних конфліктах або тенденції до домінування у групі. При цьому такі військовослужбовці часто виступають «ініціаторами змін», проте їх поведінка може дестабілізувати колектив, якщо не відбувається належна психологічна підтримка.

Водночас ці особи можуть демонструвати високий рівень енергії та рішучості, що у конструктивному середовищі сприяє досягненню цілей та

реалізації завдань підрозділу. Проте за відсутності ефективних каналів комунікації або у стресових ситуаціях така активність може перетворюватися на конфліктну поведінку, провокуючи напруженість серед колег і знижуючи згуртованість групи. Для цієї категорії важливим є розвиток навичок емпатії, контролю емоцій та конструктивного врегулювання суперечок.

Ще 10% респондентів (4 особи) віднесли себе до категорії нижче середнього рівня конфліктності. Це свідчить про схильність до компромісу, толерантності та уникнення конфліктних ситуацій. Вони здатні підтримувати емоційну рівновагу у колективі, але іноді можуть надмірно підпорядковуватися груповим очікуванням, пригнічуючи власні потреби. У міжособистісних стосунках вони зазвичай виступають миротворцями, сприяючи стабільності та злагожденості у підрозділі.

Водночас така поведінка може призводити до накопичення внутрішнього напруження та пасивної фрустрації, якщо особисті потреби та позиції залишаються неврахованими. Ця група військовослужбовців схильна уникати відкритих конфліктів, що знижує ризик емоційної ескалації, але одночасно може обмежувати їхню здатність відстоювати важливі рішення або пропонувати нові підходи. Регулярна підтримка та можливість безпечного вираження власної думки допомагають таким особам зберігати психологічну стійкість і ефективність у міжособистісній взаємодії.

Нарешті, 2,5% респондентів (1 особа) демонструє дуже високий рівень конфліктності. Це сигналізує про стійку схильність до конфліктних взаємодій, емоційної напруженості та потенційної деструктивної поведінки. У міжособистісних стосунках така особа може провокувати конфлікти, демонструвати агресивність, недовіру або опір до групових рішень. Якщо не здійснювати своєчасного психологічного супроводу, існує ризик ізоляції цієї особи від колективу або поглиблення міжособистісних конфліктів у підрозділі.

Крім того, високий рівень конфліктності може негативно впливати на моральний клімат у підрозділі, знижувати ефективність командної роботи та порушувати дисципліну. Така особа здатна ініціювати емоційні спалахи або

провокувати суперечки навіть у нейтральних ситуаціях, що створює додатковий стрес для оточуючих. Тому для мінімізації ризиків важливим є своєчасне застосування індивідуальних корекційних заходів, розвиток навичок самоконтролю та стратегій конструктивної взаємодії.

2.3 Визначення основних залежностей між рівнем психотравматизації та якістю міжособистісних стосунків

В умовах тривалого воєнного досвіду психотравматизація стає одним із ключових чинників, що визначають емоційне функціонування, поведінку та якість взаємодії військовослужбовців із оточенням. Під впливом кумулятивного стресу, небезпеки, втрат і фізичного виснаження змінюється не лише внутрішня психологічна динаміка особистості, але й структура міжособистісних стосунків. Посилення симптомів травматичного досвіду — таких як гіпервразливість, недовіра, підвищена агресивність, уникнення чи емоційне оціпеніння — поступово трансформує спосіб сприйняття інших людей, знижує здатність до емпатії та емоційного контакту. Саме тому виявлення залежностей між рівнем психотравматизації та якістю міжособистісних стосунків є надзвичайно важливим для розуміння механізмів адаптації військовослужбовців і розробки ефективних психокорекційних програм.

На основі результатів попереднього аналізу було проведено детальне дослідження взаємозв'язку між рівнем психотравматизації та якістю міжособистісних стосунків військовослужбовців. Метою цього етапу було виявлення закономірностей, що дозволяють прогнозувати соціальну взаємодію у військовослужбовців залежно від психотравматичного досвіду особи. Додатково дослідження передбачало аналіз впливу емоційного стану, рівня тривожності та конфліктності на здатність військових до ефективної командної роботи, підтримки довірчих стосунків у підрозділі та адаптації до екстремальних умов служби. Отримані дані дозволяють оцінити не лише

психологічну стійкість особистості, але й її потенціал для підтримання стабільності колективу та запобігання дезадаптаційних проявів у міжособистісних взаєминах.

Таблиця 2.2

Зведена таблиця взаємозв'язку психотравматизації та міжособистісних стосунків

Показник / Методика	Категорія	% військових	Поведінкові прояви	Вплив на міжособистісні стосунки
Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР	Високий	37,5%	Інтенсивна тривога, дратівливість, безсоння, нав'язливі спогади	Конфліктність, ізоляція, втрата довіри, труднощі у взаємодії з колегами
	Помірний	32,5%	Коливання настрою, апатія, внутрішнє виснаження	Поверхневі контакти, уникання емоційних розмов, зниження згуртованості
	Низький	30%	Контроль емоцій, стабільна поведінка	Підтримка колективу, стабільність взаємин, висока дисципліна
Міссісіпська шкала ПТСР	ПТСР	22,5%	Нав'язливі спогади, нічні кошмари, емоційне заціпеніння, агресія	Ізоляція, конфліктність, ризик аутоагресії, дестабілізація підрозділу

	Психічні розлади	45%	Депресія, тривожність, коливання настрою, втома	Недовіра, поверхневі контакти, труднощі у взаємодії, втрата мотивації
	Добре адаптовані	32,5%	Емоційна стійкість, контроль поведінки	Стабільність колективу, підтримка взаємин, позитивний вплив на згуртованість
Ситуативна тривожність (Спілбергер – Ханін)	Висока	22,5%	Дратівливість, емоційна нестійкість	Можливі короточасні конфлікти, підвищена чутливість до критики
	Середня	55%	Помірний дискомфорт, періодичні зміни настрою	Відносно стабільна взаємодія, короточасні емоційні напруження
	Низька	22,5%	Контроль емоцій, зрівноважена поведінка	Гармонійні стосунки, стабілізація колективу
Особистісна тривожність (Спілбергер – Ханін)	Висока	0%	—	—
	Середня	15%	Легкі коливання настрою	Відносно конструктивна взаємодія
	Низька	85%	Емоційна стійкість, адаптивність	Позитивний вплив на згуртованість і співпрацю

Самооцінка емоційного стану (Уесман-Рікс)	Дуже добрий	12,5%	Висока мотивація, стабільна поведінка	Позитивна взаємодія, підтримка колективу
	Добрий	52,5%	Стабільність, контроль емоцій	Гармонійні стосунки, конструктивна співпраця
	Погіршений	27,5%	Зниження продуктивності, дратівливість	Поверхневі контакти, помірна напруженість у стосунках
	Поганий	7,5%	Демотивація, втома, відчуття безсилля	Ізоляція, конфліктність, труднощі у командній взаємодії
Рівень конфліктності	Дуже високий	2,5%	Агресивність, провокаційна поведінка	Дестабілізація колективу, ризик ізоляції
	Вище середнього	10%	Домінування, часті суперечки	Можливе загострення конфліктів, підвищена напруженість
	Дещо вище середнього	27,5%	Схильність до суперечностей, напруженість	Тимчасові конфлікти, підвищена чутливість до критики
	Середній	25%	Конструктивне вирішення суперечок	Гармонійна взаємодія, компромісність
	Дещо нижче середнього	25%	Прагнення уникати конфліктів	Стабілізація взаємин, миротворча роль

	Нижче середнього	10%	Толерантність, компромісність	Підтримка стабільності колективу
	Дуже низький	0%	—	—

Аналіз отриманих даних демонструє чітку залежність між рівнем психотравматизації, емоційним станом та якістю міжособистісних стосунків військовослужбовців. Підвищена психоемоційна напруженість, тривожність та наявність симптомів посттравматичного стресу прямо впливають на поведінку та взаємодію в колективі.

Військові з високим рівнем психотравматизації та тривожності зазвичай проявляють підвищену дратівливість, емоційну нестійкість та коливання настрою. Це супроводжується труднощами у підтриманні конструктивних контактів, схильністю до конфліктів або навпаки — ізоляції від колективу, зниженням довіри до товаришів по службі та командирів. У деяких випадках виявляються аутоагресивні тенденції, ризикована поведінка або порушення дисципліни, що безпосередньо впливає на боєздатність підрозділу.

Помірний рівень симптомів та емоційного напруження характеризується періодичними коливаннями настрою, прихованою тривожністю та зниженням мотивації. Такі військові формально виконують обов'язки, але в міжособистісних стосунках демонструють поверхневі контакти, уникання відвертих розмов та часткову втрату емоційної близькості з колегами. У цих умовах важливим є проведення профілактичної роботи, розвитку навичок саморегуляції та групової підтримки.

Військові з низьким рівнем психотравматизації та стабільним емоційним станом демонструють високий рівень психологічної стійкості, здатність до конструктивної взаємодії та підтримки дисципліни в підрозділі. Вони є стабілізуючим фактором для колективу, сприяють збереженню довіри та згуртованості, допомагають уникати конфліктів і підтримувати ефективну командну роботу. Проте навіть у цій групі можливі епізодичні прояви втоми чи

підвищеної дратівливості у разі тривалого перебування у стресових умовах, що підкреслює необхідність регулярного психологічного супроводу.

Загалом встановлено, що інтенсивність психотравматичних проявів прямо корелює з підвищенням конфліктності, зниженням здатності до емоційної регуляції та порушенням якості міжособистісних стосунків. Водночас психологічна стійкість, відсутність виражених симптомів травматизації та контрольовані емоційні реакції сприяють стабільності, ефективній взаємодії та підтримці працездатності колективу. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до моніторингу психологічного стану та впровадження профілактичних заходів, що забезпечують гармонійний розвиток взаємовідносин і зниження негативних наслідків бойового стресу. Для поглиблення розуміння виявлених тенденцій було проведено кореляційний аналіз, який дозволив уточнити характер взаємозв'язків між ключовими психологічними показниками.

Таблиця 2.3

Кореляційні зв'язки між показниками методики

	ПТСР	емоційний стан	ситуативна тривожність	особистісна тривожність	конфліктність
шкала тривоги	0,740**	-0,318*	0,209	0,200	-0,007
ПТСР	1	0,359*	0,223	0,200	0,146
емоційний стан	0,359*	1	-0,060	0,200	0,230
ситуативна тривожність	0,223	-0,060	1	0,684**	0,048
особистісна тривожність	0,200	0,200	0,684**	1	0,083

Примітки. * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$ – лінійна кореляція Пірсона

Виявлено дуже сильний прямий кореляційний зв'язок «шкала тривоги» та «ПТСР» на $p \leq 0.01$ (0,740**). Це означає, що військовослужбовці, які демонструють високі показники загальної тривоги, депресії можуть мати високий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу. Це вказує

на те, що ці два конструкти тісно перетинаються, або ж загальна тривога є ключовим компонентом чи наслідком ПТСР.

Помірно значущий обернений кореляційний зв'язок на рівні $p \leq 0.05$ виявлено між «шкалою тривоги» та «емоційним станом» (-0,318*). Це свідчить, що зі зростанням загального рівня тривоги спостерігається погіршення емоційного стану. Це вказує на те, що підвищена тривожність негативно відбивається на здатності військовослужбовців підтримувати стабільний та позитивний емоційний фон.

Виявлено помірний прямий кореляційний зв'язок на рівні $p \leq 0.05$ між ПТСР на «емоційним станом» (0,359*). Цей результат свідчить про те, що військовослужбовці, які є добре адаптованими мають значні кращий емоційний стан. Це є очікуваним наслідком, оскільки розлади, пов'язані з травмою, супроводжуються дисрегуляцією емоцій, афективною нестійкістю та іншими емоційними труднощами.

Хочемо зауважити, що відсутність не виявлено зв'язку з конфліктністю, немає статистично значущих зв'язків з жодним іншим досліджуваним показником (шкалою тривоги, ПТСР, ситуативною тривожністю, особистісною тривожністю та емоційним станом). Можна припустити, що в даній вибірці рівень конфліктності виявився незалежним від ступеня вираженості тривоги чи симптомів ПТСР.

А також звертаємо увагу той факт, що шкала тривоги та ПТСР не мають статистично значущих зв'язків із ситуативною та особистісною тривожністю попри те, що зв'язки є помірними. Формально, на рівні $p \leq 0.05$ та $p \leq 0.01$ ці показники не корелюють. Це може вказувати на те, що шкала тривоги та ПТСР фіксують унікальні аспекти тривожного реагування, які лише частково перетинаються з класичними вимірами тривоги як стану і як риси.

Узагальнюючи результати, можна стверджувати, що психотравматизація військовослужбовців має багаторівневий вплив на їхній емоційний стан та міжособистісні стосунки. З одного боку, підвищені показники ПТСР і тривоги пов'язані з погіршенням емоційної регуляції,

зниженням психологічного комфорту та ускладненням соціальної взаємодії. З іншого — не всі поведінкові прояви, зокрема конфліктність, прямо корельовані з психотравматичними симптомами, що підкреслює складність та індивідуальну варіативність реакцій на стрес. Таким чином, результати вказують на необхідність комплексного психологічного супроводу, регулярного моніторингу емоційного стану та впровадження програм профілактики, спрямованих на зміцнення емоційної стійкості, покращення міжособистісної взаємодії та зниження негативних наслідків бойового стресу.

РОЗДІЛ 3

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1 Головні етапи процесу соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців

Подолання психотравмуючих наслідків серед учасників бойових дій (УБД) є складним процесом, який залежить не лише від самої травматичної події, а й від особистісних рис військовослужбовця та від соціального середовища, у якому він опиняється після повернення з війни. Саме поєднання цих чинників визначає, яким буде психічне відновлення: чи призведе пережите до тривалого напруження й дезадаптації, чи стане основою для внутрішньої стабілізації та зростання.

Після завершення бойових дій найбільш вирішальне значення набувають умови життя ветерана в мирному середовищі. Саме вони можуть створити простір для особистісної трансформації, переосмислення подій і формування нових смислів. Тому система соціально-психологічної підтримки має не лише компенсувати втрати, а й забезпечити можливості для відновлення цілісності «Я» та формування позитивної життєвої перспективи.

Комплексна реабілітаційна програма передбачає декілька напрямів: інформування ветеранів та членів їхніх сімей про доступні ресурси підтримки; індивідуальні консультації та кризові інтервенції; психотерапевтичну роботу, спрямовану на усвідомлення й інтеграцію травматичного досвіду; участь у групах взаємодопомоги, волонтерських чи громадських ініціативах. Важливо також залучати до процесу адаптації представників місцевих громад і органів влади — це сприяє соціальній включеності та зміцнює почуття значущості ветерана у суспільстві.

Довгий час панувала думка, що головне завдання реабілітації полягає у «забуванні» війни — відверненні уваги від болючих спогадів і швидкому

поверненні до звичного життя. Такий підхід фактично вимагав від людини відмовитися від власної історії, ніби минуле не має цінності. Однак досвід сучасної психології доводить, що подібна стратегія не веде до справжнього відновлення. Витіснення травми лише віддаляє момент зцілення й може призвести до внутрішнього роздвоєння та втрати сенсу.

Натомість сучасна реабілітаційна концепція спирається на інтегративний підхід — прийняття й осмислення травматичного досвіду як частини особистісного шляху. Коли військовий вчиться жити не попри травму, а разом із нею, відбувається глибше відновлення — не лише психічне, а й духовне. Саме так формується нова ідентичність, у якій біль поєднується з мужністю, а минуле стає джерелом сили, а не руйнації[34].

Згідно з результатами досліджень О. М. Кокуна та його колег, показання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців умовно поділяють на дві категорії, що визначають інтенсивність та тривалість відновлювальних заходів [24].

Перша категорія охоплює випадки помірної, але стійкої дезадаптації, коли спостерігається поступове виснаження психологічних ресурсів. До характерних проявів належать підвищена тривожність, емоційна втома, схильність до песимізму, зниження концентрації уваги та когнітивної продуктивності. Часто відзначається соціальна замкненість або, навпаки, хаотична активність без чіткої мети. Такі симптоми потребують базової реабілітації, тривалістю щонайменше два тижні, у межах якої проводиться психодіагностика, індивідуальна та групова робота, стабілізація емоційного стану й корекція поведінкових реакцій.

Друга категорія характеризується більш глибокими порушеннями психоемоційної рівноваги та функціонального стану організму. У таких військових часто спостерігаються гострі емоційні зриви — панічні реакції, депресивні епізоди, нав'язливі спогади про бойові події, підвищена агресивність чи раптові зміни настрою. До цього додаються соматичні симптоми — коливання артеріального тиску, серцеві аритмії, безсоння,

невмотивований біль або різка втрата маси тіла. У подібних випадках рекомендовано комплексну реабілітацію з додатковим санаторно-курортним лікуванням тривалістю не менше трьох тижнів, що поєднує психологічну, медичну та соціальну підтримку.

Загалом процес повернення учасників бойових дій до мирного життя є не лише відновленням психічного стану, а й переосмисленням особистісної ідентичності. Соціально-психологічна адаптація передбачає поступове входження у звичне середовище, яке після фронту сприймається як незнайоме або навіть загрозливе. Це вимагає від людини перебудови звичної системи поведінки, цінностей і життєвих орієнтирів [15].

Основна складність полягає в тому, що дезадаптація зачіпає кілька рівнів одночасно — психологічний, соціальний та ціннісний. Після повернення із зони бойових дій військовий часто втрачає соціальний статус, відчуває зниження самооцінки й не може реалізувати свої навички у цивільному житті. Це породжує відчуття ізоляваності, пошук підтримки лише серед побратимів, а в деяких випадках — ризик девіантної чи агресивної поведінки [15].

Дезадаптація учасників бойових дій може проявлятися по-різному — від тимчасових труднощів у пристосуванні до нових умов життя до глибоких психічних порушень. У першому випадку йдеться про непатологічну форму, яка виникає як реакція на зміну соціального середовища, втрату військового ритму життя чи формування специфічних установок, що не узгоджуються з цивільними нормами. У більш складних випадках дезадаптація набуває патологічного характеру, проявляючись симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

До типових ознак ПТСР належать прояви психологічного захисту — уникнення ситуацій, пов'язаних із травматичними подіями, часткова амнезія, а також явище «повернення» травми: флешбеки, нав'язливі образи, нічні кошмари, гіпертривожність, різкі реакції на гучні звуки чи дотик. Такі симптоми зустрічаються у значній кількості ветеранів і є природною, хоч і болісною, реакцією психіки на пережитий екстремальний досвід.

Отже, соціально-психологічна реадаптація учасників бойових дій — це не просто відновлення психоемоційного стану, а глибокий процес інтеграції минулого травматичного досвіду в нову систему життєвих орієнтирів. Вона має на меті повернення внутрішньої рівноваги, соціальної активності та здатності функціонувати у мирному середовищі. Проте цей шлях ускладнюється наслідками бойового стресу, що потребують цілеспрямованого психологічного й соціального втручання.

Система соціально-психологічної реадаптації (СПР) повинна реалізовуватися в тісному зв'язку з програмами психологічної реабілітації та ґрунтуватися на відновленні особистісного ресурсу військовослужбовця. На цьому рівні важливо не лише усувати симптоми психотравматизації, а й прогнозувати можливі ускладнення, визначати потребу у корекційній допомозі та формувати механізми самопідтримки.

На первинному етапі СПР доцільно передбачити такі заходи:

1. «Психологічний карантин», під час якого військовослужбовець певний час залишається у колективі підрозділу для поступового переходу до мирного стану.
2. Формування сприятливого соціального середовища — у державі, громаді, родині та місцях проживання.
3. Проведення психореабілітаційних заходів для осіб, що зазнали гострої психотравми.
4. Психологічний моніторинг стану УБД після повернення із зони бойових дій для вчасного виявлення ознак дезадаптації.

Інший підхід до реабілітації передбачає розуміння цих процесів як відновлення соціального статусу, особистісної цілісності та психічної стабільності ветерана. Ефективна система реадаптації має враховувати не лише індивідуальні потреби учасника бойових дій, але й його родинного та соціального оточення [13].

На етапі виходу з бойових дій головним завданням є задоволення базових психологічних потреб військового — у визнанні, підтримці, розумінні та

прийнятті. Важливо допомогти йому знизити рівень внутрішньої напруги, переосмислити свій досвід і підготуватися до мирного життя. З цією метою доцільно проводити аналіз бойових епізодів із фокусом на особистому внеску, залучати ветеранів до помірної діяльності (освітньої, технічної, спортивної, культурної), а також організовувати інформаційно-психологічні заняття — бесіди, лекції, тренінги з адаптації до цивільного середовища.

Особливу увагу необхідно приділяти ранньому виявленню ветеранів із симптомами психічної травматизації, адже з часом ризик розвитку важких форм дезадаптації значно зростає [15].

Процес відновлення ветеранів бойових дій після пережитого травматичного досвіду, який визначається як соціально-психологічна реадaptaція (СПР), є складною багаторівневою системою. Вона охоплює кілька взаємопов'язаних етапів.

На першому рівні СПР активізуються внутрішні ресурси самої військової структури – безпосередньо підрозділів, де особа проходила службу. Другий рівень передбачає залучення міжвідомчих ресурсів: санаторіїв, реабілітаційних центрів, будинків відпочинку та медико-психологічних служб. Третій, найвищий рівень, реалізується через мережу державних і недержавних установ, які надають високоспеціалізовану допомогу ветеранам. [16].

Подолання посттравматичного стресового розладу вимагає комплексного підходу, який об'єднує медичне лікування з активною психосоціальною підтримкою та відновленням соціального статусу особистості. У цьому процесі важливе місце займають індивідуальна й групова психотерапія, сімейне консультування, фармакотерапія, а також різноманітні фізіотерапевтичні методики. Центральним завданням стає когнітивна переробка травматичних подій, що сприяє переосмисленню досвіду, формуванню внутрішньої цілісності й особистісному зростанню[18].

Основна мета соціально-психологічної реадaptaції полягає у відновленні соціальної активності ветерана, його інтеграції в цивільне середовище та формуванні нових життєвих орієнтирів. Це передбачає корекцію

посттравматичних станів, переосмислення системи цінностей, розвиток гнучких і конструктивних моделей поведінки. Ефективним інструментом можуть виступати спеціальні адаптаційні курси, що поєднують професійну перепідготовку з психологічним супроводом[23].

Ключовими принципами терапії ПТСР є своєчасність втручання та цілісність підходу. Головне завдання психолога або психотерапевта – допомогти людині усвідомити власний стан, подолати внутрішні суперечності й знайти ресурси для подальшого життя.

Ветерани, які мають ознаки ПТСР, особливо потребують уважної, щирої та підтримувальної взаємодії. Найбільшу цінність для них становить можливість бути вислуханими, відчувати турботу, поділитися болючими спогадами без страху осуду. Психологічна допомога в цьому випадку включає навчання технікам релаксації, спрямованим на зниження тривожності, внутрішньої напруги та відновлення відчуття контролю над власним станом[27].

Не менш важливе місце займає групова психотерапія. Її цінність полягає у створенні простору взаємної підтримки, де ветерани можуть вільно обговорювати свої переживання, позбавлятися почуття провини, агресії та емоційного відчуження. Групова динаміка сприяє виробленню нових способів спілкування, розвитку емпатії, формуванню довіри та прийняттю себе. Доцільним є використання аутотренінгу, технік саморегуляції та вправ із розвитку соціальних навичок, які допомагають учасникам повернути відчуття стабільності й власної сили[12].

Соціально-психологічна реадaptaція (СПР) є складовою системи комплексної допомоги учасникам бойових дій, однак, на відміну від суто медичної реабілітації, вона охоплює значно ширший спектр завдань. Її мета полягає не лише у відновленні психічного здоров'я, але й у відбудові цілісного соціального функціонування особистості. СПР спрямована на підтримку ветерана у кількох вимірах — соціально-правовому, психологічному, морально-етичному та культурному. По суті, цей процес виходить за межі медичного втручання і стає формою оновлення суспільного договору між державою та

ветераном. Під час служби військовослужбовець змушений підкоряти власні потреби колективним інтересам, відмовлятися від індивідуальності на користь виконання завдання, що нерідко спричиняє глибокі внутрішні деформації. Завдання ж соціально-психологічної реадaptaції полягає у тому, щоб повернути особистості автономність, самоповагу та відчуття контролю над життям, забезпечити умови для безпечного переходу від воєнного способу існування до мирного, цивільного життя.

СПР виступає не лише інструментом компенсації психологічних втрат, а й механізмом ресоціалізації, який відновлює почуття належності, віру у власну спроможність і соціальну значущість. Ефективність цього процесу визначається не лише зменшенням проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а й відновленням здатності ветерана брати участь у суспільному житті, реалізовувати особисті й громадянські права, відчувати власну корисність та гідність.

Обов'язковим елементом загальної системи підтримки є психіатрична та медико-психологічна допомога. Її завдання полягають у стабілізації емоційного стану, зниженні рівня тривоги, профілактиці суїцидальної поведінки, організації етапного лікування та супроводу ветеранів у процесі адаптації. Важливою складовою є кризова інтервенція, яка дає змогу оперативно реагувати на гострі психічні реакції, що можуть виникати під впливом тригерних ситуацій.

Поліпшення психоемоційного стану ветеранів можливе лише за умов системності й послідовності у здійсненні реабілітаційних та реадaptaційних заходів. Ці заходи мають бути орієнтовані не лише на подолання гострих симптомів у перші місяці після повернення з війни, а й на довготривале супроводження, яке запобігає повторним кризам і рецидивам посттравматичних розладів. Посттравматичні стани зазвичай мають хвилеподібний перебіг, тому процес реадaptaції вимагає гнучкого планування, періодичного моніторингу та корекції програм допомоги[27].

Ефективна система СПР передбачає кілька етапів.

1. Кризовий (первинний) — стабілізація психічного стану, надання невідкладної допомоги, створення безпечного емоційного простору.
2. Корекційно-реабілітаційний — формування навичок саморегуляції, когнітивно-поведінкове опрацювання травматичного досвіду, розвиток стресостійкості.
3. Соціально-інтеграційний — відновлення соціальних зв'язків, залучення до трудової діяльності, сімейної взаємодії, волонтерських або громадських ініціатив.

Форми роботи в межах СПР включають індивідуальне консультування, групову та сімейну терапію, психоосвітні програми, тренінги соціальних навичок, а також проекти професійної перепідготовки. Особливу роль відіграють методи когнітивно-поведінкової терапії, арттерапії, тілесноорієнтованих практик та технік релаксації.

Успішна реадаптація ветерана – це не лише відновлення психічної стабільності, а й повернення здатності до осмисленої діяльності, прийняття власної історії та відкриття нових життєвих перспектив. Лише комплексна, системна та гуманістично зорієнтована програма СПР може забезпечити цей перехід від виживання до повноцінного життя.

3.2 Сучасні методи психологічної допомоги для реадаптації військовослужбовців

Гострі посттравматичні стани у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях (УБД), потребують не лише уважного підходу, а й спеціалізованої психологічної допомоги, заснованої на сучасних доказових практиках. Ефективність втручання значною мірою визначається тим, наскільки грамотно організований сам процес терапії та наскільки методи відповідають індивідуальним потребам ветерана.

Одним із найрезультативніших напрямів роботи з травматичним досвідом є метод десенсибілізації та переробки рухом очей (EMDR), розроблений

Френсін Шапіро. Цей підхід визнаний у міжнародній клінічній практиці як науково обґрунтований спосіб лікування ПТСР. Його суть полягає у використанні двобічної стимуляції — через рухи очей, тактильні або слухові сигнали — що активізує природні механізми саморегуляції мозку. У процесі сеансів відбувається поступова інтеграція травматичних спогадів у загальний досвід людини, зменшення інтенсивності негативних емоцій і відновлення почуття безпеки. Таким чином, EMDR допомагає не «стерти» травматичні події, а переосмислити їх, відновивши емоційну рівновагу. Ознакою ефективності методу є істотне зниження рівня тривожності, стресових реакцій і соматичних проявів, пов'язаних із травмою[36].

Не менш вагоме місце у системі психологічної допомоги займає когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка вважається «золотим стандартом» у лікуванні посттравматичних розладів. Її ефективність зумовлена тим, що вона спрямована на зміну способу мислення, поведінкових моделей і реакцій людини у теперішньому моменті. Основна ідея КПТ полягає у тому, що наші думки впливають на емоції, а емоції — на поведінку. Через виявлення та корекцію неадаптивних переконань (наприклад, почуття провини, постійного очікування небезпеки або заниження власної цінності) людина поступово відновлює відчуття контролю над життям. Терапевт допомагає клієнту навчитися новим стратегіям реагування, що зменшують напруження і формують конструктивні механізми подолання стресу [25].

Серед допоміжних, але надзвичайно цінних напрямів реабілітації слід виокремити арттерапію — метод, який використовує творчість як засіб вираження внутрішніх станів і опрацювання травматичних переживань. Через малювання, ліплення, колаж чи музичну імпровізацію УБД може символічно відтворити свій емоційний досвід, знайти нові сенси та налагодити контакт із власними почуттями. Арттерапевтичні техніки сприяють емоційному розвантаженню, покращенню саморегуляції, зниженню рівня напруги та відновленню здатності до комунікації. Вони також допомагають сформувати відчуття цілісності, порушене війною [35].

Ще одним перспективним підходом є позитивна психотерапія, заснована Носсратом Пезешкіаном. Вона виходить із переконання, що кожна людина володіє внутрішнім потенціалом для зцілення й розвитку, а навіть найболючіший досвід може стати ресурсом для особистісного зростання. У роботі з ветеранами цей метод допомагає переосмислити власну історію, побачити цінність пройдених випробувань і знайти рівновагу між тілесним, емоційним, раціональним і духовним рівнями життя. Позитивна психотерапія стимулює розвиток самоприйняття, толерантності та гармонійного ставлення до світу, сприяючи поступовому відновленню психологічного здоров'я.

Гештальт-терапія, запропонована Ф. Перлзом, базується на поглибленні усвідомлення внутрішніх і зовнішніх переживань людини. Вона стимулює клієнта занурюватися у власні емоції, відчуття, тілесні реакції, інтонації та рухи, допомагаючи досягти більшої цілісності особистості. Через це відбувається завершення «незакритих» гештальтів, тобто невирішених ситуацій, які підтримують психологічну напругу, зокрема пов'язану з травматичним досвідом [35].

Метод символ-драми, розроблений Х. Лейнером, спирається на використання вільних фантазій та образів, що виникають у процесі релаксації під керівництвом терапевта. Через символічні образи людина може відреагувати приховані почуття, усвідомити внутрішні конфлікти, прийняти себе, зміцнити самооцінку та сформуванати нове бачення власного майбутнього. Образна робота в цьому підході допомагає м'яко доторкнутися до глибинних переживань і трансформувати їх у ресурс [35].

Комплексна психологічна допомога учасникам бойових дій із психотравматичними проявами вимагає індивідуального підходу. Вибір методів має враховувати особистісні характеристики, запити та рівень готовності до терапії.

Важливу роль відіграє групова психотерапія, яка створює безпечний простір для взаємопідтримки, прийняття та подолання відчуття ізоляції. У таких групах ветерани можуть поділитися власним досвідом, отримати

емоційне розуміння, зменшити почуття провини чи безпорадності та відновити відчуття контролю над життям.

Ефективна корекція посттравматичного стресового розладу (ПТСР) передбачає якнайшвидше початок терапії після отримання психотравми. Найкращих результатів досягають при поєднанні фармакотерапії з різними формами психотерапії, особливо індивідуальними сесіями, спрямованими на усвідомлення внутрішніх конфліктів, переживань і життєвих криз [37].

Особи, які мають симптоми ПТСР, потребують своєчасної та чуйної психологічної підтримки. Основою допомоги є щира участь, уважне слухання, готовність зрозуміти їхні переживання і надати відчуття безпеки. Необхідно допомогти людині висловитися, пояснити механізми її стану та запевнити, що реакції на травму є природними і тимчасовими. Надзвичайно важливо не допустити відчуття самотності та ізоляції. Крім того, доцільно навчати ветеранів методам саморегуляції та релаксації, які сприяють зменшенню тривоги, напруження та психофізіологічного виснаження після пережитих травматичних подій [40].

Гештальт-терапія, запропонована Ф. Перлзом, базується на поглибленні усвідомлення внутрішніх і зовнішніх переживань людини. Вона стимулює клієнта занурюватися у власні емоції, відчуття, тілесні реакції, інтонації та рухи, допомагаючи досягти більшої цілісності особистості. Через це відбувається завершення «незакритих» гештальтів, тобто невирішених ситуацій, які підтримують психологічну напругу, зокрема пов'язану з травматичним досвідом [35].

Метод символ-драми, розроблений Х. Лейнером, спирається на використання вільних фантазій та образів, що виникають у процесі релаксації під керівництвом терапевта. Через символічні образи людина може відреагувати приховані почуття, усвідомити внутрішні конфлікти, прийняти себе, зміцнити самооцінку та сформуванати нове бачення власного майбутнього. Образна робота в цьому підході допомагає м'яко доторкнутися до глибинних переживань і трансформувати їх у ресурс [35].

Комплексна психологічна допомога учасникам бойових дій із психотравматичними проявами вимагає індивідуального підходу. Вибір методів має враховувати особистісні характеристики, запити та рівень готовності до терапії.

Важливу роль відіграє групова психотерапія, яка створює безпечний простір для взаємопідтримки, прийняття та подолання відчуття ізоляції. У таких групах ветерани можуть поділитися власним досвідом, отримати емоційне розуміння, зменшити почуття провини чи безпорадності та відновити відчуття контролю над життям.

Ефективна корекція посттравматичного стресового розладу (ПТСР) передбачає якнайшвидше початок терапії після отримання психотравми. Найкращих результатів досягають при поєднанні фармакотерапії з різними формами психотерапії, особливо індивідуальними сесіями, спрямованими на усвідомлення внутрішніх конфліктів, переживань і життєвих криз [37].

Особи, які мають симптоми ПТСР, потребують своєчасної та чуйної психологічної підтримки. Основою допомоги є щира участь, уважне слухання, готовність зрозуміти їхні переживання і надати відчуття безпеки. Необхідно допомогти людині висловитися, пояснити механізми її стану та запевнити, що реакції на травму є природними і тимчасовими. Надзвичайно важливо не допустити відчуття самотності та ізоляції. Крім того, доцільно навчати ветеранів методам саморегуляції та релаксації, які сприяють зменшенню тривоги, напруження та психофізіологічного виснаження після пережитих травматичних подій [40].

Вважаємо доцільним звернутися до концепції психологічної підтримки ветеранів, запропонованої Л. Міщик і Д. Шиман, яка орієнтована на системний підхід, превентивні заходи та активне використання спільноти як ключового ресурсу у процесі допомоги [30].

1. Пріоритет превенції та поінформованості. Ефективна психологічна та соціальна підтримка має базуватися не лише на допомозі в моменті, а й на завчасному інформуванні. Це передбачає доступне пояснення не лише переліку

пільг, а й конкретного порядку їх отримання в установах охорони здоров'я та соціального захисту. Особливу роль відіграє залучення найближчого соціального оточення ветерана — сім'ї, друзів, колег — як первинної ланки підтримки. Саме вони здатні першими помітити ознаки психологічних труднощів і вчасно сприяти зверненню за допомогою.

2. Багатовекторність реабілітаційних практик. Результативна реабілітація передбачає використання різних форматів роботи — від групових тренінгів і семінарів для фахівців соціально-психологічних служб до індивідуальних консультацій, які охоплюють психологічну, правову й соціальну складові. Такий підхід має включати не лише самих ветеранів, а й членів їхніх родин, оскільки наслідки травми війни впливають на всю сімейну систему.

3. Роль спільноти та значення рефлексії. Важливим чинником адаптації після бойових дій є рефлексивне осмислення власного досвіду, що найкраще реалізується через контакт із людьми, які пережили подібне. Саме взаємодія з побратимами створює відчуття розуміння, підтримки та спільності, що зменшує ризик ізоляції й сприяє емоційному відновленню. Тому держава має підтримувати діяльність ветеранських організацій і сприяти формуванню нових об'єднань, які стануть осередками соціальної інтеграції.

4. Необхідність національної доктрини реабілітації. Україні варто адаптувати кращі міжнародні практики допомоги ветеранам - зокрема, досвід США, Ізраїлю та Сербії - з урахуванням власних напрацювань (наприклад, реабілітації воїнів-афганців чи учасників АТО). На основі цього має бути створена Державна програма соціально-психологічної реабілітації та підтримки осіб, які зазнали впливу війни. Програма повинна включати чіткі механізми реалізації, моніторингу ефективності та забезпечення міжвідомчої координації.

5. Розбудова системи військових психологів. Для підвищення якості допомоги у військовому середовищі слід розширити штат психологічної служби та створити освітні програми з підготовки військових психологів. Така підготовка має поєднувати теоретичні знання з практичними навичками роботи

у специфічних умовах служби, забезпечуючи професійну компетентність і чутливість до потреб військових.

6. Інтеграція інформаційних ресурсів. Важливо створити єдину координаційну інформаційну систему, яка об'єднуватиме всі наявні сервіси психологічної допомоги ветеранам. Єдиний національний реєстр ресурсів і фахівців дозволить ефективно координувати роботу між організаціями, полегшити доступ до допомоги та забезпечити дотримання сучасних міжнародних стандартів у сфері ветеранської підтримки.

3.3 Програма розвитку міжособистісних навичок для військовослужбовців, які зазнали психотравматизації

Сучасні військові конфлікти та бойові дії несуть високий ризик психотравматизації, що призводить до ПТСР, тривожності, емоційного вигорання та порушень міжособистісних стосунків. Постраждали військовослужбовці часто стикаються з труднощами у спілкуванні з колегами, родиною та суспільством, що знижує ефективність командної роботи та якість особистих відносин. Відсутність спеціалізованої підтримки підвищує ризик соціальної ізоляції, конфліктів та погіршення психічного здоров'я.

У цьому контексті розробка програми розвитку міжособистісних навичок є актуальною і необхідною, оскільки спрямована на відновлення соціальних і психологічних ресурсів військовослужбовців, зміцнення їхніх комунікативних та емоційних компетенцій, підвищення ефективності взаємодії у колективі та родині. Програма дозволяє не лише поліпшити соціальну адаптацію ветеранів, але й запобігти довгостроковим наслідкам психотравми, сприяючи інтеграції у мирне життя та підвищенню якості їхнього психологічного благополуччя.

Ми розробили соціально - психологічну програму на тему: **«Міжособистісний ресурс: розвиток комунікації та підтримка ветеранів після психотравми»**

Програма спрямована на комплексну роботу з військовослужбовцями, які пережили психотравматичні події. Вона включає психологічну підтримку через групові консультації, розвиток комунікативних навичок, навчання ефективному спілкуванню та управлінню конфліктами, а також покращення міжособистісних стосунків у родині, колективі та соціальному оточенні. Програма передбачає формування навичок саморегуляції та стресостійкості, використовуючи техніки релаксації, майндфулнес і когнітивні методи, а також сприяє соціальній інтеграції через участь у групах підтримки та громадських заходах, що підвищує адаптивність ветеранів у цивільному житті.

Мета програми: Сприяти відновленню та розвитку міжособистісних навичок військовослужбовців, які пережили психотравматичні події, для підвищення ефективності їхньої соціальної взаємодії, зміцнення психологічного ресурсу та адаптації у родині, колективі та суспільстві.

Завдання програми:

1. Надати психологічну підтримку ветеранам, допомагаючи усвідомити та опрацювати наслідки психотравми.
2. Розвивати навички ефективного спілкування та управління конфліктами у різних соціальних контекстах.
3. Формувати стратегії саморегуляції, зниження тривожності та підвищення стресостійкості.
4. Покращити міжособистісні стосунки в сім'ї та колективі через спеціальні тренінги та групові заняття.
5. Сприяти соціальній інтеграції ветеранів шляхом участі у групах підтримки та громадських активностях.
6. Стимулювати розвиток самопізнання, усвідомлення власних потреб і ресурсів для гармонійної взаємодії з оточенням.

Загальна структура занять:

- 1) початковий етап: привітання та налаштування на роботу
- 2) основний етап: основні активності та заходи які спрямовані на досягнення мети програми

3) заключний етап: оцінка досягнень та підбиття підсумків

Час заняття: 60 хв.

Періодичність проведення: 2 рази на тиждень

Кількість занять: 8

Форма проведення: групова

Після завершення програми очікується підвищення міжособистісних навичок та комунікативної компетентності військовослужбовців, які зазнали психотравматизації, розвиток їхньої емоційної стійкості та здатності ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, усвідомлення власних емоцій, потреб і ресурсів для гармонійної взаємодії з оточенням, зниження конфліктності та агресивних реакцій у стосунках, а також формування навичок підтримки інших і інтеграції у соціальне середовище через участь у групах підтримки.

Структура та зміст програми зображено у таблиці 3.1

Таблиця 3.1

Структура та зміст програми соціально-психологічного тренінгу

№	Мета заняття	Структура занять	К-сть год.
Заняття 1. Вступне заняття. Знайомство, створення безпечного простору	Формування довіри, згуртування групи, встановлення правил взаємодії	- Привітання - Вправа «Знайомство через символ» - Вправа «Наші правила» - Вправа «Мое внутрішнє сонце» ; Енергізатор «Атака алігаторів» Рефлексія	60 хв
Заняття 2. Мій шлях: прийняття власного досвіду	Усвідомлення життєвого шляху, визначення особистісних ресурсів	- Привітання - Вправа «Моя дорога життя» - Вправа «Мої етапи сили» - Групове обговорення «Що я беру із минулого» - Рефлексія	60 хв
Заняття 3. Емоційна грамотність і саморегуляція	Розвиток навичок розпізнавання, вираження й регуляції емоцій	- Привітання - Вправа «Карта емоцій» - Вправа «Емоційний термометр» - Техніка «Дихання як стабілізатор» - Рефлексія	60 хв

Заняття Емпатія розуміння інших	4. і	Формування здатності співпереживати, приймати чужий досвід	- Привітання - Вправа «Погляд з іншого боку» - Рольова гра «Я на твоєму місці» - Вправа «Активне слухання» - Рефлексія	60 хв
Заняття Ефективна комунікація довіра	5. і	Розвиток довіри, відвертості та чесного діалогу	- Привітання - Вправа «Довіра на дотик» - Вправа «Я-повідомлення» - Обговорення «Чесність у спілкуванні» - Рефлексія	60 хв
Заняття Конфлікти способи подолання	6. та їх	Формування конструктивних стратегій поведінки у конфлікті	- Привітання - Вправа «Мій стиль у конфлікті» - Рольова гра «Діалог замість сварки» - Вправа «Крок назустріч» - Рефлексія	60 хв
Заняття Підтримка взаємодопомога	7. та	Розвиток навичок емоційної підтримки, згуртування групи	- Привітання - Вправа «Коло підтримки» - Вправа «Моя сильна сторона для інших» - Обговорення «Як я можу допомогти?» - Рефлексія	60 хв
Заняття Підсумкове. Інтеграція досвіду, завершення програми	8.	Усвідомлення змін, інтеграція набутих умінь, завершення групового процесу	- Привітання - Вправа «Моя дорога після програми» - Вправа «Комплімент по колу» - Обговорення «Що я забираю з собою» - Рефлексія-завершення	60 хв

Зміст програми розміщено у додатку Е.

Після завершення програми «Міжособистісний баланс: психологічна підтримка та розвиток комунікативних навичок ветеранів» учасники пройшли повторну діагностику, що дозволило оцінити ефективність програми, визначити зміни у міжособистісній взаємодії, рівні довіри, емоційної відкритості та здатності конструктивно вирішувати конфлікти.

У дослідженні взяли участь 12 військовослужбовців віком від 26 до 46 років, які проходили службу у різних підрозділах Збройних Сил України. Заняття проводилися у очному форматі, що дозволяло не лише ефективно передавати теоретичні знання та практичні навички, а й створювало умови для безпосередньої взаємодії учасників, обміну досвідом та відпрацювання міжособистісних навичок у безпечному та підтримуючому середовищі.

Порівняльний аналіз вхідної та вихідної діагностики учасників за методикою, у відсотках, представлено у таблиці 3.2

Таблиця 3.2

Порівняльний аналіз вхідної та вихідної діагностики

Коротка шкала тривоги депресії та ПТСР	Вхідна діагностика	Вихідна діагностика	Динаміка
Високий рівень	50%	8,3 %	Зниження на 41,7%
Помірно середній рівень	50%	58,3 %	Зростання на 8,3%
Низький рівень	0%	33,4 %	Зростання на 33,4%

Результати за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР свідчать про позитивні зміни після впровадження програми. Показники високого рівня тривожності, депресії та посттравматичних симптомів суттєво знизилися (з 50% до 8,3%), що вказує на зменшення психоемоційного напруження серед учасників. Водночас зросла частка військовослужбовців із помірно середнім та низьким рівнями проявів (до 58,3% та 33,4% відповідно), що свідчить про покращення міжособистісної взаємодії, емоційної стабільності та здатності до саморегуляції. Таким чином, програма довела свою ефективність у підтримці процесу адаптації ветеранів, відновленні їхніх комунікативних навичок і зниженні рівня психотравматичних наслідків.

Порівняльний аналіз вхідної та вихідної діагностики учасників за методикою Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), у відсотках, представлено у таблиці 3.3

Таблиця 3.3

Порівняльний аналіз вхідної та вихідної діагностики

Оцінка посттравматичних реакцій	Вхідна діагностика	Вихідна діагностика	Динаміка
Добре адаптовані	8,3 %	33,3 %	Зростання на 25 %
Психічні розлади	41,7 %	66,7 %	Зростання на 25 %
ПТСР	50 %	0%	Зниження на 50 %

Отримані результати за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій свідчать про значне зниження проявів посттравматичного стресового розладу серед учасників програми. Кількість військовослужбовців із ознаками ПТСР зменшилася з 50% до 0%, що вказує на позитивну динаміку психоемоційного стану. Одночасно зросла частка добре адаптованих учасників (на 25%), що свідчить про підвищення рівня психологічної стійкості, відновлення здатності до ефективної соціальної взаємодії та покращення загального самопочуття. Програма продемонструвала ефективність у процесі психологічної реабілітації військовослужбовців після психотравматичного досвіду.

Порівняльний аналіз вхідної та вихідної діагностики учасників за методикою Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна представлено у таблиці 3.4

Таблиця 3.4

Порівняльний аналіз вхідної та вихідної діагностики

Оцінка рівня реактивної (ситуативної) та особистісної	Вхідна діагностика		Вихідна діагностика		Динаміка
	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	

тривожності					
Висока тривожність	41,7 %	0 0%	0 0%	0 0%	Зниження ситуативної тривожності на 41,7 %
Середня тривожність	25,0 %	16,7 %	66,7 %	16,7 %	Зростання середнього рівня ситуативної тривожності на 41,7 % (у межах норми)
Низька тривожність	33,3 %	83,3 %	33,3 %	83,3 %	Без змін

Результати за шкалою Спілбергера–Ханіна засвідчують позитивні зміни у психоемоційному стані військовослужбовців після участі у програмі. Спостерігається повне зниження рівня високої ситуативної тривожності (з 41,7% до 0%), що свідчить про зменшення емоційного напруження та тривожної реакції на поточні стресові ситуації. Одночасно підвищення частки учасників із середнім рівнем ситуативної тривожності (до 66,7%) відображає нормалізацію емоційної сфери, оскільки помірна тривожність є адаптивною. Рівень особистісної тривожності залишився стабільним, що свідчить про стійке збереження емоційного самоконтролю. Загалом результати демонструють ефективність програми у зниженні проявів реактивної тривожності та покращенні психологічної адаптації учасників.

Порівняльний аналіз вхідної та вихідної діагностики учасників за методикою Самооцінка емоційного стану Уессмана-Рікса представлено у таблиці 3.5

Таблиця 3.5

Порівняльний аналіз вхідної та вихідної діагностики

Самооцінка емоційного стану	Вхідна діагностика	Вихідна діагностика	Динаміка
Дуже добрий	25,0 %	75,0 %	Зростання на 50 %
Добрий	58,3 %	16,7 %	Зниження на

			41,6 %
Погіршений	16,7 %	8,3 %	Зниження на 8,4 %
Поганий	0 0 %	0 %	Без змін

Результати порівняльної діагностики демонструють значне покращення емоційного стану учасників після проходження. Кількість учасників, які оцінили свій стан як «дуже добрий», зросла на 50 %, тоді як частка тих, хто визначив його як «добрий» або «погіршений», знизилася. Це свідчить про підвищення емоційної стійкості та задоволеності власним станом, зменшення негативних емоцій та посилення внутрішніх ресурсів для ефективної взаємодії з оточенням. Дані підтверджують ефективність програми у формуванні позитивного емоційного фону та підтримці психоемоційного здоров'я ветеранів.

Порівняльний аналіз вхідної та вихідної діагностики учасників за методикою Тест оцінка рівня конфліктності особистості представлено у таблиці 3.6

Таблиця 3.6

Порівняльний аналіз вхідної та вихідної діагностики

Рівень конфліктності	Вхідна діагностика	Вихідна діагностика	Динаміка
Дуже високий рівень	8,3 %	0%	Зниження на 8,3 %
Вище середнього	8,3 %	0%	Зниження на 8,3 %
Дещо вище середнього	33.3%	25,0 %	Зниження на 8,3 %
Середній	33.3%	16,7 %	Зниження на 16,6 %
Нище середнього	8,3 %	25,0 %	Зростання на 16,7 %
Низький	0%	0%	Без змін

Результати порівняльної діагностики демонструють помітне зниження рівня конфліктності серед учасників після проходження програми. Зокрема, повністю зникли високі та дуже високі рівні конфліктності, водночас зросла

частка учасників із нижчим рівнем конфліктності. Це свідчить про підвищення здатності до конструктивної взаємодії, зниження агресивних реакцій і поліпшення навичок вирішення конфліктних ситуацій у міжособистісному спілкуванні. Дані підтверджують ефективність програми у формуванні позитивних комунікативних стратегій та розвитку соціальної адаптації ветеранів.

Після проходження програми спостерігається позитивна динаміка у всіх основних показниках психічного та соціального функціонування учасників. Вихідні дані показують зниження високого рівня тривожності, підвищення частки військовослужбовців із низьким та середнім рівнем тривожності, що свідчить про ефективність програми у стабілізації емоційного стану. Аналіз самооцінки емоційного стану демонструє значне зростання учасників, які оцінюють свій стан як «дуже добрий», та зменшення тих, хто відчуває погіршення, що свідчить про підвищення загальної емоційної стійкості.

За шкалою посттравматичних реакцій спостерігається повне зникнення показників ПТСР та збільшення частки добре адаптованих ветеранів, що вказує на позитивний вплив програми на когнітивну обробку травматичного досвіду та інтеграцію в соціум. Динаміка рівня конфліктності свідчить про зниження агресивних реакцій та розвиток здатності до конструктивного вирішення конфліктів.

Таким чином, проведена програма продемонструвала ефективність у комплексній підтримці військовослужбовців після психотравматичного досвіду: вона сприяє зниженню тривожності, стабілізації емоційного стану, зменшенню посттравматичних симптомів, формуванню соціально адаптивних поведінкових стратегій і підвищенню якості міжособистісної взаємодії. Отримані результати підтверджують доцільність застосування подібних програм для комплексної психосоціальної реабілітації ветеранів.

Нами запропоновано наступні **рекомендації щодо покращення міжособистісних стосунків після психотравм.**

Психотравматичні стани, включаючи ПТСР, тривожність і депресивні прояви, значно впливають на здатність військовослужбовців до ефективної соціальної взаємодії. Наукові дослідження демонструють, що психотравма порушує когнітивно-емоційні процеси, знижує довіру, емпатію та здатність до конструктивного вирішення конфліктів (Міллер, 2018; Лазарус, 1999; Hoge et al., 2004). Відповідно, формування міжособистісних навичок після психотравми потребує цілісного та багаторівневого підходу.

1. Індивідуальна та групова психотерапія. Відновлення міжособистісних стосунків після психотравми неможливе без системної психотерапевтичної підтримки. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), EMDR та гештальт-підходи дозволяють військовослужбовцям регулювати емоційний стан, знижувати рівень тривожності та агресивності, а також відновлювати здатність до емоційного контакту. Дослідження Shalev et al. (2017) демонструють, що системне психотерапевтичне втручання після бойових травм значно зменшує прояви симптомів ПТСР, покращує контроль над емоційними реакціями та підвищує соціальну функціональність, що безпосередньо впливає на якість міжособистісних стосунків. Аналітично це пояснюється тим, що психотерапія не лише усуває симптоми, але й формує нові адаптивні моделі поведінки, дозволяючи ветеранам ефективніше взаємодіяти з оточенням та відновлювати почуття безпеки у соціальних контактах.

2. Розвиток емоційної компетентності. Тренінги з емоційної компетентності спрямовані на усвідомлене розпізнавання власних емоцій, управління гнівом, тривогою та іншими негативними станами, що є наслідком психотравми. Mayer та Salovey (1997) вказують на прямий зв'язок між розвитком емоційного інтелекту і зниженням рівня конфліктності, підвищенням ефективності комунікації та здатності до емпатійної взаємодії. Аналітично, формування таких навичок дозволяє військовослужбовцям більш

адекватно реагувати на стресові ситуації, уникати конфліктів у колективі та сім'ї, а також підтримувати стабільні соціальні зв'язки.

3. Формування конструктивних комунікативних стратегій. Розвиток асертивності, активного слухання та навичок конструктивного вирішення конфліктів є ключовим компонентом відновлення міжособистісних стосунків ветеранів. Тренінги з цих напрямів допомагають зменшити агресивні та пасивні реакції, характерні для посттравматичного досвіду, та сприяють ефективній взаємодії у команді та сімейному середовищі (Riggio, 2010). Аналітично це обґрунтовано тим, що навички конструктивної комунікації знижують ризик емоційного вигорання та ізоляції, сприяють формуванню довіри та забезпечують безпечний простір для відвертої взаємодії, що є критично важливим для процесу соціальної реінтеграції.

4. Соціальна підтримка та інтеграція. Залучення ветеранів до громадських ініціатив, ветеранських об'єднань та соціальних спільнот є ключовим елементом відновлення міжособистісних стосунків після психотравми. Дослідження King et al. (2006) показують, що соціальна інтеграція сприяє стабілізації емоційного стану, зменшенню відчуття ізоляції та тривожності, а також підвищенню мотивації до соціальної активності. Аналітично це пояснюється тим, що участь у колективних активностях дозволяє ветерану відновити почуття приналежності, підтримує розвиток навичок конструктивної комунікації та формує позитивну самооцінку через взаємодію з однодумцями. Крім того, наявність соціальних контактів слугує буфером проти повторного психотравмування та рецидиву симптомів ПТСР, забезпечуючи емоційне «заземлення» та підтримку в процесі адаптації до цивільного життя.

5. Сімейна психопідтримка. Сімейне середовище відіграє критично важливу роль у процесі відновлення міжособистісних стосунків ветеранів. Дослідження Galovski et al. (2013) підкреслюють, що психоосвітні та консультативні програми для членів сім'ї значно зменшують конфліктність, сприяють розумінню нових емоційних та поведінкових проявів ветерана та

покращують ефективність взаємодії у сімейній системі. З аналітичної точки зору, сім'я виступає первинним соціальним контекстом, у якому відбувається перевірка та корекція адаптивних моделей поведінки. Підтримка з боку близьких дозволяє ветерану формувати стійкі соціальні зв'язки, відновлювати довіру, емоційну відкритість та навички вирішення конфліктів. Системна робота із сім'єю також сприяє зниженню ризику вторинної травматизації членів родини та формує здоровий зворотний зв'язок, який підтримує довгострокову соціальну інтеграцію ветерана.

6. Професійна підготовка спеціалістів. Ефективність програм підтримки ветеранів значною мірою залежить від рівня кваліфікації психологів та командного складу військових підрозділів. Walsh (2012) зазначає, що спеціалізована підготовка дозволяє фахівцям глибше розуміти специфіку психотравматичних впливів, прогнозувати розвиток посттравматичних станів та обирати адекватні методи корекції соціальної дезадаптації. Аналітично, підготовлений персонал здатний системно інтегрувати психотерапевтичні, соціально-педагогічні та реабілітаційні інтервенції, забезпечуючи послідовність та координацію заходів. Це дозволяє ефективно поєднувати індивідуальні втручання з груповими та сімейними програмами, оптимізуючи ресурси та підвищуючи ймовірність стійкого відновлення міжособистісних стосунків ветеранів. Важливим компонентом підготовки є також навчання командного складу базовим психологічним навичкам розпізнавання ознак психотравми та ранньої підтримки підлеглих, що запобігає загостренню посттравматичних проявів на рівні підрозділу.

Враховуючи результати програми «Міжособистісний ресурс: розвиток комунікації та підтримка ветеранів після психотравми» та дані світової практики, можна констатувати, що комплексний підхід, який поєднує психотерапевтичні, соціально-педагогічні та сімейні заходи, є найбільш ефективним для відновлення міжособистісних стосунків. Ключовими чинниками успіху є стабілізація емоційного стану, розвиток емоційної компетентності, формування адаптивних моделей поведінки та соціальна

інтеграція ветеранів. Реалізація зазначених рекомендацій сприяє зменшенню конфліктності, підвищенню довіри та відновленню соціального функціонування ветеранів після психотравми.

ВИСНОВКИ

За результатами теоретично-емпіричного дослідження було обґрунтовано наступні висновки відповідно до поставлених завдань.

У сучасних умовах військові конфлікти та надзвичайні ситуації мають не лише фізичні, а й значні психологічні наслідки. Військовослужбовці, які пережили бойові дії, часто зазнають психотравматизації, що проявляється у розвитку ПТСР, тривожності, агресивності, соціальної ізоляції та труднощах у міжособистісних стосунках. Психотравма впливає не лише на особистість, а й на сімейні й колективні взаємодії, знижуючи ефективність командної роботи та якість родинних стосунків.

Негативні наслідки психотравми включають підвищену дратівливість, уникання контактів, порушення самоконтролю та гіпернастороженість, тоді як наявність соціальної підтримки, доступ до психологічної допомоги та розвиток комунікативних навичок сприяють відновленню довіри, формуванню здорових стосунків та адаптації до мирного життя.

Таким чином, комплексна психологічна підтримка має враховувати індивідуальні особливості військовослужбовців, соціальний контекст і спрямовуватися на інтеграцію травматичного досвіду, розвиток емоційної стійкості та покращення міжособистісних взаємодій.

Згідно з емпіричними даними, дослідження показало значне психоемоційне навантаження серед військовослужбовців. За «Короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР» 37,5% респондентів мали високий рівень симптомів, що проявлялося інтенсивною тривогою, дратівливістю, безсонням та нав'язливими травматичними спогадами, 32,5% – помірний рівень, а 30% – низький, що свідчить про достатню психологічну резильєнтність. За Міссісіпською шкалою 32,5% були добре адаптовані, 45% мали ознаки психічних розладів, а 22,5% демонстрували виражений ПТСР. Дослідження рівня ситуативної тривожності показало, що 22,5% військових мали високий, 55% – середній і 22,5% – низький рівень, тоді як особистісна тривожність переважно була низькою (85%), що свідчить про відносну стійкість

особистості. За самооцінкою емоційного стану 12,5% оцінювали його як «дуже добрий», 52,5% – «добрий», 27,5% – «погіршений» і 7,5% – «поганий». Рівень конфліктності переважно був помірним, однак спостерігалися крайні показники: 2,5% – дуже високий, а 10% – нижче середнього. Загалом результати свідчать про наявність групи військовослужбовців із високою психоемоційною вразливістю, групи з помірним рівнем ризику та групи психологічно стійких осіб, що потребує диференційованого підходу до психологічного супроводу, профілактики та підтримки бойової готовності підрозділу.

Кореляційний аналіз показав дуже сильний прямий зв'язок між загальною тривожністю та проявами ПТСР ($r = 0,740$, $p \leq 0,01$), що свідчить про тісний взаємозв'язок цих конструктів. Помірно значущі кореляції виявлено між тривожністю та емоційним станом ($-0,318^*$, $p \leq 0,05$) та між ПТСР та емоційним станом ($0,359^*$, $p \leq 0,05$), що підтверджує вплив психотравматизації на емоційне самопочуття військовослужбовців. Водночас рівень конфліктності та показники ситуативної та особистісної тривожності статистично не корелювали з ПТСР та шкалою загальної тривоги, що вказує на часткову автономність цих аспектів у психологічному функціонуванні учасників.

Подолання психотравмуючих наслідків серед учасників бойових дій є складним процесом, що залежить від особистісних рис ветерана та умов його життя після війни. Відновлення психічного стану поєднується з переосмисленням травматичного досвіду, інтеграцією його у нову систему життєвих орієнтирів і формуванням внутрішньої цілісності.

Ефективна соціально-психологічна реабілітація (СПР) передбачає багаторівневу підтримку: психологічні та медико-психологічні заходи, індивідуальне та групове консультування, психотерапію, адаптаційні курси, участь у соціальних і громадських ініціативах. Основні цілі СПР — стабілізація психоемоційного стану, розвиток стресостійкості, відновлення соціальної активності, інтеграція у цивільне життя та повернення почуття самоповаги й соціальної значущості.

Система реадaptaції має бути комплексною, системною та гуманістично зорієнтованою, орієнтованою не лише на подолання симптомів ПТСР, а й на відновлення здатності ветерана до осмисленої діяльності, прийняття власної історії та відкриття нових життєвих перспектив.

Гострі посттравматичні стани у військовослужбовців потребують спеціалізованої психологічної допомоги, що базується на доказових практиках і враховує індивідуальні потреби ветерана. До сучасних ефективних методів належать EMDR, когнітивно-поведінкова терапія, арттерапія, гештальт-терапія, символ-драма та позитивна психотерапія. Вони спрямовані на переосмислення травматичного досвіду, зниження рівня тривоги та напруження, відновлення емоційної рівноваги та самоповаги.

Особливу роль відіграє групова психотерапія, яка створює безпечний простір для взаємопідтримки, зменшення почуття провини й ізоляції, а також формує нові соціальні навички. Найефективнішою є комплексна допомога, що поєднує психотерапевтичні методи з фармакотерапією та навчанням технікам саморегуляції.

Системний підхід до психологічної підтримки передбачає превентивне інформування ветеранів і їхніх родин, багатовекторність реабілітаційних практик, залучення спільнот та ветеранських організацій, створення національної доктрини реабілітації, розвиток військових психологів і інтеграцію інформаційних ресурсів. Така організація допомоги забезпечує своєчасне виявлення проблем, підвищує ефективність реадaptaції та сприяє соціальній інтеграції ветеранів.

Сучасні військові конфлікти несуть високий ризик психотравматизації, що призводить до ПТСР, тривожності, емоційного вигорання та порушень міжособистісних стосунків. Розроблена програма «Міжособистісний ресурс: розвиток комунікації та підтримка ветеранів після психотравми» спрямована на психологічну підтримку, розвиток комунікативних навичок, управління конфліктами, формування саморегуляції та стресостійкості, а також соціальну інтеграцію учасників.

За результатами короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР серед 12 військовослужбовців спостерігалось значне зниження високих рівнів проявів психоемоційного напруження серед військовослужбовців: частка учасників із високим рівнем тривожності та симптомами ПТСР зменшилася з 50% до 8,3%, тоді як помірні та низькі рівні зросли відповідно до 58,3% та 33,4%. Це свідчить про зниження психотравматизації, покращення емоційної стабільності та підвищення здатності до саморегуляції. Дані за Міссісіпською шкалою підтвердили значне зменшення проявів ПТСР — кількість військовослужбовців із ознаками розладу знизилася з 50% до 0%, а частка добре адаптованих учасників зросла на 25%, що свідчить про підвищення психологічної стійкості та ефективності міжособистісної взаємодії.

Результати за шкалою Спілбергера–Ханіна показали повне зникнення високої ситуативної тривожності (з 41,7% до 0%), водночас середній рівень ситуативної тривожності підвищився до 66,7%, що відображає адаптивну нормалізацію емоційного стану. Рівень особистісної тривожності залишився стабільним, демонструючи збереження емоційного самоконтролю. За методикою Самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса зафіксовано збільшення частки учасників, які оцінили свій стан як «дуже добрий» на 50%, що свідчить про покращення загального емоційного фону та внутрішніх ресурсів для соціальної взаємодії. Тест оцінки рівня конфліктності показав зменшення високих і дуже високих рівнів конфліктності та збільшення частки учасників із низьким рівнем конфліктності, що підтверджує розвиток конструктивних комунікативних навичок і здатності вирішувати конфліктні ситуації.

Таким чином, програма довела свою ефективність у комплексній психосоціальній реабілітації ветеранів: вона сприяє стабілізації емоційного стану, відновленню соціальних та комунікативних навичок, зменшенню психотравматичних наслідків і підвищенню якості міжособистісної взаємодії.

Для покращення міжособистісних стосунків військовослужбовців після психотравм важливо впроваджувати комплексні заходи, що включають

розвиток комунікативних навичок, навчання ефективному вирішенню конфліктів, формування емпатії та емоційної саморегуляції. Рекомендовано проводити регулярні групові та індивідуальні психологічні консультації, використовувати методики релаксації, майндфулнес і когнітивні техніки для зниження тривожності та стресу, а також залучати сім'ю та соціальне оточення як підтримуючу систему.

На основі результатів дослідження були розроблені практичні рекомендації для психологів, соціальних працівників та командирів щодо сприяння ефективній міжособистісній взаємодії ветеранів, підтримки їхньої соціальної адаптації та формування конструктивних моделей спілкування у родині, колективі та громаді. Впровадження цих рекомендацій дозволяє зменшити конфліктність, підвищити емоційну стійкість і сприяти більш повноцінній інтеграції ветеранів у мирне життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Алещенко В. І. Характеристика бойового стресу й основні симптоми бойових психічних травм. *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. Вип. 2. С. 7-13
3. Артюхова В. В. Особливості травматичного досвіду учасників бойових дій, напрямки його психокорекції. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, вип. 1. С. 115
4. Блінов О. А. Психологія бойового стресу. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Київ, 2020.
5. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ: Талком. 2016. 246 с.
6. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час: навчально-методичний посібник. Київ: НАОУ, 2006. 80 с.
7. Блінов О. А. Формування емоційної стійкості у військовослужбовців аеромобільних військ під час повітрянодесантної підготовки: дис. ... канд. психол. наук. 20.02.2002. Київ, 227 с.
8. Василенко О. В. Основні світові тенденції розвитку озброєння та військової техніки для ведення війн у майбутньому. *Наука і оборона*. 2009. № 4. С. 18–22. 89
9. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно – поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 410 с.
10. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцятої

редакції Міжнародної класифікації хвороб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2019. № 11. С. 19–24.

11. Гайда І. М. Особливості структури та перебігу сучасної бойової травми у військовослужбовців Збройних Сил України. *Патологія*. 2018. Т. 15, № 1. С. 73-76

12. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.

13. Гершанов О. Основи роботи з травмою за підтримки Ради Європи у межах проекту «Внутрішнє переміщення в Україні: розробка тривалих рішень», 2014. 26 с.

14. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма : аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць. Національна Академія Державної Прикордонної Служби України*. 2015. №1 (74). 390 с.

15. Гуцуляк Н. М. Особливості соціально-психологічної реадаптації демобілізованих учасників АТО. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2018. № 1. С. 17-26.

16. Гуменюк Л. Й., Федчук О. В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. 2016. №1. С. 228-239.

17. Гурлева Т. С. «Розкросний маніпулятивний текст» в умовах інформаційної війни. *Соціально-психологічні проблеми суспільства* : мат-ли Міжнародн. наук.-практ. конф., м. Київ, 10 квітня 2020 р. Київ : Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського, 2020. С. 148–151.

18. Данілевська Н. В. Синдром відстроченого післябойового відреагування як один зі станів бойової психічної травми у військовослужбовців, які брали участь в АТО. *Медична психологія*. 2018. Т. 13, № 2. С. 49-52

19. Денисенко М. М., Лакінський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у

комбатантів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. № 2 (95). С. 50–55.

20. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR. Американська психіатрична асоціація. Львів: Видавництво «Компанія “Манускрипт»», 2024. 592 с.

21. Дубравін Д. психологічна підтримка адаптації ветеранів. URL: <http://www.emocontrol.net/course/?id=26> (дата звернення 20.09. 2025)

22. Кочарян О. С. Особливість структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2018. Вип. 9. С. 34-41

23. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання : монографія. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 125 с.

24. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

25. Колесніченко О. С., Воробйова І. В., Мацегора Я. В. Модель професійної психологічної готовності до діяльності представників ризиконебезпечних професій. *Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць*. Вип.14. Частина 1. Харків : НУЦЗУ, 2013. С.71–93.

26. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : НА НГУ, 2018. 488 с.

27. Кондрюкова В. В., Слюсар І. М.. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник. Київ: Гнозіс, 2013. 116 с.

28. Кріштафор А. А. Посткритичні когнітивні розлади при бойовій травмі та вплив на них реакції на стрес під час бойових дій. *Український*

журнал медицини, біології та спорту. 2018. Т. 3, № 2. С. 89-92

29. Кучманіч І. М. Психологічний механізм виникнення та перебігу психологічної травми в особистості. Збірник наукових праць. К – ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2017. №36. 159 с.

30. Міщик Л. І., Шиман Д. Л. Стратегії соціально-психологічної допомоги учасникам бойових дій у сучасних українських реаліях. *Габітус*. 2020. Випуск 18(1). С. 28-32.

31. Методичні рекомендації з психологічної підготовки військовослужбовців Збройних Сил України щодо формування стресостійкості до дій в умовах різкої зміни бойової обстановки. Київ: Головне управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України. 2021. 56 с.

32. МКХ-10 – онлайн-довідник Міжнародна Класифікація Хвороб. МКБ-10. URL: [https:// mkh10.com.ua/](https://mkh10.com.ua/).

33. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

34. Олексієнко Б. Реадаптація учасників бойових дій: психологічний аспект. Збірник наукових праць НАДПСУ. *Психологічні науки*. № 1(121). 2019. С. 204-218

35. Основи психотерапії : навч. посіб / за ред. М. І. Мушкевич. Вид 3-тє. Луцьк : Вежа – Друк, 2017. 420 с.

36. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1,2,3. Київ, 2018. 240 с.

37. Підчасов Є. В., Ломакін Г. І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2011. Вип. 10 С. 86-97

38. Пінчук І. Я., Петриченко О. О., Колодежний О. В. та ін. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес т порушення

адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. *Архів Психіатрії*. 2016. Т. 22. № 3. С. 12–15.

39. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): інформаційний буклет. Львів : Центр психологічного здоров'я та травмотерапії «Простір надії», Ін-т психічного здоров'я УКУ, 2017.

40. Приб Г. А. Бегеза Л. Є. Раєвська Я. М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців/ветеранів : проблематика вивчення. *Габітус*. Вип.35. 2022 С. 159-162.

41. Прокофєва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету*. Серія: Історичні науки. Випуск 57. 2022 С. 110- 120

42. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / упор.: Д. Д. Романовська, О. В. Ілашук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.

43. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.

44. Радченко О. Позитивна психотерапія та її вплив на світогляд українців. *Філософські і психологічні науки* : Серія «Психологія», 2019. Вип. 22. 110 с.

45. Соціально – психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

46. Стасюк В. Психологічна допомога військовослужбовцям у бойовий та післябойовий період. *Психологія і суспільство*, 2006. № 2. С. 137–140.

47. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу. Київ : «Видавничий дім Медкнига», 2023. 232 с

48. Чорна В., Серебреннікова О., Коломієць В., Гозак С., Єлізарова О., Рибінський М., Ангельська В., Павленко Н. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2023. № 12 (124). С. 28-39.

49. Тарасюк Н. В. Адаптація та стандартизація шкали депресії Бека в умовах військового конфлікту. *Журнал практичної психології та соціальної роботи*. 2018. №10. С. 45–56

50. Armenta R. F., Rush T., LeardMann C. A. et al. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*. 2018. Vol. 18. No. 1. P. 48.

51. Copeland L. A., Finley E. P., Rubin M. L. et al. Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the military-to-civilian transition. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023. Vol. 15. No. 4. P. 697–704.

52. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM- 5TM). 2013.

53. Diao H. et al. Post-traumatic stress disorder: a psychiatric disorder requiring urgent attention. *Medical review*. 2022. vol. 2,3 2T9-243.

54. First M.B., Reed G.M., Hyman S.E., Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry*. 2015. Vol. 14. No. 1. P. 82–90.

55. Harper K. L., Thompson-Hollands J., Keane T. M. et al. Family-involved mental health care among OEF/OIF veterans with and without PTSD using VHA administrative records. *Behavior Therapy*. 2022. Vol. 53. No. 5. P. 819–827.

56. Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Karatzias T. Posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in DSM-5 and ICD-11: clinical and behavioral correlates. *J Trauma Stress*. 2018. №31. P.174–80.

57. Knowles K. A., Sripada R. K., Defever M. et al. Comorbid mood and anxiety disorders and severity of hat posttraumatic stress disorder symptoms in

treatment-seeking veterans. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 451–458.

58. Lahad M., Shacham M., Ayalon O. The «BASIC Ph» model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application. London, England: Jessica Kingsley. 2013.

59. Lasiuk GC, Hegadoren KM. Posttraumatic stress disorder part I: historical development of the concept. *Psychiatr Care* 2006. № 42. P. 13–20.

60. Luciano M. T., McDevitt-Murphy M. E., Acuff S. F. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms improve after an integrated brief alcohol intervention for OEF/OIF/OND veterans. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 459–465.

61. Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A. Et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12. No. 3. P. 198–206.

62. Meyer E. C., La Bash H., DeBeer B. B. et al. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 383–390.

63. Nassif T. H., Start A. R., Toblin R. L., Adler A. B. Self-reported mindfulness and soldier health following a combat deployment. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 466–474.

64. Nissen L. R., Karstogt K-I., Vedtofte M. S. et al. Cognitive ability and risk of post-traumatic stress disorder after military deployment: an observational cohort study. *BJPsych Open*. 2017. Vol. 3. No. 6. P. 274–280.

65. PTSD: National Center for PTSD 2021. URL: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp

66. Sija J van der Wal, Vermetten E., Elbert G. Long-term development of post-traumatic stress symptoms and associated risk factors in military service members deployed to Afghanistan: Results from the PRISMO 10-year follow-up. *Eur Psychiatry*. 2020. Vol. 64. No. 1:e10.

67. Walter K. H., Levine J. A., Highfill- McRoy R. M., Navarro M. et al. Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Comorbidities Among U.S. Active Duty Service Members, 2006-2013. *Journal Trauma Stress*. 2018. Vol. 31. No. 6. P. 837–844.

68. Zakse U. «Traumasynthesis with the help of trauma exposure», Typology of personality in symbol-drama and other methods of psychotherapy: collection of scientific papers, Graf, Stavropol, 2009pp. 101-111.

ДОДАТКИ

Додаток А

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart) Мета – коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили різного виду психічні травми.

Реєстраційний бланк П.І.Б. (повністю)

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ/група) _____

Спеціальність _____

Інструкція: “З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж звичайно, такі стани? Оберіть лише один варіант відповіді (“так” або “ні”) та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка”.

№ з/п	Питання	Так	Ні
1	Нездатність “розслабитися” (напруженість)		
2	Роздратування та погані настрої		
3	Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент		
4	Неуважність, погана зосередженість уваги		
5	Сильний смуток, печаль		
6	Сильна втома, нестача енергії		
7	Потрясіння або паніка		
8	Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію		
9	Труднощі із засинанням, погіршення сну		
0	1 Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, зокрема, професійної		

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей “так” дає респондент, тим більше виражені в нього негативні психологічні наслідки травматизації: тривога, депресія та найбільш специфічні прояви ПТСР. “Пороговим” значенням для визначення наявності порушень психічного стану вважається більше 4 ствердних відповідей «Так».

Додаток Б

**Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій
(військовий варіант)**

Інструкція: «Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5». Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці».

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
	1	2	3	4	5
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги завдає мені болю.	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.	1	2	3	4	5
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.	1	2	3	4	5

8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним.	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчитиз собою.	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.	1	2	3	4	5
14. Мої сні настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу.	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.	1	2	3	4	5
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.	1	2	3	4	5

19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися.	1	2	3	4	5
21. Я без причини плачу.	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю.	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії.	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.	1	2	3	4	5

31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати.	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.	1	2	3	4	5

Додаток В

Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)

Бланк А. Шкала самооцінки реактивної тривожності Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4

12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Бланк Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція

Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4

25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холоднокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго	1	2	3	4

	не можу про них забути				
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Додаток Г

Методика самооцінки емоційного стану Уессмана-Рікса

Методика самооцінки емоційного стану була розроблена американськими психологами А. Уессманом і Д. Ріксом. Вона є досить простим опитувальником для самооцінки емоційних станів (наводиться її скорочений варіант). Вимірювання в цій методиці проводиться за десятибальною системою. Інструкція: «Виберіть у кожному із запропонованих наборів тверджень те, яке найточніше відображає Ваш стан зараз. Номер твердження, вибраного з кожного набору, обведіть кружечком у відповідному рядку реєстраційного бланку».

Реєстраційний бланк П.І.Б. (повністю)

Дата обстеження _____ Вік _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____

Військове звання _____

Інструкція: «Виберіть у кожному із запропонованих наборів тверджень те, яке найточніше відображає Ваш стан зараз. Номер твердження, вибраного з кожного набору, окресліть у відповідному рядку реєстраційного бланку».

«Спокійність – тривожність»										«Енергійність – втомленість»									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
«Піднесення – пригніченість»										«Впевненість у собі – безпорадність»									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Список тверджень за всіма шкалами

«Спокійність – тривожність»

10. Цілковита спокійність. Непохитно впевнений(а) у собі.
9. Виключно холоднокровний(а), на рідкість впевнений(а) і не хвилююся.
8. Відчуття повного благополуччя. Впевнений(а) і почуваюся невимушено.
7. В цілому впевнений(а) і вільний(а) від стурбованості.
6. Ніщо особливо мене не турбує. Почуваюся більш-менш невимушено.

5. Дещо занепокоєний(а), почуваюся скуто, трохи стривожений (а).
4. Переживаю деяку занепокоєність, страх, неспокій або невизначеність. Знервований(а), хвилююся, роздратований(а).
3. Значна невпевненість. Дуже травмований(а) невизначеністю. Відчуваю страхи.
2. Величезна тривожність, занепокоєність. Знищений(а) страхом.
1. Повністю збожеволів від страху. Втратив(ла) розум. Наляканий(а) труднощами, які не розв'язати.

«Енергійність – втомленість»

10. Поривання, що не знає перешкод. Життєва сила виплескується через край.
9. Життєздатність, величезна енергія, що б'є через край, сильне прагнення до діяльності.
8. Багато енергії, сильна потреба в дії.
7. Почуваюся свіжим(ою), у запасі значна енергія.
6. Почуваюся досить свіжим(ою), у міру бадьорий(ою).
5. Злегка втомився(лася). Лінощі. Енергії не вистачає.
4. Доволі стомлений(а). У запасі не дуже багато енергії.
3. Велика стомленість. Млявість. Мізерні ресурси енергії.
2. Жахливо стомлений(а). Майже виснажений(а) і практично не здатний(а) до дії. Майже не залишилося запасів енергії.
1. Абсолютно видихався(лася). Нездатний(а) навіть до самого незначного зусилля.

«Піднесення – пригніченість»

10. Сильний підйом, запальні веселощі.
9. Збуджений(а), у піднесеному стані. Сприймає все із захватом.
8. Збуджений(а), у доброму настрої.
7. Почуваюся дуже добре. Життєрадісний(а).
6. Почуваюся доволі добре, «в порядку».
5. Почуваюся трохи пригніченим(ою), «так собі».

4. Настрій пригнічений і дещо сумний.
3. Почуваюся дуже пригніченим(ою). Настрій безумовно сумний.
2. Дуже пригнічений(а). Почуваюся просто жахливо.
1. Крайня депресія і зневір'я. Пригніченість. Усе чорно й сіро

«Впевненість у собі – безпорадність»

10. Для мене немає нічого неможливого. Зможу зробити все, що захочу.
9. Відчуваю велику впевненість у собі. Впевнений(а) у своїх звершеннях.
8. Дуже впевнений(а) у своїх здібностях.
7. Відчуваю, що моїх здібностей достатньо і мої перспективи хороші.
6. Почуваюся доволі компетентним(ою).
5. Відчуваю, що мої вміння й здібності дещо обмежені.
4. Почуваюся доволі нездібним(ою).
3. Пригнічений(а) своєю слабкістю й нестачею здібностей.
2. Почуваюся жалюгідним(ою) і нещасним(ою). Втомився(лася) від своєї некомпетентності.

1. Давить почуття слабкості й марності зусиль. У мене нічого не виходить.

Обробка результатів

Спочатку визначаються показники за кожною зі шкал, які відповідають обраному досліджуваному номеру твердження. Далі обчислюють інтегральний показник емоційного стану досліджуваного за формулою:

$$ЕС = (I1 + I2 + I3 + I4) / 4,$$

де ЕС – інтегральний показник емоційного стану;

I1, I2, I3 та I4 – індивідуальні показники за відповідними шкалами.

Інтерпретація результатів ЕС може змінюватися від 1 до 10:

8-10 балів – дуже добрий;

6-7 балів – добрий;

4-5 балів – погіршений;

1-3 бали – поганий і дуже поганий.

Додаток Д

Методика „Діагностика рівня конфліктності особистості”

Інструкція

Виберіть один з трьох запропонованих варіантів відповідей на питання і запишіть його, наприклад у такому вигляді: 1-А, 2-Б, 3-б

1. Чи характерно для Вас прагнення до домінування, тобто до того, щоб підкорити своїй волі інших?

А. Ні. Б. Іноді. В. Так.

2. Чи є у Вашому колективі люди, які Вас побоюються, а можливо і ненавидять?

А. Так. Б. Важко визначитись. В. Ні.

3. Хто Ви у більшій мірі?

А. Заспокоюючий. Б. Принциповий. В. Діловитий.

4. Як часто Вам доводиться виступати з критичними судженнями?

А. Часто. Б. Іноді. В. Рідко.

5. Що б для Вас було пріоритетним, якби Ви очолили новий колектив?

А. Розробив би програми роботи колективу на рік вперед і переконав колектив в її доцільності. Б. Вивчив би хто є хто і встановив би контакт з лідерами. В. Частіше би радився з людьми.

6. У випадку невдач, який стан для Вас найбільш характерний?

А. Песимізм. Б. Поганий настрій. В. Образа на себе.

7. Чи характерно для Вас прагнення відстоювати традицій Вашого колективу та притримуватись їх?

А. Так. Б. Скоріше так. В. Ні.

8. Чи відносите Ви себе до людей, які готові почути про себе гірку правду, що висловлена в очі?

А. Так. Б. Скоріше так. В. Ні.

9. Яких якостей Ви намагаєтесь позбутися в себе?

А. Роздратованість. Б. Образливість. В. Нестерпність до критики у свій бік.

10. Хто Ви переважно?

А. Незалежний. Б. Лідер. В. Генератор ідей.

11. Якою людиною вважають Вас друзі?

А. Екстравагантною. Б. Оптимістом. В. Наполегливим.

12. З чим Вам найчастіше доводиться боротися?

А. Несправедливістю. Б. Бюрократизмом. В. Егоїзмом.

13. Що для Вас найбільш характерно?

А. Недооцінювання своїх здібностей. Б. Об'єктивна оцінка своїх здібностей. В. Переоцінка своїх здібностей.

14. Що найчастіше призводить Вас до конфлікту з людьми?

А. Надмірна ініціативність. Б. Надмірна критичність. В. Надмірна прямотинність.

Обробка та інтерпретація результатів

Підрахуйте кількість набраних Вами балів, використовуючи наведену таблицю. Відмітимо, що більш високий рівень конфліктності передбачає наявність рис характеру, що обумовлюють виникнення конфліктів, використання конфліктогенів спілкування і, безумовно, підвищення конфліктності відносин в колективі.

Варіант відповіді	Кількість балів за питання													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
А	1	3	1	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	1
Б	2	2	3	2	2	3	2	2	1	1	1	2	1	2
В	3	1	2	1	1	1	1	1	3	2	3	1	3	3

14-17 балів – дуже низький рівень конфліктності.

18-20 балів – низький рівень конфліктності.

21-23 бала – рівень конфліктності нижче середнього.

24-26 балів – рівень конфліктності дещо нижче середнього.

27-29 балів – середній рівень конфліктності.

30-32 бала – рівень конфліктності дещо вище середнього.

33-35 балів – рівень конфліктності вище середнього.

36-38 балів – високий рівень конфліктності.

39-42 бали – дуже високий рівень конфліктності.

Додаток Е

«Міжособистісний ресурс: розвиток комунікації та підтримка ветеранів після психотравми»

Заняття 1

«Вступне заняття. Знайомство, створення безпечного простору»

Мета: Формування довіри, згуртування групи, встановлення правил взаємодії та створення психологічно безпечного простору.

Привітання та налаштування

Час: 5 хвилин

Мета: створення дружньої атмосфери, підвищення емоційного комфорту.

Хід: Фасилітатор вітає учасників, коротко розповідає про мету програми, її структуру та очікувані результати. Зазначає, що це простір підтримки, де важливі взаємна повага, довіра й конфіденційність. Пропонується коротке коло знайомства: кожен учасник називає своє ім'я і коротко відповідає на запитання:

«З чим я сьогодні прийшов?» або «Яке слово найточніше описує мій стан зараз?»

Вправа «Знайомство через символ»

Час: 10 хвилин

Мета: знайомство учасників, актуалізація власних ресурсів і життєвих орієнтирів.

Хід: Кожному учаснику роздають картки або зображення (предмети, природні символи, військові артефакти, елементи побуту). Завдання — обрати той символ, який найкраще описує його зараз, і коротко представитись:

«Я — ..., і цей символ про мене, бо...».

Питання для обговорення:

- Що було для вас найважливішим у представленні себе?
- Які почуття викликала вправа?

Вправа «Наші правила»

Час: 10 хвилин

Мета: створити спільні норми взаємодії, що забезпечують безпечну атмосферу.

Хід: Фасилітатор пропонує учасникам визначити правила, які допоможуть усім комфортно працювати. Ідеї записуються на фліпчарті або великому аркуші.

Після обговорення кожне правило затверджується підняттям руки.

Приклади правил:

- Конфіденційність — усе сказане в групі залишається в групі.
- Добровільна участь — кожен має право не брати участі у вправі.
- Говоримо по черзі, без перебивань.
- Поважаємо думку іншого.
- Діємо за принципом «тут і тепер».

Вправа «Моє внутрішнє сонце»

Час: 15 хвилин

Мета: усвідомлення власних ресурсів, формування позитивного образу «Я», актуалізація сильних сторін.

Хід:

Учасники отримують аркуш і малюють сонце.

У центрі записують «Я», а на променях — свої сильні сторони, якості або риси, які допомагали їм долати труднощі.

Після виконання бажаючі презентують свої роботи.

Питання для обговорення:

- Які риси ви вважаєте своїми найціннішими ресурсами?
- Як вони допомагають вам зараз?
- Чи є риси, які ви хотіли б розвивати?

Енергізатор «Атака алігаторів»

Час: 10 хвилин

Мета: розрядка емоційного напруження, згуртування команди, розвиток координації та швидкої реакції.

Хід: Учасники діляться на 2–3 команди. Кожна команда має «човен» — смужку паперу, на яку всі повинні вміститися.

На команду фасилітатора «Пливіть!» — учасники рухаються по кімнаті. На команду «Атака алігатора!» — швидко збираються на свій «човен», щоб жоден «не потонув».

Поступово завдання ускладнюється — човен зменшується, учасники мають взаємодіяти та підтримувати одне одного фізично.

Рефлексія заняття

Час: 10 хвилин

Мета: усвідомлення власних почуттів і досвіду після заняття.

Хід: Усі учасники стають у коло. Кожен коротко завершує фразу:
«Сьогодні для мене було важливим...»,
«Я забираю із собою...»,
«Я хочу подякувати групі за...».

Фасилітатор підсумовує, наголошуючи на важливості створеного довірливого середовища та активності учасників.

Заняття 2.

Мій шлях: прийняття власного досвіду

Мета: Сприяти усвідомленню власного життєвого шляху, прийняттю минулого досвіду (як позитивного, так і складного), виявленню особистісних ресурсів, які допомагають долати труднощі.

Очікувані результати:

- Учасники осмислюють свій життєвий шлях як цінний досвід;
- Визнають власну силу та здатність долати труднощі;
- Визначають свої ресурси (людей, події, внутрішні якості);
- Формують позитивне ставлення до свого минулого.

1. Привітання (5–10 хв)

Мета: створити доброзичливу атмосферу, налаштувати учасників на спільну роботу.

Хід: Ведучий вітає учасників, дякує за присутність і коротко озвучує тему заняття. Можна провести коротке коло:

«Поділіться одним словом, яке описує ваш сьогоднішній настрій» або «Що підтримує вас сьогодні?»

Це допоможе створити атмосферу довіри та емоційного контакту.

2. Вправа «Моя дорога життя» (20–25 хв)

Мета: допомогти учасникам усвідомити свій життєвий шлях, важливі події та досвід, який сформував їх.

Матеріали: аркуші формату А3, кольорові олівці, маркери.

Хід:

1. Ведучий пропонує намалювати символічну «**дорогу життя**» — від дитинства до сьогодні. Це може бути пряма, хвиляста, гірська дорога, річка чи будь-який образ, який відповідає внутрішньому стану учасника.

2. На цій дорозі потрібно позначити **важливі події**, які вплинули на життя: успіхи, втрати, зустрічі, рішення, зміни.

3. Потім — коротко позначити, **що кожна подія принесла** (урок, досвід, підтримку, біль, натхнення тощо).

4. Після малювання — **обговорення в парах або малих групах:**

- Що ви помітили, розглядаючи свій шлях?

- Які події були визначальними?

- Як змінилися ви внаслідок цих подій?

3. Вправа «Мої етапи сили» (20 хв)

Мета: знайти в особистій історії моменти, де проявлялася внутрішня сила, стійкість, здатність долати труднощі.

Хід:

1. Ведучий пропонує учасникам пригадати **3 ситуації з минулого**, коли вони справилися з труднощами.

2. На аркуші записати коротко:

- *Що сталося?*

- Що допомогло впоратися?
- Які мої якості проявилися тоді?

3. Після індивідуальної роботи — обговорення в колі:

- Які внутрішні ресурси допомагають мені?
- Що я можу використати сьогодні зі свого досвіду?

(За бажанням можна створити плакат «Мої етапи сили» з ключовими словами або символами, що відображають внутрішні ресурси.)

4. Групове обговорення «Що я беру із минулого» (15 хв)

Мета: інтегрувати минулий досвід, відокремити цінне від зайвого, усвідомити, що з минулого підтримує зараз.

Хід: Ведучий запитує:

- Який досвід із минулого ви хочете взяти з собою далі?
- Що допомагає вам рости, а що заважає рухатися вперед?
- Як можна трансформувати складні спогади у джерело сили?

(Можна використати метафору: «Я збираю в свій рюкзак тільки те, що мені потрібно в подальшій подорожі».)

5. Рефлексія (10–15 хв)

Мета: підвести підсумки заняття, усвідомити особисті відкриття, зафіксувати позитивні зміни у сприйнятті себе.

Запитання для обговорення або письмового саморефлексивного запису:

- Що нового я сьогодні зрозумів про себе?
- Який момент заняття був для мене найважливішим?
- Що я беру з собою як ресурс, підтримку?
- Яку метафору я можу дати своєму життєвому шляху зараз?

Завершення: Ведучий дякує учасникам, підкреслює цінність кожного шляху й унікальність досвіду. Можна завершити словами:

«Кожен наш крок, навіть найскладніший, веде нас до більш глибокого розуміння себе. Важливо не засуджувати минуле, а бачити в ньому свій шлях сили».

Заняття 3.

Емоційна грамотність і саморегуляція

Мета: Сприяти розвитку навичок емоційної усвідомленості, вмінню розпізнавати, приймати та регулювати власні емоційні стани; навчити технік самозаспокоєння та внутрішньої стабілізації.

Очікувані результати:

- Учасники краще розуміють власні емоції та їхні прояви;
- Навчаються безпечно виражати емоції;
- Знайомляться з методами саморегуляції через дихання;
- Формують відповідальніше ставлення до свого емоційного стану.

1. Привітання (5–10 хв)

Мета: створити доброзичливу атмосферу, налаштувати учасників на відкритість та емоційний контакт.

Хід: Ведучий вітає учасників, коротко нагадує тему попереднього заняття і повідомляє тему нинішнього:

«Сьогодні ми будемо досліджувати свої емоції — навчимося їх розпізнавати, розуміти і знаходити способи самозаспокоєння».

Коротке коло:

«Яка емоція зараз живе в мені?» (Учасники називають емоцію одним словом або показують мімікою/жестом.)

2. Вправа «Карта емоцій» (20–25 хв)

Мета: розширити емоційний словник, навчити розпізнавати емоції та усвідомлювати їх прояви в тілі.

Матеріали: роздруківки з «картами емоцій» (обличчя з різними емоційними виразами або списки емоцій), аркуші, фломастери.

Хід:

1. Ведучий пояснює, що кожна емоція має своє послання і відображається в тілі.

2. Учасники отримують шаблон фігури людини або малюють його самостійно.

3. Завдання:

- Пригадати 3 емоції, які часто з'являються у повсякденному житті.
- Позначити на фігурі, де в тілі відчувається кожна з них (наприклад: злість — у грудях, страх — у животі, радість — у серці).
- Підписати: **що викликає цю емоцію і як вона проявляється у поведінці.**

4. Обговорення в колі:

- Які емоції найчастіше проявляються у вас?
- Як тіло реагує на різні стани?
- Чи є емоції, які складно приймати або визнавати?

Висновок: усвідомлення емоцій — перший крок до їх регуляції.

3. Вправа «Емоційний термометр» (15–20 хв)

Мета: навчити визначати інтенсивність емоційного стану і вчасно реагувати на зміни.

Матеріали: картки з шкалою від 0 до 10 (0 — спокій, 10 — емоційний вибух).

Хід:

1. Ведучий пропонує уявити «емоційний термометр» — шкалу, що показує рівень емоційної напруги.
2. Учасники згадують ситуацію, коли відчували сильну емоцію (злість, страх, тривогу, радість).
3. Визначають, де на шкалі перебували тоді.
4. Потім обговорюють:
 - Які сигнали показують, що рівень емоцій зростає?
 - Що можна зробити, щоб «знизити градус» раніше, ніж емоція вибухне?

(Можна створити спільний плакат «Мій емоційний термометр» — з прикладами реакцій і способів саморегуляції.)

4. Техніка «Дихання як стабілізатор» (10–15 хв)

Мета: навчити простій техніці саморегуляції через усвідомлене дихання.

Хід:

1. Ведучий пояснює, що дихання — найприродніший інструмент заспокоєння.

2. Пропонує виконати вправу «Квадрат дихання»:

- Вдих — 4 секунди
- Затримка дихання — 4 секунди
- Видих — 4 секунди
- Затримка — 4 секунди

(Повторити 4–6 циклів.)

3. Після виконання учасники діляться відчуттями:

- Що змінилося у тілі?
- Який емоційний стан зараз?

Висновок: дихальні техніки допомагають повернути рівновагу в будь-якій ситуації.

5. Рефлексія (10–15 хв)

Мета: підвести підсумки, усвідомити нові знання та внутрішні зміни.

Питання для обговорення або письмової відповіді:

- Які емоції я сьогодні краще зрозумів?
- Що допомагає мені заспокоїтись у складних ситуаціях?
- Яку техніку або ідею я хочу використати у своєму житті?
- Як змінився мій стан після заняття?

Завершення: Ведучий дякує групі, підкреслює, що емоції — це не вороги, а сигнали, які допомагають нам краще пізнавати себе.

«Коли ми розуміємо свої емоції — ми стаємо ближчими до гармонії із собою і світом».

Заняття 4.

Емпатія і розуміння інших

Тривалість: 60 хвилин

Мета: Розвивати в учасників уміння співпереживати, бачити ситуацію з точки зору іншої людини, приймати різні погляди; формувати навички активного слухання та емоційного відгуку.

Очікувані результати:

- Учасники усвідомлюють значення емпатії в стосунках;
- Розвивають уміння розуміти почуття та мотиви інших людей;
- Вчаться проявляти підтримку без осуду;
- Засвоюють базові навички активного слухання.

1. Привітання (5–10 хв)

Мета: створити атмосферу довіри, налаштувати учасників на тему прийняття та розуміння.

Хід: Ведучий вітає групу, оголошує тему заняття:

«Сьогодні ми будемо говорити про здатність розуміти інших — про емпатію. Адже розуміння почуттів і досвіду іншої людини допомагає будувати теплі, довірливі стосунки».

Коротке коло:

«Коли я востаннє відчув(ла), що мене по-справжньому розуміють?» або «Що для мене означає “співпереживати”?»»

2. Вправа «Погляд з іншого боку» (15 хв)

Мета: навчити дивитися на ситуацію з різних точок зору, розвивати здатність розуміти позицію іншої людини.

Матеріали: картки або короткі описи життєвих ситуацій (наприклад: конфлікт між друзями, непорозуміння в сім'ї, колега не виконує обіцянку тощо).

Хід:

1. Ведучий зачитує або роздає кожному учаснику опис ситуації.
2. Завдання:
 - Спочатку висловити **свою першу реакцію** на ситуацію.
 - Потім уявити себе на місці **іншого учасника події** — як він міг почуватися, чого прагнув, чого боявся.
3. Обговорення:
 - Що змінилося, коли ви подивилися з іншого боку?
 - Що допомагає нам розуміти інших людей, а що заважає?

Висновок: емпатія починається з готовності бачити не лише свою правду.

3. Рольова гра «Я на твоєму місці» (15–20 хв)

Мета: розвивати здатність емоційно включатися в досвід іншої людини, розуміти її почуття та мотиви.

Хід:

1. Учасники об'єднуються в пари.
2. Один розповідає про **реальну або вигадану складну ситуацію**, у якій переживав непорозуміння, образу, страх тощо (3–4 хв).
3. Другий учасник має уявити себе **на місці оповідача** і коротко описати ситуацію **з його позиції**:

«Я — ти. Я почуваюся... Мені здається, що... Я хотів(ла) би, щоб...»

4. Потім ролі змінюються.

Обговорення у колі:

- Як було чути, що хтось говорить “з вашого місця”?
- Що допомагає справді відчути стан іншого?
- Як можна використовувати це в повсякденному спілкуванні?

4. Вправа «Активне слухання» (10–15 хв)

Мета: розвивати навички уважного слухання без оцінок, формувати вміння підтримувати співрозмовника.

Хід:

1. Ведучий коротко пояснює принципи **активного слухання**:
 - дивитися на співрозмовника,
 - не перебивати,
 - відображати почуття («Ти засмучений, бо...»),
 - уточнювати («Я правильно розумію, що...?»),
 - підтримувати невербально (погляд, кивок, спокійний тон).
2. Учасники працюють у трійках:
 - Один розповідає про щось важливе (3 хв).
 - Другий активно слухає.
 - Третій спостерігає та потім ділиться, що допомагало/заважало спілкуванню.
3. Після цього ролі змінюються, щоб кожен побував у всіх ролях.

Висновок: уважне слухання — це прояв емпатії на практиці.

5. Рефлексія (5–10 хв)

Мета: усвідомити отриманий досвід, закріпити почуття та висновки.

Запитання для обговорення або письмового запису:

- Що нового я дізнався про себе сьогодні?
- Що було найскладнішим у спробі зрозуміти іншого?
- Яку навичку я хочу спробувати використати в реальному житті?
- Як змінилося моє ставлення до “чути” і “слухати”?

Завершення:

Ведучий підсумовує:

«Емпатія — це міст між людьми. Коли ми по-справжньому слухаємо і розуміємо, навіть мовчання стає підтримкою».

Заняття 5.

Ефективна комунікація і довіра

Тривалість: 60 хвилин

Мета: Розвивати в учасників навички відкритого, щирого спілкування, формувати довіру в групі, навчати виражати свої почуття та потреби без звинувачень — через «Я-повідомлення».

Очікувані результати:

- Учасники усвідомлюють важливість довіри й чесності у стосунках;
- Вчаться розпізнавати бар'єри в комунікації;
- Засвоюють техніку «Я-повідомлення» як спосіб відвертого висловлювання;
- Формують відчуття безпечного діалогу та взаємної підтримки.

1. Привітання (5–10 хв)

Мета: створити довірливу атмосферу, налаштувати учасників на відкритість і взаємоповагу.

Хід: Ведучий вітає групу, наголошує, що сьогодні тема — **спілкування і довіра**, тобто основа будь-яких здорових стосунків.

Коротке коло:

«Що для мене означає довіра?» або «Коли я відчуваю, що можу говорити відверто?»

Це створює базу емоційної безпеки перед активними вправами.

2. Вправа «Довіра на дотик» (15 хв)

Мета: зміцнити відчуття взаємної підтримки, сформувані досвід довіри до інших учасників.

Матеріали: пов'язки на очі або хустинки.

Хід:

1. Учасники об'єднуються в пари. Один із пари — **заплющує очі**, інший — **поводир**.

2. Завдання поводиря — повільно провести партнера кімнатою, уникаючи перешкод, за допомогою лише легкого доторку руки або голосових підказок.

3. Потім учасники міняються ролями.

Обговорення:

- Як ви почувалися, коли не бачили, але мусили довіряти?

- Що допомагало відчувати безпеку?

- Як це пов'язано зі спілкуванням і взаємною довірою у житті?

Висновок: довіра виникає тоді, коли ми дозволяємо іншому підтримати нас і самі стаємо надійною опорою.

3. Вправа «Я-повідомлення» (20 хв)

Мета: навчити висловлювати свої почуття і потреби без звинувачень, формувати культуру відкритого діалогу.

Матеріали: аркуші, ручки, приклади «Я-повідомлень».

Хід:

1. Ведучий пояснює різницю між звинувачувальним висловом і «Я-повідомленням».

✗ «Ти мене весь час дратуєш!»

✓ «Я злюся, коли мене перебивають, бо хочу, щоб мене почули».

2. Формула «Я-повідомлення»: **Я** **почуваю(сь)...**, **коли...**, **тому що...**, **і мені хотілося б...**

3. Учасники пригадують одну реальну ситуацію з життя, де було непорозуміння, і формулюють своє «Я-повідомлення».

4. Потім у парах або малих групах учасники діляться прикладами, обговорюючи, як змінилося б спілкування, якби вони використали такий підхід.

Висновок: «Я-повідомлення» допомагає говорити про почуття, не руйнуючи зв'язок.

4. Обговорення «Чесність у спілкуванні» (10–15 хв)

Мета: осмислити поняття щирості та її меж у взаєминах.

Хід: Ведучий пропонує групі кілька питань для відкритого діалогу:

- Що для мене означає бути чесним у спілкуванні?
- Чи завжди щирість дорівнює прямолінійності?
- Коли чесність може бути болісною, але необхідною?
- Як поєднати правдивість і турботу про іншого?

(За бажанням можна провести вправу «Лінія позицій»: учасники стають уздовж лінії від «так» до «ні», реагуючи на твердження типу «Я завжди кажу правду», «Іноді краще промовчати», і коротко пояснюють свою позицію.)

5. Рефлексія (5–10 хв)

Мета: закріпити отриманий досвід, усвідомити особисті відкриття.

Запитання для обговорення або письмової рефлексії:

- Що сьогодні допомогло мені відчути довіру?
- Який спосіб спілкування я хочу практикувати частіше?
- Яке відкриття або думка стали для мене важливими?

Завершення: Ведучий дякує учасникам і підсумовує:

«Довіра і відвертість починаються там, де ми говоримо щиро — не для того, щоб переконати, а щоб бути почутими».

Заняття 6.

Конфлікти та способи їх подолання

Тривалість: 60 хвилин

Мета: Сприяти усвідомленню власного стилю поведінки у конфлікті, навчити конструктивним способам вирішення конфліктних ситуацій, розвивати навички діалогу, взаємоповаги та готовності йти на компроміс.

Очікувані результати:

- Учасники розуміють природу конфліктів і власну реакцію на них;
- Вміють визначати свій стиль поведінки в конфліктній ситуації;
- Засвоюють навички конструктивного діалогу;
- Формують готовність до пошуку рішень, а не звинувачень.

1. Привітання (5–10 хв)

Мета: створити атмосферу довіри та налаштувати учасників на конструктивне обговорення складних тем.

Хід: Ведучий вітає учасників і коротко вводить у тему:

«Конфлікти — невід’ємна частина нашого життя. Вони не завжди погані — іноді саме через них ми навчаємося краще розуміти себе та інших. Сьогодні ми спробуємо знайти, як можна перетворити конфлікт на можливість для зростання».

Коло запитань для розігріву:

«Що для мене слово “конфлікт”?» або «Як я зазвичай поводжуся, коли бачу, що ситуація напружується?»

2. Вправа «Мій стиль у конфлікті» (15 хв)

Мета: допомогти учасникам визначити свій тип поведінки в конфліктних ситуаціях.

Матеріали: короткий тест або опис п’яти стилів поведінки у конфлікті (за Томасом: суперництво, пристосування, компроміс, уникання, співпраця); аркуші, ручки.

Хід:

1. Ведучий коротко описує п’ять стилів і пропонує учасникам пройти простий тест або відповісти на серію запитань, щоб з’ясувати свій домінуючий стиль.

2. Після самодіагностики учасники обговорюють:

- Який стиль переважає у мене?
- У яких ситуаціях він допомагає, а коли — заважає?
- Який стиль я хотів б розвинути?

Висновок: немає «поганих» або «хороших» стилів — важливо навчитися гнучко обирати стратегію залежно від ситуації.

3. Рольова гра «Діалог замість сварки» (20 хв)

Мета: навчити замінювати конфліктну взаємодію конструктивним діалогом.

Хід:

1. Ведучий ділить учасників на малі групи або пари.
2. Кожній парі дає **сценарій конфліктної ситуації**, наприклад:
 - непорозуміння між колегами,
 - суперечка між батьками й дітьми,
 - конфлікт між друзями тощо.
3. Завдання:
 - Спочатку розіграти **звичайний конфлікт** (як зазвичай це буває — з емоціями, образами).
 - Потім провести **другий варіант** — через діалог: використовуючи «Я-повідомлення», слухання, пошук спільного рішення.
4. Після виконання — групове обговорення:
 - Що допомогло знизити напругу?
 - Як змінився результат, коли замість звинувачень з'явився діалог?

Висновок: конструктивне спілкування — це не уникання конфлікту, а вміння його проживати без руйнування стосунків.

4. Вправа «Крок назустріч» (10–15 хв)

Мета: сформувати готовність до компромісу, навчити бачити інтереси обох сторін.

Хід:

1. Ведучий пропонує уявну ситуацію (або короткі кейси): двоє людей мають протилежні інтереси, але повинні знайти спільне рішення.
2. Пари або малі групи мають за 5 хвилин дійти згоди, зробивши **крок назустріч** один одному.
3. Потім учасники діляться, як це було:
 - Чи легко було домовитися?

- Які стратегії допомогли?
- Що відчувається, коли поступаєшся, але зберігаєш взаєморозуміння?

Висновок: компроміс не завжди означає поразку — це крок до партнерства.

5. Рефлексія (5–10 хв)

Мета: узагальнити досвід заняття, усвідомити особисті відкриття.

Питання для обговорення або письмового запису:

- Що я сьогодні зрозумів про свої реакції у конфлікті?
- Які нові способи поведінки хочу спробувати?
- Що допомагає мені не «зриватися», а шукати рішення?

Завершення:

Ведучий підсумовує:

«Конфлікти — це не битви, а зустріч двох потреб. Коли ми слухаємо, поважаємо й шукаємо розуміння — ми робимо крок до миру».

Заняття 7.

Підтримка та взаємодопомога

Тривалість: 60 хвилин

Мета: Сприяти розвитку навичок емоційної підтримки, формуванню згуртованості групи, підвищенню рівня довіри та взаєморозуміння між учасниками.

Очікувані результати:

- Учасники усвідомлюють важливість підтримки у міжособистісних стосунках;
- Вміють надавати й приймати допомогу;
- Розуміють, як використовувати власні сильні сторони на користь інших;
- Відчувають згуртованість і безпечну атмосферу в групі.

1. Привітання (5–10 хв)

Мета: створити доброзичливу атмосферу та налаштувати учасників на спільну роботу.

Хід: Ведучий вітає учасників і вводить у тему словами:

«Кожному з нас іноді потрібна підтримка. І кожен з нас може бути тим, хто підтримує інших. Сьогодні ми навчимося помічати, як ми можемо допомагати й приймати допомогу без страху чи сорому».

Міні-коло:

«Що для мене означає слово “підтримка”?» або «Коли я востаннє відчув(ла), що мене по-справжньому підтримали?»

2. Вправа «Коло підтримки» (15 хв)

Мета: дати учасникам досвід відчуття підтримки групи, створити атмосферу взаємної довіри.

Хід:

1. Учасники стають у коло.
2. Ведучий пропонує кожному по черзі назвати щось, у чому йому зараз потрібна підтримка (можна не деталізувати, якщо не хочуть).
3. Група відповідає короткою фразою або жестом підтримки (наприклад: «Ми з тобою», «Ти впораєшся»).
4. Після завершення — коротке обговорення:
 - Як було — ділитися й приймати підтримку?
 - Що допомагає відчувати, що тебе не залишають наодинці?

Висновок: підтримка — це не лише поради, а передусім прийняття, участь і співпереживання.

3. Вправа «Моя сильна сторона для інших» (15–20 хв)

Мета: допомогти учасникам усвідомити свої ресурси й побачити, як вони можуть бути корисними іншим.

Хід:

1. Кожен отримує аркуш і пише в центрі своє ім'я.
2. Потім аркуш передають по колу, і кожен учасник записує на ньому **одну сильну рису** цієї людини або те, за що її цінує.
3. Коли аркуші повертаються власникам, кожен читає записи — спочатку мовчки, а потім за бажанням ділиться враженнями.

Обговорення:

- Що нового я дізнався про себе?
- Як мої сильні сторони можуть допомагати іншим?
- Що я відчуваю, коли бачу, як мене цінують?

Висновок: підтримка починається з усвідомлення власної сили — і готовності ділитися нею з іншими.

4. Обговорення «Як я можу допомогти?» (10 хв)

Мета: сприяти формуванню активної позиції допомоги в групі.

Хід: Ведучий пропонує дискусію:

- У яких ситуаціях я можу підтримати інших?
- Як не нав'язувати допомогу, але бути поруч?
- Що мені самому потрібно, щоб відчувати себе підтриманою людиною?

Висновок: взаємодопомога — це не лише дія, а й ставлення: бути уважним до емоцій інших, чути їхні потреби, бути готовим простягнути руку.

5. Рефлексія (5–10 хв)

Мета: закріпити позитивний досвід єдності та підтримки.

Питання для обговорення:

- Що я сьогодні відчув(ла) у групі?
- Яку підтримку я хочу дати чи отримати поза цим заняттям?
- Яке відкриття я зробив про себе?

Завершення:

«Коли ми підтримуємо інших — ми стаємо сильнішими самі. Разом — легше й тепліше».

Заняття 8.

Підсумкове. Інтеграція досвіду, завершення програми

Тривалість: 60 хвилин

Мета:

Сприяти усвідомленню особистісних змін, інтеграції отриманого досвіду, емоційному завершенню спільного шляху в групі.

Очікувані результати:

- Учасники усвідомлюють, що змінилося в них за час програми;
- Визнають власні здобутки й внутрішні ресурси;

- Відчувають завершеність і вдячність за спільний досвід;
- Виходять із програми з відчуттям підтримки й готовністю рухатися далі.

1. Привітання (5–10 хв)

Мета: створити спокійну, теплу атмосферу завершення, підготувати учасників до підсумкової роботи.

Хід: Ведучий вітає учасників і говорить:

«Сьогодні ми завершуємо нашу спільну подорож. Кожен із вас пройшов свій шлях — часом легкий, часом непростий. Це заняття — про те, щоб побачити, як ми змінилися, і з вдячністю завершити цей етап».

Міні-коло:

«Яке слово або образ асоціюється у мене з нашою групою?»

2. Вправа «Моя дорога після програми» (15–20 хв)

Мета: допомогти учасникам побачити свій подальший шлях, усвідомити ресурси, які вони беруть із собою.

Матеріали: аркуші А4 або А3, кольорові олівці, маркери.

Хід:

1. Ведучий пропонує намалювати **свою майбутню дорогу** — шлях після завершення програми. Це може бути пряма стежка, дорога, ріка чи інший символ руху вперед.

2. На початку дороги — написати: «*Я зараз*», а далі — позначити орієнтири, цілі, мрії, ресурси, підтримку, які супроводжуватимуть у майбутньому.

3. Після завершення малюнків учасники за бажанням діляться своїми символами та враженнями.

Обговорення:

- Що нового я бачу у своєму шляху?
- Які ресурси мені допоможуть рухатися далі?
- Як зміни в мені вплинуть на мої стосунки з іншими?

3. Вправа «Комплімент по колу» (10–15 хв)

Мета: дати учасникам досвід прийняття позитивного зворотного зв'язку, зміцнити групову підтримку й довіру.

Хід:

1. Учасники сидять у колі.
2. Ведучий пропонує кожному по черзі звернутися до сусіда праворуч і сказати **один щирий комплімент або слова вдячності** (за участь, відкритість, підтримку, усмішку тощо).
3. Коли коло завершиться, можна запропонувати другу хвилю — щоб кожен почув слова й від інших охочих.

Варіант: якщо група добре згуртована, можна передавати символічний предмет (камінчик, свічку, квітку) — і, тримаючи його, висловлювати вдячність чи побажання.

Після вправи:

«Що ви відчували, коли говорили компліменти? А коли чули їх на свою адресу?»

4. Обговорення «Що я забираю з собою» (10–15 хв)

Мета: допомогти учасникам інтегрувати набуті знання, усвідомити власні зміни.

Хід: Ведучий ставить питання для кола або вільного обговорення:

- Що було для мене найважливішим у цій програмі?
- Які відкриття я зробив про себе?
- Що я забираю з собою у своє життя?
- Що хочу побажати собі й іншим на майбутнє?

Висновок: Підкреслити, що кожен має унікальний досвід, який зберігається як джерело сили, а завершення програми — це не кінець, а новий етап особистісного розвитку.

5. Рефлексія-завершення (5–10 хв)

Мета: емоційно завершити груповий процес, створити атмосферу вдячності й спокою.

Варіанти рефлексії:

- Написати коротке речення: *«Я вдячний собі за...»*, *«Я вдячний групі за...»*, *«Я вдячний життю за...»*.

- Або зробити коротку релаксацію: учасники заплющують очі, ведучий тихо говорить:

«Відчуйте, скільки сили й тепла ви відкрили за цей час. Цей досвід — у вас. Ви можете звертатися до нього, коли знадобиться підтримка».

Завершення:

«Дякую кожному за щирість, за довіру, за шлях, який ми пройшли разом. Нехай кожен із вас іде своєю дорогою з відкритим серцем і впевненістю в собі».