

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології**

Кафедра психології

Васюхіна Дар'я Сергіївна

УДК 159.9 _____

**Кваліфікаційна робота
«Особливості побудови комунікації у людей, що перенесли контузійні
пошкодження головного мозку на фоні психологічного дистресу»**

053 «Психологія»

«Екстремальна та кризова психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Дипломна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Д.С. Васюхіна

Науковий керівник (консультант) Васильченко Ольга Миколаївна,
доктор психологічних наук, доцент

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ АСПЕКТІВ КОМУНІКАЦІЇ ТА МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ.....	8
1.1. Визначення та особливості понять «комунікація» та «міжособистісна взаємодія».....	8
1.2. Аналіз теорій міжособистісної взаємодії та їх застосування в дослідженні впливу легкої черепно-мозкової травми на міжособистісну взаємодію.....	15
1.3. Особливості черепно-мозкової травми та психологічні аспекти посткомоційного синдрому	20
1.4. Психологічний дистрес як негативний чинник у формуванні комунікації та міжособистісної взаємодії	25
Висновки до розділу 1.....	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МІЖОСОБИСТІСНОЇ КОМУНІКАЦІЇ ЛЮДЕЙ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ КОНТУЗІЙНІ ПОШКОДЖЕННЯ.....	39
2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик.....	39
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	45
2.3 Аналіз взаємозв'язків між результатами методик.....	61
Висновки до розділу 2.....	67
РОЗДІЛ 3. ВДОСКОНАЛЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ ТА МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ МІЖ ЛЮДЬМИ, ЩО ЗАЗНАЛИ КОНТУЗІЙНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ТА ЇХНІМИ БЛИЗЬКИМИ	69
3.1. Розробка соціально-психологічного тренінгу для людей, які зазнали контузієвих пошкоджень та їхніх близьких.....	69
3.2. Методичні рекомендації психологам щодо проведення соціально-психологічного тренінгу та оцінка його ефективності	80
Висновки до розділу 3.....	87
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	93
ДОДАТКИ.....	102

ВСТУП

Актуальність дослідження: Постконтузійний синдром – «Автограф війни». Саме такий підпис найчастіше залишає війна ветеранам у мирному житті.

Пошкодження мозку від дії вибухової хвилі є найпоширенішою проблемою серед всіх війн останнього століття, але механізм її впливу на мозок почав розкриватись тільки на початку 21го. Цю тему досліджували сучасні українські науковці, а саме: Л.Л. Чеботарьова, О.Є. Коваленко, А.С. Солонович, О.С. Солонович, Т.С. Вайда.

Різні теорії взаємодії досліджувались багатьма науковцями різних часів. Фундаментальне значення мають праці Б. Ананьєва, В. Бехтерева, М. Денисової, М. Касаткіна, О. Лазурського, В. Мяснищева, М. Фігуріна, М. Щелованова, в яких висвітлені загальна характеристика, структура і функції міжособистісних стосунків. Класифікація міжособистісних стосунків є предметом вивчення М. Обозова, Р. Грановської та ін. Взаємозв'язки соціальних стосунків із спілкуванням досліджували О. Бодальов, Н. Богомолова, Р. Гительмахер, К. Дубовська, Г. Дьяконов, В. Семиченко. Окремі концептуальні положення щодо розвитку моральних якостей особистості й культури міжособистісних стосунків розроблені в наукових розвідках Ю. Азарова, А. Алексюка, О. Біди, Г. Васяновича, І. Вахоцької, І. Гапійчук, Є. Головахи, В. Кременя, А. Кузьмінського, І. Підласого, Г. Шевченко.

Війна на теренах України не стає виключенням в кількості отриманих травм мозку. Навпаки, їх кількість від дії вибухової хвилі вражає. Переважна кількість випадків, особливо у перші роки агресії РФ, не була зафіксована, а, відповідно, медична допомога не надавалась, що призвело до тривалих багаточисельних наслідків на сьогодні. Така ситуація має багато чинників: масштабне застосування високоенергетичної зброї ворогом, непідготовленість медичної служби до кількості та складності уражених, низька інформованість

як медиків, так і військовослужбовців щодо цієї проблеми, повторні епізоди впливу вибухової хвилі на одного солдата, нехтування необхідністю звернутися по медичну допомогу вже після повернення додому, недостатня обізнаність щодо доказових методів лікування серед лікарів, нерозуміння оточення у побуті, як проявляються наслідки вибухової травми.

Одним деструктивним союзом для людини контузійні пошкодження йдуть поряд із психологічним дистресом. Останній спричиняється війною як всеохоплюючим, «мобілізуючим» внутрішні психологічні ресурси, що часто веде до виснаження, явищем, так і індивідуальними психотравмуючими подіями, які відбуваються на фоні військових дій.

Існує багато способів, щоб допомогти подолати постконтузійний синдром, але ж те, що працює в одних, може зовсім не спрацювати у інших. Це свого роду мистецтво поєднання знань, досвіду та лікарської інтуїції, а також партнерська робота декількох фахівців: невролога, психіатра, фізичного терапевта, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини та, зокрема, психолога, з чією допомогою створюється можливість побудови комунікації та подальшої реабілітаційно-адаптаційної програми. Саме через оце все ми вважаємо тему цього дослідження актуальною та значущо-важливою для сьогодення.

Мета дослідження – теоретично та емпірично дослідити особливості комунікаційних процесів у людей, що перенесли контузійні пошкодження головного мозку.

Відповідно до теми та мети дослідження були поставлені такі **задачі дослідження**:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз основних підходів до вивчення феномену міжособистісної комунікації у людей з контузійними пошкодженнями головного мозку.

2. Проаналізувати методологічні підходи до емпіричного дослідження міжособистісної взаємодії у людей з контузійними пошкодженнями головного мозку.

3. Здійснити емпіричне дослідження міжособистісної взаємодії у людей з контузіонними пошкодженнями головного мозку та проаналізувати отримані результати.

4. Розробити соціально-психологічний тренінг для осіб, що зазнали контузійних пошкоджень мозку та їхніх близьких для вдосконалення комунікації та міжособистісної взаємодії.

Об'єкт дослідження: міжособистісна взаємодія у людей з контузіонними пошкодженнями головного мозку на фоні психологічного дистресу.

Предмет дослідження: комунікаційні процеси в структурі міжособистісної взаємодії у людей, що перенесли контузійні пошкодження.

Методи дослідження. Для досягнення мети та реалізації завдань було використано комплекс теоретичних, емпіричних та статистичних методів.

Теоретичні методи включали аналіз, синтез, узагальнення. До емпіричних методів включене спостереження, анкетування, бесіда, інтерв'ю, психодіагностичні методики, кількісна обробка даних – визначення середніх значень, середніх абсолютних та квадратичних відхилень, відсоткових співвідношень, коефіцієнт кореляції Пірсона встановлення кореляційних зв'язків між типами міжособистісної поведінки (методики Т. Лірі та К. Томаса) та кластерами ПТСР опитувальника PCL-5 та різних стратегій поведінки в конфлікті та способів міжособистісної взаємодії (методики Т. Лірі та К. Томаса) в залежності від соціального статусу респондентів.

Для емпіричного дослідження було обрано 4 діагностичні методики: Методика діагностики міжособистісних відносин (Т. Лірі 1954р), яка направлена на дослідження стилю взаємодії з іншими людьми та в малих групах; методика “Тип поведінки в конфлікті” (К. Томаса), що дає змогу визначити домінантний спосіб розв'язувати конфлікти; Місісіпська Шкала посттравматичних стресових розладів, яка дає розуміння про наявність ПТСР; та Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5, який дає

змогу дослідити вираженість різних симптомів ПТСР, в тому числі симптоми міжособистісної взаємодії.

Наукова новизна полягає у встановленні кореляційних зв'язків між типами міжособистісних проявів (методики Т. Лірі та К. Томаса) та кластерами, які складають ПТСР (опитувальник PCL-5) та відповідним аналізом й інтерпретацією отриманих даних.

Проведено також кореляційний аналіз різних стратегій поведінки в конфлікті та способів міжособистісної взаємодії в залежності від соціального статусу респондентів, який відображає певну різницю вираженості.

Розроблено соціально-психологічний тренінг для людей, які зазнали контузійних пошкоджень та їхніх близьких.

Практичне значення дослідження полягає у визначенні особливостей міжособистісної комунікації в людей, що зазнали контузійних пошкоджень, аналізу можливих реабілітаційних підходів при дослідженні моделей міжособистісної взаємодії, що впливають на відновлення людей з контузією. Матеріали дослідження можуть бути використані у державних програмах по відновленню психоемоційного стану та налагодження міжособистісної комунікації в людей, що отримали контузію, а також їх близьких та родичів, що має особливу актуальність з огляду на війну в Україні.

Теоретико-методологічний матеріал дослідження може стати корисним у розробці профілактичних курсів психоедукації населення, зокрема сімей (дружин/чоловіків, батьків і т.д.) військовослужбовців задля пояснення та донесення особливостей міжособистісної взаємодії, які може спровокувати контузія.

Апробація результатів досліджень. Опубліковані тези з V Міжнародної конференції «Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку», яка відбулася 7 грудня 2023 року у ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», у секції «Психологічні аспекти розвитку держави, регіонів, підприємств та бізнесу» на тему: «Особливості побудови комунікації (або комунікативних процесів) у людей,

що перенесли контузійні пошкодження головного мозку на фоні психологічного дистресу» (Дар'я Сергіївна Васюхіна, Ольга Миколаївна Васильченко).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (87 найменувань) та додатків. Загальний обсяг роботи – 120 сторінок, основний обсяг – 91 сторінок. Робота містить 5 додатків, з них 1 анкету та 4 опитувальники.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ КОМУНІКАЦІЇ ТА МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ

1.1. Визначення та особливості понять «комунікація» та «міжособистісна взаємодія»

Академічне вивчення комунікації є одночасно дуже давнім, що сягає своїм корінням до давньогрецької філософії, однак більшість університетів визнають комунікацію окремим відділом лише останні 40 років. Вивчення комунікації як окремої дисципліни перебуває під сильним впливом дослідників у галузі психології, соціології, антропології, мови та риторики, і мовознавства. Значна частина ранніх робіт дослідників, які цікавилися комунікацією, була сконцентрована на масовості проблеми спілкування та зміни ставлення. Зрештою дослідники почали зосереджуватися й на інших питаннях комунікації та розширювати напрямки своїх досліджень. Наприкінці 1950-х – на початку 1960-х рр. виник соціально-науковий підхід до вивчення людського спілкування, коли дослідники комунікації почали досліджувати моделі взаємодії особистих стосунків [5].

З огляду на різноманітні впливи на розвиток сфери комунікацій, це не дивно, що перші книги про міжособистісну взаємодію не були написані вченими-комунікаторами. У 1950-х роках Рей Бердвістел та Едвард Т. Холл, обидва антропологи, опублікували книги про міжособистісну природу невербального спілкування. У 1958 році психолог Фріц Гайдер опублікував книгу «Психологія міжособистісних стосунків», в якій розглянув теорію атрибуції в близьких стосунках.

Наприкінці 1950-х років і на початку 1960-х Ервінг Гоффман, соціолог, опублікував книги про те, як комунікація може бути використана для впливу на сприйняття та керування взаємодіями. Його книга «Презентація себе в повсякденному житті» досліджувала, як люди створюють ролі для себе та використовують спілкування для формування враження. Ідеї в цих книгах

містять теорії та дослідницькі програми щодо розуміння людської природи та ролі спілкування при психічних захворюваннях [4]. Вчені Вацлавік, Бівін і Джексон, у своїй книзі «Прагматика людини» зазначили, що стосунки – це системи, в яких люди розвиваються та адаптують свої моделі взаємодії. Ця книга, тепер уже класика вивчення взаємодій, допомогла налагодити вивчення явища спілкування у стосунках як важливого дисциплінарного процесу.

У 1970-х роках дослідження та теорії міжособистісної взаємодії, в основному, зосереджені на виникненні прив'язаності, з такими питаннями як: «Чи можемо ми передбачити прив'язаність?», «Чи можемо ми пояснити чому двоє людей вважають один одного такими приємними у спілкуванні?», «Які комунікаційні повідомлення є більш успішними для підтримання процесу взаємодії?» [10].

На початку 1980-х були такі серйозні зміни в дослідницьких акцентах. Дослідники відійшли від простих запитань про прив'язаність і почали зосереджуватися на аналізі довгострокових стосунків. Внаслідок досліджень збільшилася широта реляційних тем і з'явилася низка нових теоретичних перспектив.

Дослідження міжособистісної взаємодії почалися зосереджуватися на взаємозв'язку між комунікацією та процесами соціального впливу, ця сфера наразі набула такого різновиду тем, що дослідники зазвичай вивчають конкретну сферу міжособистісної взаємодії, наприклад, «чому люди спілкуються так, як вони це роблять», «як люди продукують або обробляють повідомлення» або «як ініціюються, підтримуються та ліквідуються взаємодії між людьми».

Фактично міжособистісна взаємодія є популярною сферою дослідження комунікацій і є центральною для приблизно 40% публікацій у Human Communication Research, одному із найкращих журналів у сфері спілкування [15].

Зарубіжні і вітчизняні дослідники сходяться на думці, що міжособистісна взаємодія – це комунікація, що відбувається між людьми у

відносинах. Щоб звузити це широке визначення, вчені запропонували різноманітні критерії. Замість того, щоб класифікувати спілкування як міжособистісне або не міжособистісне, ці критерії можна використовувати для визначити ступеню міжособистісної взаємодії.

Міжособистісна взаємодія є взаємодією між двома або більше особами, яка відбувається на основі різних способів сприйняття, спілкування та взаємодії. Цей процес є складним і динамічним, оскільки він залежить від багатьох факторів, таких як наша особистість, поведінка, наші взаємини з іншими людьми, культурні та соціальні норми, звичаї та традиції.

Процес міжособистісної взаємодії включає 7 критеріїв [13; 16]:

Чисельний – скільки людей бере участь у взаємодії?

Дві людини – це класична кількість для міжособистісної взаємодії, але, залежно від ситуації та теми, три-чотири, можливо, навіть п'ять осіб, які розмовляють, можуть мати міжособистісну взаємодію. Єдине, на що слід звернути увагу, це те, як часто групи перевищують чотири чи п'ять осіб. Тому, коли залучено занадто багато людей для підтримки однієї розмови, варто прискіпливо ставитися до ідентифікації цієї взаємодії як міжособистісної.

Канал – яке середовище використовується для спілкування?

Більшість міжособистісних взаємодій потребує певного елемента взаємодії тут і зараз. Обличчям до обличчя зв'язок найбезпосередніший, але є інші канали, такі як телефон та електронна пошта, які дозволяють партнерам спілкуватися в даний момент.

Зворотній зв'язок – чи є можливість для зворотного зв'язку, адаптації та виникнення прив'язаності?

Здатність до адаптації та реагування на іншу особу покращує спілкування та робить його більш міжособистісним.

Конфіденційність – взаємодія публічна чи приватна?

Взаємодії, які відбуваються перед багатьма іншими людьми або ті, частиною яких є багато інших людей є, як правило, менш інтимні та мають більш поверхневий характер спілкування.

Ціль – чи зосереджені учасники на виконанні конкретного завдання або вони більше сконцентровані на ідентичності та проблемах в стосунках?

Ті ситуації, в яких люди турбуються про свою ідентичність та ідентичність іншого, а також стосунки більш міжособистісного характеру.

Тип і стадія стосунків – чи мають комунікатори визнані та встановлені стосунки?

Якщо люди у відносинах взаємозамінні (наприклад, клієнт і службовець), то спілкування менш міжособистісне.

Знання – яку кількість інформації комуніканти знають один про одного і як інша людина буде реагувати? Чи є у комунікантів очікування щодо поведінки один одного?

Чим більше ми знаємо про іншу людину та про те, наскільки ми здатні передбачити реакцію цієї людини, тим взаємодія є більш міжособистісною.

З погляду теоретиків, таких як Фріц Гайдер, люди мотивовані зрозуміти поведінку іншого та пояснити її закономірності.

Люди виробляють особисті пояснення мотивів і значення інших, які, у свою чергу, впливають на дії людини по відношенню до інших. Після спостереження поведінки та визначення того, чи дія була навмисно, люди схильні класифікувати поведінку такою, що викликана особою (внутрішньо мотивована) або викликана ситуацією (зовні мотивована) [61].

Фундаментальна теорія орієнтації на міжособистісні стосунки, представлена Вільямом Шютцем, стверджує, що люди мотивовані задовольнити три потреби: включення, контроль і прихильність. Люди починають взаємодію для задоволення цих потреб. Інклюзія – це потреба, яку люди відчують, людині необхідно належати до якоїсь групи та бути включеними до взаємодій у цій групі.

Контроль стосується бажання людей формувати свої взаємодії. Прихильність – це потреба подобатися і підтримувати стосунки. Ці мотиви можна використовувати, аби пояснити поведінку людей у спілкуванні.

Вивченням міжособистісної взаємодії займається соціальна психологія

– наука, що досліджує індивідуально-психологічні особливості поведінки кожного члена групи та дозволяє покращити соціальну атмосферу у вигляді знаходження спільного знаменника для учасників.

Фахівці у сфері соціальної психології описують декілька особливостей міжособистісної взаємодії [33; 24; 31]:

Взаємозалежність: міжособистісна взаємодія відбувається на основі взаємозалежності, тобто кожна людина впливає на іншу, а взаємодія залежить від взаємодії інших людей.

Перспектива іншого: взаємодія відбувається на основі того, як кожна людина сприймає погляди, ідеї та почуття інших людей.

Культурний контекст: міжособистісна взаємодія завжди відбувається в певному культурному контексті, який впливає на сприйняття інших людей та формування взаємодії.

Невербальні сигнали: невербальні сигнали (міміка, жести, тон голосу тощо) можуть впливати на те, як люди сприймають один одного та на їхню взаємодію.

Взаємна емпатія: взаємна емпатія, тобто здатність сприймати та розуміти почуття іншої людини, є важливою для успішної міжособистісної взаємодії.

Ці особливості є важливими для розуміння того, як взаємодіють люди один з одним, як взаємодія впливає на їхні почуття та поведінку та як можна покращити міжособистісну взаємодію.

Один з ключових аспектів міжособистісної взаємодії полягає в сприйнятті іншої людини та її поведінки. Це включає в себе сприйняття іншої людини як індивіда, розуміння її емоцій та ставлення до різних ситуацій. Взаємодія залежить від нашого сприйняття інших, нашої здатності спілкуватися та реагувати на їхні сигнали [14].

Проблеми міжособистісної соціальної взаємодії оцінюються фахівцями у розрізі наступних питань:

Власне комунікація – це взаємодія між людьми, зокрема засоби і способи

спілкування, можуть бути джерелом проблем в міжособистісній взаємодії.

Конфлікти: різниці в поглядах, цінностях, потребах та бажаннях можуть призвести до конфліктів в міжособистісних взаємодіях.

Розвиток взаємин: взаємини між людьми можуть змінюватись з часом, що може створювати проблеми, такі як відчуження або невідповідність очікуванням.

Емоції можуть впливати на міжособистісну взаємодію, зокрема на спосіб спілкування та вирішення конфліктів.

Роль та ідентичність.

Поведінка.

Спілкування будується з урахуванням рефлексії. Міжособистісна взаємодія – це процес взаємного прагнення співпраці. І якщо одна сторона не хоче йти на компроміс у спілкуванні або має погані думки щодо іншої сторони, то спілкування не відбудеться.

Існує кілька рівнів спілкування, які можуть відрізнятися за ступенем особистісної близькості та інтимності. Ось деякі з них [63]:

Фактичний рівень: це перший рівень спілкування, на якому люди обмінюються інформацією про конкретні речі. На цьому рівні спілкування може бути дещо формальним і віддаленим.

Оцінювальний рівень: на цьому рівні спілкування люди починають виражати свої думки та почуття щодо того, про що вони говорять. Цей рівень спілкування може бути більш інформальним та дозволяти більш відверту розмову.

Рівень відносин: на цьому рівні спілкування стає особистісним, оскільки люди висловлюють свої переконання, цінності та почуття щодо один одного. Це може включати в себе взаємну довіру, повагу та розуміння.

Міжособистісний рівень: цей рівень спілкування найінтимніший, і він може виникати тільки між людьми, які вже мають дуже близькі стосунки. На цьому рівні спілкування люди можуть відкрито висловлювати свої найглибші почуття та емоції.

Рівень спілкування, який обирає людина, залежить від загального рівня її особистісного розвитку та її рівня стосунків з іншими людьми.

Існує безліч форм міжособистісної взаємодії, оскільки люди можуть взаємодіяти між собою на різних рівнях та в різних контекстах. Наприклад, вербальна комунікація (комунікація, яка відбувається через мовлення, вона може бути усна або письмова); невербальна комунікація (комунікація, яка відбувається через невербальні знаки, такі як міміка, жести, постава та інші); природна комунікація (комунікація, яка відбувається без використання слів за допомогою інтуїтивних знань та емоцій); електронна комунікація (форма комунікації, яка відбувається через електронні пристрої, такі як телефони, електронні пошти, месенджери та інтернет); групова комунікація (комунікація, яка відбувається в межах групи людей) тощо.

Фізіологічна основа міжособистісної взаємодії пов'язана з різними фізіологічними процесами, які відбуваються в організмі людини під час взаємодії з іншими людьми [17].

Один з ключових аспектів фізіологічної основи міжособистісної взаємодії - це нейрофізіологія. Нейрофізіологія вивчає реакції мозку та нервової системи людини на зовнішні подразники, такі як звуки, рухи та інші сигнали, які ми отримуємо від інших людей. Центральна та периферійна нервова система відповідає за сприйняття інформації про довкілля та передачу сигналів в організмі. Наприклад, симпатична гілка периферійної нервової системи може активізуватися від стресу або емоційної збудженості, що призводить до підвищення артеріального тиску та частоти серцебиття.

Дослідження в області фізіологічної основи міжособистісної взаємодії вказують на те, що цей процес має різні фізіологічні компоненти.

Один з найбільш вивчених аспектів – це роль гормону окситоцину у міжособистісній взаємодії. Окситоцин, який виробляється в гіпоталамусі головного мозку, відповідає за соціальні зв'язки та поведінку. Дослідження показали, що під час міжособистісної взаємодії рівень окситоцину учасників може збільшуватися, що може підсилювати почуття взаємної прихильності та

довіри. Крім того, міжособистісна взаємодія може впливати на активність деяких частин головного мозку, зокрема на активність лімбічної системи, яка відповідає за регуляцію емоцій та мотивацію [19].

Наприклад, результати досліджень свідчать про те, що під час спілкування та соціальної взаємодії відбувається активація деяких частин лімбічної системи, зокрема амігдалоїдного комплексу та нуклеуса аккубенсу, які пов'язані з емоційними реакціями та мотивацією.

1.2. Аналіз теорій міжособистісної взаємодії та їх застосування в дослідженні впливу легкої черепно-мозкової травми на міжособистісну взаємодію

Міжособистісна взаємодія – це взаємодія між двома або більше людьми, що включає в себе емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти. Теорії міжособистісної взаємодії допомагають зрозуміти, як і чому люди взаємодіють між собою та як це впливає на їхню поведінку.

Одна з найвідоміших теорій міжособистісної взаємодії – це теорія соціального обміну. Згідно з цією теорією, люди розглядають міжособистісну взаємодію як обмін, в якому вони отримують певні вигоди від іншої людини в обмін на щось взамін. Інші теорії міжособистісної взаємодії включають теорію взаємодії, теорію взаємодії зі зміною ролі та теорію прив'язаності [30].

Легка черепно-мозкова травма може вплинути на міжособистісну взаємодію через різні механізми. Наприклад, люди, які зазнали легкої черепно-мозкової травми, можуть відчувати більше стомлення та емоційний дискомфорт, що може погіршити їх здатність до міжособистісної взаємодії.

Дослідження впливу легкої черепно-мозкової травми на міжособистісну взаємодію може базуватися на різних теоріях міжособистісної взаємодії. Наприклад, дослідники можуть використовувати теорію соціального обміну для вивчення того, як легка черепно-мозкова травма впливає на здатність людини до обміну ресурсами і взаємодії з іншими людьми. Дослідження можуть вивчати, чи змінюється кількість обмінювальних ресурсів після

травми, чи зменшується мотивація до обміну та як це впливає на відносини з іншими людьми.

Також можуть використовуватися інші теорії міжособистісної взаємодії, наприклад, теорія взаємодії зі зміною ролі, для вивчення того, як травма може впливати на роль людини у міжособистісних взаєминах та на її сприйняття ролі інших людей.

Зокрема, теорія взаємодії зі зміною ролі може бути корисною для розуміння того, як травма може впливати на роль людини у міжособистісних взаєминах та на її сприйняття ролі інших людей. Наприклад, якщо після травми людина стає менш активною у спілкуванні, то може бути корисною стратегією навчити її ефективно спілкуватися у новій ролі, що може підвищити її самооцінку та покращити взаємодію з іншими людьми.

Легка черепно-мозкова травма (ЛЧМТ) може впливати на міжособистісну взаємодію між людьми, особливо якщо травма відбулася в головній області, що відповідає за регулювання соціальної поведінки та емоційної реактивності. ЛЧМТ може призвести до різних порушень когнітивних та психологічних функцій, таких як зниження уваги, порушення пам'яті, зниження емоційної стійкості та інших. Ці порушення можуть впливати на здатність людини до ефективної міжособистісної взаємодії [81].

Теорії міжособистісної взаємодії, такі як теорія прив'язаності та теорія соціального обміну, можуть бути застосовані для вивчення впливу ЛЧМТ на міжособистісну взаємодію. Наприклад, теорія прив'язаності вказує на те, що розвиток взаємин між батьками та дітьми є важливим елементом для соціального розвитку та психологічного благополуччя.

Міжособистісне спілкування є одним із найпопулярніших навчальних предметів та напрямків досліджень в комунікативних дослідженнях. У найпростішому вигляді міжособистісна взаємодія досліджує, як люди у стосунках спілкуються одне з одним, чому вони транслюють саме такі повідомлення, і вплив цих повідомлень на стосунки та фізичних осіб.

Міжособистісна взаємодія є важливою для вивчення, зважаючи на ряд

причин. По-перше, люди створюють сенс через спілкування – ми дізнаємося, хто ми є в спілкуванні з іншими та, що більш важливо, наше спілкування з іншими впливає на те, як ми думаємо та відчуваємо себе [54].

По-друге, міжособистісна взаємодія важлива з практичних міркувань – людям потрібно вміти спілкуватися з іншими людьми, щоб отримати інформацію та справляти позитивні враження. По-третє, міжособистісна взаємодія важлива для нас фізично – люди, які мають хороші міжособистісні стосунки є фізично та психічно здоровішими. По-четверте, люди – соціальні тварини, і міжособистісна взаємодія допомагає задовольняти соціальні потреби – розуміння процесу міжособистісної взаємодії забезпечить розуміння того, як стосунки можуть бути більш успішними та приносити задоволення. Нарешті, дослідження міжособистісної взаємодії є важливим для усвідомлення різниці між тим, як люди думають, що вони спілкуються у стосунках і тим, як вони насправді спілкуються у стосунках.

Теорія зменшення невизначеності припускає, що люди хочуть стабільної та передбачуваної взаємодії, яка спонукала б їх зменшити свою невпевненість щодо інших людей і подій. Невизначеність впливає з виникненням різних ситуацій, які можуть виникнути під час взаємодії.

Теорія Чарльза Бергера та Річарда Калабрезе дає розуміння того, як комунікаційна поведінка мотивує невизначеність, зокрема інформаційний пошук, взаємність, словесна близькість, невербальна виразність, обсяг інформації, спільний доступ. Крім того, теорія зменшення невизначеності робить прогнози щодо симпатії та виникнення схожості між людьми [26].

Теорії про різноманіття повідомлень під час взаємодії свідчить, що люди мають різноманітні варіанти спілкування. Єдина комунікаційна мета може бути досягнута через багато різних повідомлень, а одне повідомлення може досягати багатьох різних цілей. Теорії про повідомлення у відносинах намагаються пояснити яким чином люди здійснюють взаємодію і як вони обробляють повідомлення.

Теорії спонукання до дії роз'яснюють звідки беруться наші думки і як

ми перетворюємо ці думки у вербальну та невербальну комунікацію. Джон Грін, який вперше опублікував ці теорії в 1984 році, пропонував людям організовуватися і зберігати знання про план дій у певній ситуації та комунікативній взаємодії. Коли люди стикаються з подібними ситуаціями, вони згадують або збирають ці спогади та планують порядок дій.

Теорію комунікаційної адаптації цікавить те, як і чому модифікується або змінюється комунікаційна поведінка людей в різних ситуаціях. Ця теорія, розроблена Говардом Джайлзом та колегами, пояснює способи, якими люди впливають і зазнають впливу одне на одного під час спілкування [32].

Комунікаційна теорія акомодатії стверджує, що при спілкуванні люди прагнуть зменшити або збільшити відмінності між собою та іншими. Вони роблять це або зближуючись, спілкуючись більше, або розходячись, щоб не зациклюватися на своїх комунікативних відмінностях.

Теорія порушення очікування була запропонована Джуді Бургуном та його колегами. Ця теорія стверджує, що інтерпретаційні повідомлення є не просто про те, що сказано або навіть як це сказано. Натомість інтерпретація визначається ситуацією, цінністю реакції іншого (тобто позитивними і негативними характеристиками особи), і як повідомлення відповідає чи порушує чийсь очікування. Коли не відбувається те, чого ви очікуєте під час взаємодії, ви більше уваги приділяєте цій події. Порушення виникають, коли хтось недодержується вербального чи невербального правила, наприклад, стоїть надто близько або каже невідповідні речі. Таке недотримання може бути сприйняте як позитивне тому, що дія була бажаною або тому, що вона була позитивною сама по собі [78].

Теорія ввічливості, опублікована вченими Пенелопою Браун і Стівеном Левінсоном, свідчить, що люди використовують різні повідомлення залежно від свого сприйняття ситуації з боку слухача. Ввічливість – це спосіб, яким люди намагаються зменшити потенційну загрозу в певних повідомленнях. Ця теорія була створена під сильним впливом поняття «обличчя» Ервінга Гоффмана, яке є образом позитивної соціальної

ідентичності, яку ми вимагаємо від себе. «Обличчя» – це те, як людина приблизно бачить себе і хоче, щоб інші люди її бачили. Теорія ввічливості припускає, що «обличчя» – це багатовимірне поняття, що включає «позитивне обличчя», або бажання подобатися, а також – «негативне обличчя», бажання людини бути незалежним, автономним і необмеженим з боку інших. Теорія фокусується на тому, як люди будують повідомлення, які стосуються одного або обох аспектів «обличчя» і фактори, що впливають на створення повідомлень [34].

Теорія мовленнєвої дії розповідає про те, як люди досягають результатів словами. Розроблено Джоном Остіном і вдосконалено Джоном Серлом. Ця теорія пояснює, як люди використовують мову як дію. Мета теорії мовленнєвого акту полягає в класифікації актів мови, ця теорія також пояснює, як оратори покладаються на звичайні припущення щодо своїх відчуттів мовної взаємодії з аудиторією.

Теорії про рух у стосунках свідчать, що відносини завжди розвиваються. Як люди спілкуються один з одним і розвивають спільні взаємодії, встановлюють та підтримують стосунки. Теорії про рух у стосунках описують, як комунікація функціонує для переміщення стосунків уздовж різних траєкторій.

Теорія реляційної діалектики представляє зміну відносин як результат навігації індивідів і ведення переговорів їх внутрішніх, суперечливих бажань. Теорію реляційної діалектики представляє Леслі Бакстер та її колеги. Людям у стосунках часто хочеться двох різних речей одночасно. У стосунках загальні діалектики, або одночасні бажання, це інтеграція–відокремлення (бажання бути поруч і окремо), стабільність–зміни (прагнення до передбачуваності і спонтанність), експресія-приватність (бажання бути відкритим і приватним) [61].

Теорія соціального проникнення Ірвіна Альтмана і Далмас Тейлор описує, як саморозкриття переводить відносини з поверхневих в інтимні. Це була одна з перших теорій про те, як зміни у моделях спілкування можуть

впливати на зміни в стосунках. Теорію часто називають «моделлю цибулі», оскільки вона зображує людей як тих, які мають кілька шарів від центру серцевини. В основі лежить глибокі людські переконання, цінності, думки та почуття. Відносини розвиваються, коли люди переходять із поверхневих шарів ближче до серцевинних шарів, зближуючись.

Теорії міжособистісної взаємодії були розроблені для пояснення того, якого значення люди надають подіям, чому вони діють певним чином, як вони приймають рішення щодо просування повідомлення та відображення ефекту спілкування на стосунках. Хоча цей перелік представляє теорії в окремих категоріях про значення, мотиви, повідомлення та рух, більшість з теорій можна використовувати для розуміння комунікаційних процесів в загальних категоріях [34].

1.3. Особливості черепно-мозкової травми та психологічні аспекти посткомоційного синдрому

Черепно-мозкова травма (ЧМТ) визначається, як механічне пошкодження черепа та внутрішньочерепного вмісту, що зумовлена зікненням, струсом або ударом голови та призводить до порушень нормального функціонування головного мозку [73]. Науковці виділяють декілька класифікацій ЧМТ: за характером ураження, видом, типом, формою, рівнем тяжкості, періодом перебігу та наслідками травми.

Закритою черепно-мозкова травма вважається коли є пошкодження кісток черепа та м'яких тканин голови, але немає сполучення між порожниною черепа з оточуючим середовищем. А відкритою ЧМТ вважають коли це сполучення є, або наявний перелом кісток основи черепа з лікворією, ускладненням, що характеризується витіканням спинномозкової рідини. Також до відкритої ЧМТ відносять випадки, коли немає перелому черепа, але при цьому діагностується пошкодження апоневроза.

В свою чергу відкриті ЧМТ поділяють на проникаючі та непроникаючі. Проникаючу діагностують при наявності уражень твердої мозкової оболонки,

а не проникаюча, відповідно, без таких пошкоджень. Для параклінічної діагностики хворим проводять наступні обстеження: дослідження очного дна, рентгенографія кісток черепа, ехоенцефалоскопія чи КТ головного мозку.

Виділяють три основні клінічні форми ЧМТ:

1) *Струс головного мозку (Commotio cerebri)*. Це така черепно-мозкова травма при якій не діагностуються ураження речовини мозку, але при цьому наявні зміни фізико-хімічних властивостей мозку з короточасним порушенням функціональних зв'язків між корою та стовбуром мозку. Це одна з найбільш поширених форм ЧМТ, її ще називають легкою [83]. При струсі головного мозку зазнають ушкодження всі відділи центральної нервової системи. Тенденція до нормалізації цих змін в корі головного мозку спостерігається вже через 24 години. Для клінічної картини струсу головного мозку притаманна наявність загальнономозкової симптоматики. А саме: біль голови, запаморочення, нудота та блювота, короточасні розлади свідомості.

Найчастішими ознаками струсу головного мозку є короточасні розлади свідомості у вигляді оглушення, запаморочення, сплутаності чи сутінкового стану. Для ЧМТ притаманним є випадіння з пам'яті подій, що передували травмі, себто ретроградна амнезія; які відбувалися під час травми, конградна амнезія; чи відразу після неї, антероградна амнезія. При струсі мозку також можлива наявність подібної симптоматики. Також лікарі зазначають, що після черепно-мозкової травми пацієнти не завжди можуть охарактеризувати свій стан [55]. Тому під час збору анамнезу акцент ставиться саме на відтворенні подій до та відразу після травми. А якщо в анамнезі були виявлені неточності в часі чи певні розбіжності, то це свідчить про наявність амнестичних розладів. Інколи при струсі головного мозку короткотривало можуть виникати вогнищеві симптоми, себто такі, які свідчать про локалізацію пошкодження. До них відносять: парез погляду (неможливість ока зрушити в бік, або вгору); порушення конвергенції (здатності ока фокусуватись на об'єкті в залежності від його віддаленості); ослаблення зіничного рефлексу на світло; наявність анізокорії (коли розмір зіниць відрізняється). Також інколи дуже короткий час

одразу після струсу можуть спостерігатися ригідність м'язів потилиці, себто неможливість опустити підборіддя до грудини, та симптом Керніга, тобто неможливість повністю розігнути колінний суглоб. Через 7-8 годин після струсу головного мозку може спостерігатись симптом Марінеску-Радовичі, себто скорочення м'язів підборіддя у відповідь та штрихове подразнення шкіри в місці піднесення долонній поверхні великого пальця.

2) *Забій головного мозку (contusio cerebri)*. Черепно-мозкова травма при якій наявне ураження речовини головного мозку. Характеризується наявністю контузійних вогнищ, що виникають внаслідок удару мозкової речовини о кісткові виступи черепа.

В залежності від того яка ділянка головного мозку уражена, який її розмір та локалізація, як довго тривало порушення свідомості, виділяють три ступені важкості забою: легкий, середній та важкий ступінь.

При забої легкого ступеню людина втрачає свідомість на кілька хвилин (до 120 хв), а повне відновлення свідомості відбувається досить швидко. Постраждалі зазвичай почувають себе дезорієнтовано, збуджено чи навіть інколи сонливо. Також при забої головного мозку можна спостерігати загально мозкову неврологічну симптоматику в купі з вогневищевими симптомами. Повний регрес настає протягом 2-3 тижнів після травми, на відміну від струсу головного мозку.

При забої головного мозку середнього ступеню буде характерна більш тривала втрата свідомості, аж до 6 годин. При середньому ступені загально мозкова симптоматика буде присутня обов'язково, а вогневища неврологічна симптоматика виражена більш чітко: до прикладу послаблення м'язів що рухають очні яблука, та будь якого ступеню різні парези, як от послаблення контролю над мімічною мускулатурою, а такою тривалі моно чи геміпарези до кількох тижнів. Такі симптоми забою середнього ступеню помітні неозброєним оком і також створюють дискомфорт та складнощі постраждалим. Також розповсюдженим симптомом є субарахноїдальний крововилив, інколи навіть можуть спостерігатися переломи кісток черепа.

При забої головного мозку важкого ступеню постраждалі можуть залишатися без свідомості до кількох діб, часом навіть тижнів. Це може супроводжуватися важкими пошкодженнями функцій життєво-важливих органів, таких як серце, легені. Себто можуть бути брадикардія, тахікардія, гіпертермія, гіпотермія, порушення дихання тощо. Також при такому ступені забою головного мозку спостерігаються менінгеальні симптоми, саме через наявність субарахноїдального крововиливу. Одразу після травми протягом перших годин буде переважно домінувати загальнономозкова симптоматика, яка потім буде поступово регресувати. А от вогнищева симптоматика може тривати довго, вона може проявлятися як парези, паралічі або афективні розлади різного вигляду та ступеню. Через пару місяців на місці дрібних вогнищ з'являються гліальні рубці, а з великих - кісти, себто порожнини [83].

3) Стиснення головного мозку (*compressio cerebri*). Вид черепно-мозкової травми при якій наявне ураження внутрішньочерепних судин аж до утворення гематом зі стисненням мозку та додатково утвореним об'ємом. Себто між кістками черепа та твердою оболонкою голови виникають епідуральні гематоми, а між твердою та павутинною оболонкою - субдуральна гематома відповідно. Важкість процесу протікання такої травми залежить від характеру гематоми та від того наскільки швидко відбувається стиснення. Тобто той об'єм який утворюється внаслідок гематоми і спричиняє стиснення. Гематоми можуть бути внутрішньомозкові, субдуральні чи епідуральні.

Виділяють 5 стадій стиснення головного мозку: - безсимптомна (світлий проміжок); - підвищений внутрішньочерепний тиск; - початкові симптоми дислокації верхнього відділу стовбуру мозку; - глибокий коматозний стан; зупинка дихання [73;85;86].

Війна є осередком екстремальних подій, тож сучасним українським спеціалістам варто розрізняти різноманітні симптоми черепно-мозкових травм.

Контузійні пошкодження вимагають особливого алгоритму стосовно надання першої домедичної допомоги. А саме: проаналізувати можливість

продовження вибухів, наявність отруйних газів, токсичних матеріалів чи інших небезпек. Для контузійних пошкоджень важливим є забезпечити умови спокою та безпеки для постраждалого, тож основним є якомога швидше вибратися з місця подій [7;8;9].

Серед проблематики психологічних аспектів посткомоційного синдрому зазначають такі його симптоми як: імпульсивність/нестабільність емоцій; труднощі при вирішенні проблемних ситуацій; ускладнення процесів мислення. До того ж можуть бути присутніми втомлюваність; порушення сну; депресія; тривога; порушення пам'яті/уваги; дратівливість; часто залежність від ПАР. Останні з переліченого також можуть бути проявами ПТСР, а отже, люди з контузійними пошкодженнями головного мозку потребують детальної уваги та ретельної психодіагностики, аби спростувати коморбідні з посткомоційним синдромом розлади тривожно-депресивного спектру та посттравматичного. Або навпаки вчасно помітити супутні психічні розлади, щоб надати кваліфіковану медичну та психологічну допомогу.

Симптоми починаються підступно і можуть прогресувати повільно протягом десятиліть, при відсутності лікування та психологічної корекції/реабілітації є незворотніми. Хронічна травматична енцефалопатія, яка супутньо часто виникає внаслідок ЧМТ різної тяжкості клінічно перш за все пов'язана зі змінами поведінки та настрою: імпульсивність, агресивність, нестабільність настрою, депресія, розгубленість, зловживання психоактивними речовинами, суїцидальність, пізніше додаються когнітивні розлади: втрата пам'яті, складність мислення, планування та виконання завдань та, врешті-решт, прогресуюча деменція. Все це, безперечно, погіршує рівень не тільки фізичного комфорту, але й психологічного, зокрема у взаємодії із іншими людьми: негативно впливає на комунікацію – проявляється у поступовій неспроможності до контакту (за рахунок як факторів афекту (підвищеної агресивності та емоційної лабільності), так і фізичної/психічної втоми від комунікації), уникання міжособистісної взаємодії, спрощення побудови речень/вираження думок тощо.

Варто зазначити, що кожен посткомоційний синдром водночас є як універсальним для кожної травмованої людини, так і унікальним для неї ж, оскільки симптомів, їх кількість, якість, переносимість у кожного буде своя – у декого прояви можуть початися через короткий час після отримання травми, хоча найчастіше хвороба проявляється з усе більшою силою через два-три роки та пізніше. Вираженість проявів варіює від легких ступенів до більш важких. Перебіг його теж відрізняється індивідуально: буває стабільний або з періодами загострень, прогресуючий або зі швидкою тенденцією до зменшення симптомів.

Існує багато способів, щоб допомогти подолати постконтузійний синдром, це комплексний підхід, який полягає у поєднанні роботи декількох фахівців: невролога, психіатра, фізичного терапевта, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, психолога-психотерапевта [73].

1.4. Психологічний дистрес як негативний чинник у формуванні комунікації та міжособистісної взаємодії

Психологічний дистрес можна визначити як унікальний стан емоційного дискомфорту, який індивід відчуває у відповідь на конкретний стресовий фактор або значну потребу, що може призводити до тимчасових або стійких негативних наслідків. Цей стан характеризується переживанням неспроможності адекватно вирішувати проблеми, змінами в емоційному балансі, а також почуттям дискомфорту, що може спричинити подальші негативні наслідки [79].

Історичний розвиток та сучасний стан соціології психологічного дистресу: короткий огляд. Початок класичної епохи соціологічного аналізу дистресу тісно пов'язаний з діяльністю видатного американського соціолога Л. Перліна, котрий уперше зосередив увагу на дослідженні цього явища в 1959 році [82]. Щодо його фундаментальних робіт, що стали основою для соціологічного дослідження психологічного дистресу, варто виділити період, починаючи з 1978 року, коли була опублікована стаття Перліна, присвячена

ресурсам та методам протидії дистресу [83]. Головна теза цієї праці полягає в тому, що ключову роль у зв'язку між життєвими проблемами та психологічним дистресом відіграють використання соціальних та психологічних підтримуючих ресурсів та різноманітні методи пом'якшення негативного впливу.

Через три роки, вже у 1981 році, Перлін розширив свої дослідження, включивши до них усі три фази стресового процесу: джерела стресу (стресогенні події, хронічні життєві труднощі, та самоідентифікація), медіаційні ресурси (соціальна опора та методи протидії стресу) та самі прояви стресу. Теоретичні постулати цих досліджень, представлені у 1978 та 1981 роках, підкріплюються результатами емпіричних досліджень, які підтверджують та демонструють практичну реалізацію авторських ідей.

Наступним значним внеском у соціологічне дослідження дистресу стала праця, опублікована Перліном у 1989 році, яка мала переважно теоретичний характер. Хоча в цій роботі присутні численні повторення ідей, висловлених раніше, вона включає низку концептуальних аспектів, які мають значний інноваційний потенціал.

Перш за все, робота акцентує на необхідності врахування структурного контексту в процесі стресу. Л. Перлін тлумачить такий контекст як різні системи соціальної стратифікації, включаючи класову, етнічну, гендерну та вікову.

По-друге, у роботі відбувається поділ стресорів на базові та похідні. Базові стресори визначаються як первинні елементи в людському досвіді: це явища, які втручаються в людське життя незалежно від волі людини. Похідні стресори, в свою чергу, представляють зміни у житті людини, що можуть виникнути як наслідок базових стресорів. При цьому негативний вплив похідних стресорів часто буває інтенсивнішим, ніж у випадку базових. Ключовим моментом у поділі стресорів на ці два види є необхідність визначення їх характерних груп, що дозволяє проводити більш точний та

адекватний науковий аналіз, у порівнянні з дослідженнями, які розглядають різні стресори ізолювано.

По-третє, робота підкреслює, що прояви дистресу характеризуються варіабельністю. Отже, зосередження дослідження виключно на одному аспекті дистресу, такому як депресія, може призвести до наукових висновків, які не повною мірою відображають реальну картину.

Подальші теоретичні та методологічні дослідження Л. Перліна концентрувалися на вивченні зв'язку між дистресом та життєвим шляхом (life course) індивіда. Основна робота в цій області була видана у середині 1990-х років. Вона охоплює широкий спектр питань, що знаходяться на перетині соціології дистресу та дослідження життєвого курсу людини. У деяких аспектах взаємозв'язок між цими сферами є явним. Наприклад, процес старіння неодмінно пов'язаний із погіршенням фізичного здоров'я та втратою близьких, які є ключовими стресорами. Окрім того, з часом змінюється й характер хронічних стресорів: це може стосуватися сприйняття особливостей місця проживання, рольових характеристик, ефективності повсякденної активності.

З розвитком життєвого шляху відбуваються зміни не тільки у стресорах, а й у ресурсах для їх пом'якшення. На практичному рівні засобів протидії стресу основний акцент робиться на реінтерпретації актуальних життєвих перипетій. Перша така практика включає порівняння себе з іншими особами того ж віку для підтвердження типовості власних проблем, друга - зміну пріоритетів у різних аспектах життєдіяльності. Щодо соціальної підтримки, відбувається зміна як у колі спілкування, так і в потребах індивіда. На рівні відчуття контролю (mastery) особи починають орієнтуватися на свій попередній успішний досвід подолання труднощів, а також на перефокусування на тих сферах життєдіяльності, де вони досі відчують впевненість.

За переконанням Л. Перліна, парадигма життєвого курсу має обмежений вплив на дослідження проявів дистресу. Це обумовлено її фокусуванням на

інших ключових елементах життєвого шляху, таких як задоволеність життям, успішне старіння, психічні розлади та зниження якості здоров'я.

Для аналізу сучасного стану вивчення психологічного дистресу в соціальних науках варто звернутися до даних з двох періодичних видань, які фокусуються на різних аспектах психологічного здоров'я і видаються під егідою Американської соціологічної асоціації – це журнали “Society and Mental Health” та “Journal of Health and Social Behavior”. Аналізуючи статті цих видань з 2011 року і пізніше, які концентруються на темі психологічного дистресу, можна виокремити щонайменше сімнадцять релевантних публікацій. Аналіз цих матеріалів дозволяє визначити ключові особливості соціологічного підходу до дослідження психологічного дистресу.

Перш за все, більшість досліджень, зосереджених на психологічному дистресі, використовують кількісний метод з впровадженням крос-секційного або лонгітюдного підходу. Окрім того, існує теоретично-методологічне дослідження, яке критикує загальноприйнятий кількісний підхід з точки зору символічного інтеракціонізму. Дві інші статті присвячені класику соціології здоров'я Л. Перліну, чії роботи мають велике значення для вивчення різних аспектів психологічного дистресу.

По-друге, структура всіх емпіричних досліджень є схожою: психологічний дистрес розглядається як залежна змінна, а різні соціальні фактори – як незалежні. Для аналізу цих відносин зазвичай використовуються різноманітні форми регресійного аналізу або лінійні структурні рівняння. Використовувані експланаторні фактори мають широкий діапазон: історичні втрати та проблеми в освітній системі для певних етнічних груп, соціальний капітал, рольові конфлікти, фізичні стресори з урахуванням сімейного статусу, події стресори з огляду на рефлексію індивідів, релігійність в різних етнічних групах як захисний фактор, доступність страхових послуг для різних соціальних груп, участь у діяльності релігійних і громадських організацій, ув'язнення близьких родичів, різні труднощі, з якими людина зустрічалася в дитинстві, транскордонні зв'язки мігрантів із членами їхніх сімей,

макроекономічні показники країн виїзду іммігрантів, оцінка ризику втрати роботи, вплив ідентичності, самооцінки та почуття контролю (mastery).

По-третє, опубліковані статті ясно вказують на вимірювальні шкали, які на сьогодні є надійними у наукових дослідженнях. Зокрема, часто використовується шкала депресії Центру епідеміологічних досліджень (CES-D) або її укорочені версії, застосовані у семи з оглянутих досліджень. Наступними за популярністю є методики Р. Кеслера, які були використані у п'яти дослідженнях (К6 – чотири рази, К10 – один раз), а також BSI-18 Л. Дерогатіса, яка застосовувалася у двох дослідженнях [80].

Дослідження психологічних наслідків збройного конфлікту переважно зосереджені на аналізі зв'язку між безпосереднім впливом війни та психічним здоров'ям осіб. Основою цього підходу є модель прямого впливу, яка використовується для пояснення психологічного дистресу в умовах систематичного насильства.

Опитування, здійснене Київським міжнародним інститутом соціології (КМІС) у грудні 2018 року під назвою «Психічне здоров'я та потреба у психосоціальній допомозі на сході України», виявило, що 38,9% опитаних відповідали критерію А, а саме мали життєвий досвід, який кореспондує з принаймні одним із чотирьох підтипів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це свідчить про зростання ризику розвитку ПТСР у цієї групи людей [29].

Слід підкреслити, що навіть серед осіб, які пережили серйозні життєві події, не всі розвивають психічні розлади. Проте це не виключає того, що вони можуть страждати від різних симптомів та труднощів. Часто люди відчують такі реакції як проникаючі думки, нічні кошмари, переполох та оніміння. Такі реакції вважаються функціональними та нормальними, як це розглядається у теоріях емоцій. Люди можуть побоюватися повторення подій, втрати почуття безпеки та постійного очікування небезпеки. Вони можуть відчувати гнів через неухважність влади або винуватців подій, роздратування від коментарів інших, самозвинувачення за присутність у місці катастрофи або бездіяльність.

Вони можуть переживати розпач через втрату близьких чи матеріальних цінностей, відчуття нерозуміння та відчуження від інших. Водночас інтенсивність та частота таких тривожних та болючих реакцій не досягають рівня психічного розладу [84].

Хронічний стрес не обмежується лише моментом впливу стресора. Реакції можуть виникати як у відповідь на відсутність стресора, так і в подальшому житті. З теоретичної точки зору, більш коректно використовувати термін «стрес» для опису безпосередньої реакції на стресор, а «посттравматичні психічні порушення» для позначення відстрочених наслідків травматичного стресу

Дослідження, проведене Karatzias та колегами у 2023 році щодо впливу російсько-української війни на стан ПТСР та КПТСР серед батьків, що проживають в Україні, виявило наступне: середнє число стресових подій, пов'язаних з війною, які пережили учасники, складало 9,07 (з мінімальною кількістю в 1 та максимальною в 26). Аналіз даних показав, що 25,9% учасників відповідали критеріям ПТСР, а ще 14,6% - критеріям КПТСР [3].

Згідно з дослідженням, чоловіки повідомляли про переживання більшої кількості військово-пов'язаних стресових подій порівняно з жінками. Однак у жінок були вищі показники ПТСР. Також виявлено значні регіональні відмінності в середньому рівні військово-пов'язаного стресу, з вищими показниками на сході, півночі, півдні та в центральній частині України порівняно з західним регіоном. Дослідження також вказує на позитивний зв'язок між збільшеним впливом стресів, пов'язаних з війною, і розвитком як ПТСР, так і КПТСР.

Дослідження, проведене Wen Xu у березні 2022 року, зафіксувало, що серед 801 опитаного українця 52,7% відчували симптоми психологічного дистресу. Із них 54,1% повідомили про відчуття тривожності, тоді як 46,8% зазначили симптоми депресії [87].

Війна може спричиняти різноманітні форми психічного стресу, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), комплексний

посттравматичний стресовий розлад (КПТСР), депресію та тривожність. Дослідження вказують на те, що значна частина українців, залучених у такі дослідження, відзначають високі рівні стресу, пов'язаного з війною, та вищі показники за шкалами депресії, тривоги та стресу порівняно з представниками інших національностей. Також було виявлено, що інтенсивність стресу може змінюватися залежно від регіону проживання особи [80].

Система стресу в організмі людини є складною і включає центральну ланку, розташовану в головному мозку (гіпоталамус), яка інтегрує сигнали від тіла та навколишнього середовища. Гіпоталамус тісно взаємодіє з гіпофізом, утворюючи гіпоталамо-гіпофізарну систему, яка контролює випуск гормонів для регулювання основних функцій організму. Система поділяється на гіпоталамоантероаденогіпофізарну, яка відповідає за трофіку, ріст та репродуктивні функції, і гіпоталамо-метааденогіпофізарну та гіпоталамопостгіпофізарну, які активізуються в стресових ситуаціях та регулюють захисно-пристосувальні реакції організму.

Система реагування на стрес у людському організмі є взаємопов'язаною і складною. Нейрони гіпоталамуса та стовбуру головного мозку, а також вищих відділів центральної нервової системи (ЦНС), контролюють функцію гіпоталамо-гіпофізарної системи. Зовнішні стресори сприймаються через кору мозку, асоціативну кору, морський коник і лімбічну систему. Водночас сигнали про стресори від органів чуття, кровоносних судин, м'язів та внутрішніх органів досягають стрес-системи через краніальні та периферичні нерви, чутливі аферентні волокна та кров. Вихідні сигнали з центральної ланки стрес-системи не лише керують органами через периферичні гілки системи, але й спрямовуються до інших відділів ЦНС, включаючи кору головного мозку, ядра гіпоталамуса, спинний мозок, морський коник та лімбічну систему. Це забезпечує взаємодію між відділами ЦНС, які відправляють сигнали до стрес-системи і одночасно отримують від неї відповіді.

Дослідження змін вегетативного гомеостазу під час дистресу, викликаного воєнними конфліктами, є особливо актуальним та важливим для

розуміння того, як стресові ситуації впливають на здоров'я людини, особливо на функціонування її нервової системи. Вегетативний гомеостаз відіграє ключову роль у підтримці внутрішнього балансу організму, регулюючи такі функції як серцебиття, дихання, травлення та відповідь на стрес. У воєнних умовах, де стрес є високим і постійним, ці системи можуть бути серйозно вплинуті [77].

Методологічно одним з підходів до вивчення цієї проблеми є контент-аналіз наукової літератури, присвяченої вивченню стресу в екстремальних умовах. Це дозволяє оцінити поточний стан знань, ідентифікувати ключові теми, які вивчаються, та визначити прогалини в дослідженнях. Контент-аналіз може включати в себе аналіз статей з академічних журналів, конференційних матеріалів, монографій, дисертацій, а також інших форм наукових публікацій. Цей підхід дозволяє систематизувати інформацію та робити обґрунтовані висновки щодо того, як стрес впливає на вегетативний гомеостаз під час війни.

Воєнний час характеризується високим рівнем фізичного та психологічного стресу для учасників конфлікту, включаючи військовослужбовців та цивільне населення. Вплив військових дій, екстремальних умов, постійного страху та невизначеності може спричинити серйозний дистрес, який веде до психічних розладів, таких як тривожність, депресія, ПТСР, а також до фізіологічних змін, зокрема порушень сну, апетиту, серцево-судинних проблем та змін у рівнях стресових гормонів. Додаткові фактори, як-от втрата дому, родини, роботи та соціальної підтримки, можуть загострити стрес, а обмежений доступ до медичної та психологічної допомоги в зонах конфлікту ускладнює ситуацію. Відповідно, підтримка та відновлення психічного та фізичного здоров'я людей, що пережили воєнний конфлікт, є критичною частиною гуманітарної допомоги та процесу відновлення після конфлікту [66].

Вегетативний гомеостаз – це динамічний регуляторний процес, який забезпечує стабільне функціонування внутрішніх органів та систем організму, адаптуючи їх до постійно змінюваних зовнішніх і внутрішніх умов.

Вегетативна нервова система, що включає симпатичну та парасимпатичну частини, відіграє ключову роль у цьому процесі, контролюючи автоматичні функції, такі як серцебиття, дихання, кров'яний тиск, травлення та метаболічні процеси. Ця система дозволяє організму швидко реагувати на стресові події, адаптуючи фізіологічні функції для оптимального виживання та ефективності.

Дослідження змін вегетативного гомеостазу під час воєнного стресу є важливим для розуміння фізіологічних наслідків, які стрес може мати на організм. Воєнний стрес часто характеризується високим рівнем тривожності, страху та невизначеності, що може викликати серйозні зміни в роботі вегетативної нервової системи. Ці зміни можуть включати коливання в серцевому ритмі, зміни в артеріальному тиску, аномалії в дихальних функціях, а також зміни в рівнях стресових гормонів, таких як кортизол. Вивчення цих фізіологічних змін допоможе краще зрозуміти механізми впливу стресу на організм та розробити ефективні методи допомоги та відновлення для людей, які страждають від наслідків воєнного конфлікту.

Дійсно, дослідження, що фокусуються на вегетативному гомеостазі та інших фізіологічних змінах під час воєнного стресу, є критично важливими для розробки ефективних підходів до психологічної та медичної підтримки. Розуміння того, як стрес впливає на фізіологічні процеси в організмі, дозволяє розробляти цільові інтервенції, які можуть зменшувати негативний вплив стресу. Це може включати стратегії для управління стресом, терапевтичні втручання, розробку фармакологічних препаратів та інші методи, спрямовані на покращення психічного та фізичного здоров'я військовослужбовців та цивільних осіб, які переживають воєнний конфлікт. Особливо важливо враховувати індивідуальні відмінності у відповіді на стрес та розробляти комплексні підходи, які враховують як психологічні, так і фізіологічні аспекти дистресу.

Так, дослідження змін вегетативного гомеостазу при воєнному дистресі є надзвичайно важливими для розуміння та покращення довгострокового психологічного та фізичного здоров'я людей, які зазнають стресу через

воєнний конфлікт. Визнання впливу стресу на фізіологічні системи організму дає можливість краще розуміти механізми розвитку таких станів, як ПТСР, тривожні розлади та депресія. Це знання може використовуватися для розробки ефективніших методів лікування та підтримки осіб, які зазнали впливу воєнних подій. Зосередження на фізіологічних аспектах дистресу також відкриває шлях для впровадження інноваційних методів діагностики та лікування, які можуть зменшити негативні наслідки воєнного стресу та сприяти швидшому відновленню.

Враховуючи комплексність системи вегетативного гомеостазу та індивідуальні відмінності особистостей, реакція людини на стресові фактори в умовах воєнного конфлікту може виявити різноманітність проявів. Індивіди можуть демонструвати різний рівень стійкості до стресу, внаслідок чого спостерігається варіабельність у вегетативному гомеостазі. Деякі індивіди можуть виявляти вищий рівень адаптації до стресових ситуацій, тоді як інші можуть бути більш вразливими до порушень цієї системи [73].

Дистрес воєнного часу може призводити до різноманітних проявів, які впливають на функціонування вегетативного гомеостазу. Серед них можна виділити наступні аспекти [64]:

- Стрессова реакція: Під час війни організм підданий постійному стресовому навантаженню, що впливає на автономну нервову систему. Зазвичай спостерігається активізація симпатичної нервової системи, яка супроводжується підвищенням пульсу, артеріального тиску та виділенням стресових гормонів, таких як адреналін і кортизол.

- Порушення сну та харчування: Стрес і незабезпеченість під час війни можуть викликати порушення сну і неправильне харчування, що в свою чергу може негативно впливати на роботу автономної нервової системи.

- Психічні зміни: Стрес і травматичні події в умовах війни можуть викликати різні психічні розлади, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), які здатні впливати на регуляцію вегетативного гомеостазу. Ці

психічні зміни можуть включати гіперактивність симпатичної системи та порушення регулюючого впливу парасимпатичної системи.

Отже, дистрес воєнного часу може мати різні прояви, які впливають на вегетативний гомеостаз та загальний стан організму. Розуміння цих процесів важливо для розробки стратегій підтримки та реабілітації осіб, що пережили воєнні події.

Для підтримки вегетативного гомеостазу у людей, що переживають дистрес воєнного часу, важливо забезпечити доступ до медичної допомоги та психологічної підтримки, навчити методам стрес-менеджменту, сприяти фізичній активності та використовувати різні ресурси для зниження стресу та відновлення психофізіологічної рівноваги. Наукові дослідження, зокрема дослідження вегетативної регуляції, підкреслюють важливість цих аспектів у контексті адаптації організму до навколишнього середовища, що створює несприятливий вплив на фізичне та психічне здоров'я осіб, які пережили воєнні події.

Підсумовуючи, вплив дистресу воєнного часу на вегетативний гомеостаз може призводити до різних фізіологічних змін в організмі, що мають потенційно серйозні наслідки для здоров'я, вимагаючи необхідності медичної та психологічної підтримки. Сучасні дослідження індивідуальної стресостійкості є важливими як для загального населення, де вони допомагають виділити осіб з високим ризиком психічних розладів та суїцидів, так і для окремих професійних груп, включаючи військовослужбовців, пожежників, рятувальників та працівників авіації, сприяючи вдосконаленню їх відбору та прогнозуванню діяльності. Розуміння основ стресової вразливості дозволяє ефективно прогнозувати, попереджувати та лікувати патологічні стани, що виникають після стресових подій. Зокрема, дослідження зв'язку стресостійкості з розвитком, перебігом та ускладненнями серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань є надзвичайно актуальними.

Висновки до розділу 1

У цьому розділі ми детально розглянули поняття «комунікації» та «міжособистісної взаємодії», його історичну еволюцію та сучасні тенденції вивчення. Визначення та особливості міжособистісної взаємодії розкривають її як складний, багатогранний феномен, що включає елементи спілкування, емоцій, поведінкових реакцій та соціально-психологічних аспектів.

Міжособистісна взаємодія є центральним елементом в соціальній психології та комунікаційних дослідженнях, починаючи з античних часів і до сучасності.

Історично, фокус дослідження переміщувався від простого розгляду невербального спілкування до складних аспектів емоційної прив'язаності та розвитку взаємин.

Міждисциплінарний характер дослідження забезпечує багатство теоретичних підходів та методологій, які дозволяють глибше зрозуміти як функціонування міжособистісних взаємодій, так і їх вплив на індивідуальну та групову поведінку.

Сучасні дослідження наголошують на важливості розуміння впливу культурних, соціальних та особистісних факторів у формуванні міжособистісних взаємодій.

Фізіологічні аспекти, такі як нейрофізіологічні реакції, відіграють важливу роль у розумінні механізмів міжособистісного спілкування.

Вивчення міжособистісної взаємодії базується на різних теоріях, таких як теорія соціального обміну, теорія взаємодії зі зміною ролі, теорія прив'язаності тощо. Ці теорії допомагають зрозуміти динаміку взаємодії між людьми та механізми, що керують їхнім спілкуванням. ЧМТ може суттєво впливати на міжособистісну взаємодію, зокрема через зміни в емоційному стані, когнітивних здібностях та соціальній поведінці. Різні теорії міжособистісної взаємодії можуть бути застосовані для аналізу наслідків ЛЧМТ. Наприклад, теорія соціального обміну може допомогти оцінити, як змінюються взаємовигідні відносини після травми.

Важливість розуміння того, як черепно-мозкова травма впливає на комунікативну поведінку людини, не може бути переоцінена. Це розуміння може сприяти розробці ефективних стратегій реабілітації та соціальної адаптації.

ЧМТ поділяються на закриті та відкриті, залежно від наявності чи відсутності зв'язку між порожниною черепа та зовнішнім середовищем. Також розрізняють проникаючі та непроникаючі ЧМТ. Класифікація допомагає визначити характер та тяжкість ушкодження.

Основні клінічні форми включають струс, забій та стиснення головного мозку. Кожна форма має свої специфічні ознаки та ступені важкості, що вимагають різних підходів до лікування та реабілітації.

Для діагностики ЧМТ використовуються методи параклінічного обстеження, включаючи рентгенографію, КТ та дослідження очного дна. Важливість точної діагностики та своєчасного лікування не може бути переоцінена.

Окреслено важливість надання першої медичної допомоги при ЧМТ, включаючи забезпечення функціонування дихання та циркуляції крові, а також вжиття заходів для запобігання гіпотермії та подальшій травматизації.

Психологічний дистрес - це комплексна емоційна реакція на стресові фактори, що включає почуття тривожності, депресії та нездатності справлятися зі стресовими ситуаціями. Соціологічне дослідження психологічного дистресу має довгу історію, з важливими внесками від видатних дослідників, таких як Л. Перлін. Роботи Перліна та інших дослідників у цій області відкрили нові перспективи для розуміння зв'язку між соціальними факторами, такими як стратифікація та ідентичність, і психологічним дистресом. Сучасні дослідження психологічного дистресу часто використовують кількісні методи для аналізу взаємозв'язків між соціальними факторами та дистресом.

Збройні конфлікти, як важливий фактор, впливають на психологічний стан людини, сприяючи розвитку ПТСР, депресії та інших психічних розладів.

Стрес і дистрес впливають на вегетативну нервову систему, викликаючи фізіологічні зміни та порушення гомеостазу.

Отже, дослідження особливостей побудови міжособистісної взаємодії в людей, що зазнали контузійних пошкоджень на фоні психологічного дистресу, є важливим завданням, яке дозволить зрозуміти особливості цієї взаємодії та розробити ефективні методи підтримки та реабілітації для даної групи людей.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЛЮДЕЙ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ КОНТУЗІЙНІ ПОШКОДЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

2.1. Організація дослідження та обґрунтування вибору діагностичних методик

Теоретичний аналіз наукової літератури щодо особливостей комунікативних процесів у людей що зазнали контузійних пошкоджень на фоні емоційного дистресу дозволяє розглядати дану проблематику як складне та гостро поставлене явище.

З метою експериментального визначення особливостей комунікації людей що зазнали контузійних пошкоджень, а також визначення наявного взаємозв'язку між певними особливостями комунікації та рівнем посттравматичного стресового розладу, було проведене емпіричне дослідження, яке проходило в три етапи.

Перший етап був спрямований на теоретичний аналіз поняття “міжособистісна комунікація”, визначення факторів впливу на особливості побудови комунікації, підбір методології дослідження. *На другому етапі* відбувався підбір вибірки та власне проведення емпіричного дослідження. *На третьому етапі* проводились аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

Вибірку склали 66 чоловіків-військовослужбовців, що зазнали контузійних пошкоджень головного мозку. Дослідження проводилося на базі клінічної лікарні “Феофанія” протягом вересня та жовтня 2023 року. Вік досліджуваних від 22 до 61 року, середнє значення 36,91; середнє абсолютне відхилення 8,06; середнє квадратичне (стандартне) відхилення 9, 61. Графік розподілу вибірки представлений на рисунку 2.1.

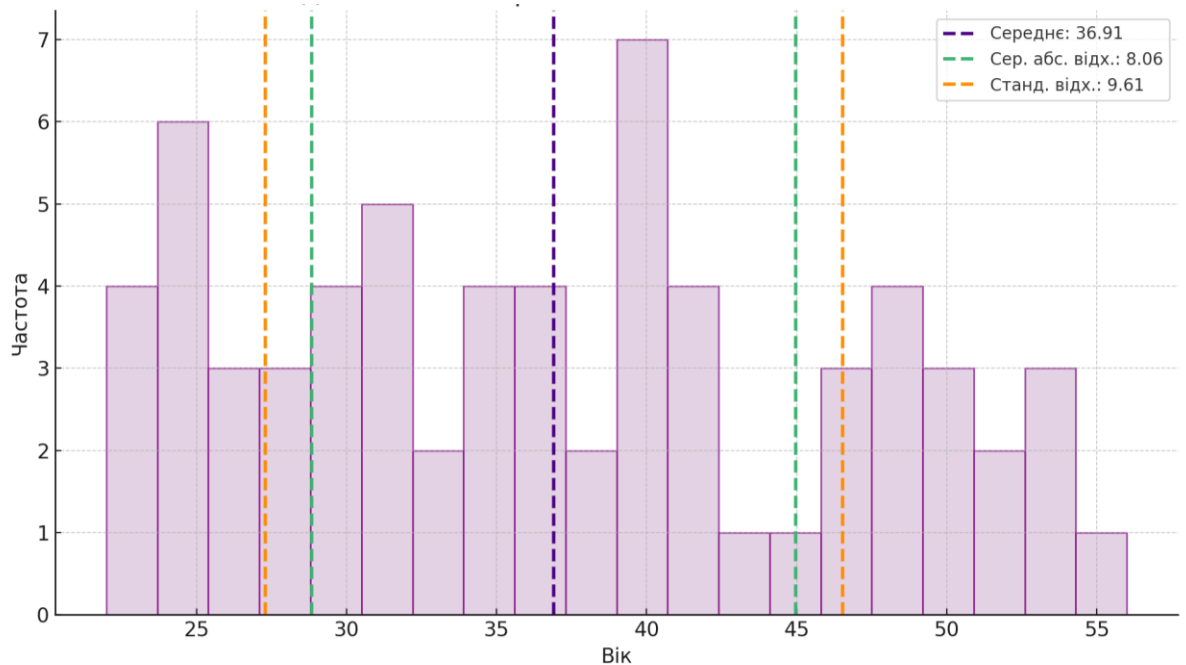


Рис. 2.1. Графік розподілу вибірки за віком чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень

Збір необхідної інформації здійснювався за допомогою вивчення особистої карти і стандартизованого інтерв'ю. Була розроблена анкета демографічна і сутнісна. Анкета складається з 16 питань (Додаток А) та пояснювала загальні відомості про респондентів в купі з їх суб'єктивним сприйняттям. В ній були висвітлені наступні питання: коли була отримана контузія, їх кількість, наявність психіатричних захворювань, частота вживання алкоголю тощо. Детальний список питань представлений у Додатку А. *За результатами цього опитування встановлено, що 42,9% респондентів перебувають у тривалих стосунках (рис 2.2).*

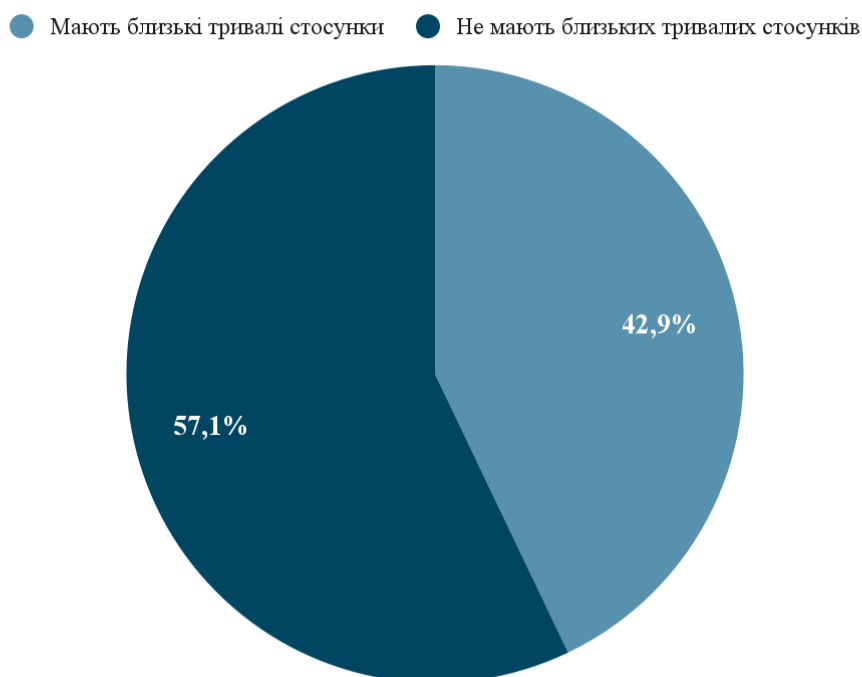


Рис. 2.2. Сімейний статус чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у%)

За результатами цього анкетування встановлено, що 70 % опитаних (46 респондентів) зазнали більшу кількість контузій, ніж задокументовано в протоколі.

У дослідженні застосовувалися 4 психодіагностичні методики: Методика діагностики міжособистісних відносин (Т. Лірі 1954р); методика “Тип поведінки в конфлікті” (К. Томаса); Місісіпська Шкала посттравматичних стресових розладів та Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5. Обґрунтовуючи доцільність обраних методик зазначимо, що посттравматичний стресовий розлад ми розглядаємо всебічно, під кутом різних його характеристик, які складають загальну картину цього феномену: посттравматичний стресовий розлад, сформований в результаті перебування людини в екстремальних ситуаціях, в нашому дослідженні виступає тяжким станом особистості, що призводить до особистісних змін: зміни здатності корегувати власні емоції, зміни самоідентичності, часових порушень пам’яті та уваги, зміни в раніше теплих та довірливих відносин з оточуючими, а також зміни в фізичному та психічному стані.

Розглянемо детальніше кожну з обраних методик.

“Тип поведінки в конфлікті” К. Томаса

Ця методика є доцільною в цьому дослідженні, адже показує різні стратегії поведінки індивіда в конфлікті, що є показником комунікативної взаємодії. Ця методика дозволяє нам дослідити якою буде домінуюча стратегія поведінки в конфлікті у людей, що зазнали контузійних пошкоджень.

Опитувальник має 30 запитань. В кожному питанні респонденту надається вибір між двома твердженнями. В інструкції до опитувальника зазначається, що обирати треба те твердження, яке більше відповідає уявленням суб'єкта про себе. Опитувальник має 5 шкал і підрахунок балів відбувається за ключем:

1. Суперництво: 3А, 6В, 8А, 9В, 10А, 13В, 14В, 16В, 17А, 22В, 25А, 28А.
2. Співпраця: 2В, 5А, 8В, 11А, 14А, 19А, 20А, 21В, 23В, 26В, 28В, 30В.
3. Компроміс: 2А, 4А, 7В, 10В, 12В, 13А, 18В, 22А, 23А, 24В, 26А, 29А.
4. Уникнення: 1А, 5В, 6А, 7А, 9А, 12А, 15В, 17В, 19В, 20В, 27А, 29В.
5. Пристосування: 1В, 3В, 4В, 11В, 15А, 16А, 18А, 21А, 24А, 25, 27В, 30А.

Те за якою шкалою респондент набрав більшу кількість балів визначає домінуючу стратегію поведінки в конфлікті. Сам розробник методики переконаний що оптимальна стратегія поведінки включає в себе всі п'ять варіантів. Себто за результатами опитувальника це б виглядало як всі п'ять шкал виражені на 5-7 балів.

Методика діагностики міжособистісних відносин (Т. Лірі 1954р)

Методика створена Т. Лірі, Р. Лефоржем, Р. Сазеком у 1954 р. і призначена для дослідження уявлень суб'єкта про себе, а також для вивчення взаємовідносин в малих групах. Завдяки цій методиці в нашому дослідженні ми можемо з'ясувати переважаючий тип взаємовідносин, в залежності від рівня. Це дасть змогу проаналізувати який тип міжособистісної взаємодії найбільше притаманний людям, що зазнали контузійних пошкоджень.

Методика має 128 тверджень, які стосуються характеру людини.

Респонденту потрібно відмітити ті твердження, які на його думку характеризують його як особистість. Потім підраховується кількість балів, згідно з ключем:

1. Авторитарний: 1, 2, 3, 4, 33, 34, 35, 36, 65, 66, 67, 68, 97, 98, 99, 100.
2. Егоїстичний: 5, 6, 7, 8, 37, 38, 39, 40, 69, 70, 71, 72, 101, 102, 103, 104.
3. Агресивний: 9,10,11,12,41, 42, 43, 44, 73, 74, 75, 76, 105, 106, 107, 108.
4. Підозрілий: 13, 14, 15,16,45,46,47, 48, 77, 78, 79, 80, 109, 110, 111, 112.
5. Підпорядковується: 17, 18, 19, 20, 49, 50, 51, 52, 81, 82, 83, 84, 113, 114, 115, 116.
6. Залежний: 21, 22, 23,24, 53,54, 55, 56, 85, 86, 87, 88, 117, 118, 119, 120.
7. Доброзичливий: 25, 26, 27, 28, 57, 58, 59, 60, 89, 90, 91, 92, 121, 122, 123, 124.
8. Альтруїстичний: 29, 30, 31, 32, 61, 62, 63, 64, 93, 94, 95, 96, 125, 126, 127, 128.

Методика побудована так, що судження, спрямовані на з'ясування якого-небудь типу відносин, розташовані не підряд, а групуються по 4 і повторюються через рівну кількість визначень. При обробці підраховується кількість відносин кожного типу. Мінімальна кількість балів за кожною шкалою 0, а максимальна - 16. Вважається, що вираженість якоїсь шкали більш, ніж на 9 балів свідчить про екстремальну поведінку. А вираженість більше 13 балів свідчить про патологію.

Міссісіпська Шкала посттравматичних стресових розладів

Шкала Міссісіпі для діагностики посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) є клінічним тестовим інструментом, створеним у 1987 році Т.М. Кеапе, призначеним для виявлення посттравматичних стресових розладів серед військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях. Вона

була відібрана для даного дослідження аби дослідити наявність взаємозв'язку наявного ПТСР з особливостями комунікативних процесів у людей, що зазнали контузійні пошкодження.

Ця шкала базується на ММРІ і включає 30 питань, розділених на три основні групи, відповідно до трьох категорій симптомів ПТСР: перша група з 11 питань охоплює симптоми "вторгнення", друга група також містить 11 питань і зосереджена на симптомах "уникнення", а третя група з 8 питань відноситься до симптомів "збудливості". Окрім того, 5 додаткових питань описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та схильністю до суїциду.

Кожне з 30 питань респондент оцінює по рівню відповідності до його життя і обирає варіант з наступних: “абсолютно невірно”, “частково вірно”, “деякою мірою вірно”, “вірно”, “абсолютно вірно”. Кожному з варіантів надається певна кількість балів від 1 до 5, в залежності від того чи це твердження пряме чи обернене. Потім всі бали підсумовуються.

Отримана сума дозволяє визначити чи є у респондента ПТСР чи немає. За даними Тарабріної для військовослужбовців норма знаходиться в діапазоні $73,76 \pm 19,64$ балів.

Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5

Опитувальник PCL-5 має 20 тверджень кожне з яких респондент має оцінити від 0 до 4, де 0 - “зовсім ні”, а 4 - “дуже”. Потім ці бали підсумовуються, і якщо їх сума перевищує 33, то можна свідчити про наявність ПТСР. Також підраховується сума за кластерами, згідно з ключем. Питання за цією шкалою відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно з класифікацією DSM-5:

Критерій А — опис травматичної події.

Критерій В (симптоми інтрузії)— від 1-го до 5-го запитання.

Критерій С (симптоми уникнення) — 6-те та 7-ме запитання відповідно.

Критерій D (негативні думки та емоції) — від 8-го до 14-го запитання.

Критерій Е (симптоми надмірної реактивності) — від 15-го до 20-го

запитання.

Ця методика дозволяє визначити наявність ПТСР у респондента, а також визначити рівень вираженості певних симптомів. Що дозволяє нам проаналізувати наявність взаємозв'язку між вираженістю симптомів та особливостями комунікативних процесів у людей, що зазнали контузійних пошкоджень.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей комунікації людей, що зазнали контузійних пошкоджень головного мозку на фоні психологічного дистресу дає можливість узагальнити отримані результати.

Так, за результатами сутнісної анкети 12% опитуваних зазнали про наявність встановленого психіатром діагнозу, а саме посттравматичного стресового розладу. 25% опитаний зараз проходять медикаментозне лікування. У зв'язку з контузією 64% респондентів отримали медикаментозне лікування. При цьому було встановлено, що 70% опитаних зазнали більшу кількість контузій, ніж задокументовано в протоколах. Важко однозначно стверджувати з чим пов'язаний цей феномен, але його задокументовано, тож сподіваємось в майбутньому ця тема буде розкрита більш сутнісно.

На питання “Чи маєте ви складнощі в спілкуванні з оточуючими?” 50% респондентів відповіли: «Ні». Але при цьому на питання “Що змінилося в спілкуванні після контузії” тільки 25% зазначили, що змін немає. Інші ж 75% вказали на наступні зміни (одну або декілька): став більш дратівливим, став більш уникати спілкування, став швидше виснажуватись від спілкування, став більш нетерплячий в суперечках, підвищилась образливість, легко накочуються сльози. На питання “Чи змінилося ваше коло спілкування після контузії” 64% опитаних відповіли заперечно, 12% зазначили що не звертали уваги, а 12% зазначили що мають труднощі в спілкуванні з цивільними, тож більше комунікують з побратимами. Це створює додаткову практичну значущість для подальших досліджень особливості комунікацій військових, ба

більше це створює нагальну необхідність розроблення більшої кількості матеріалів з психоедукації для цивільного населення.

За результатами Місісіпської методики 25,8% респондентів мають ПТСР, як зображено на малюнку 2.3. Але, як зазначалося раніше лише 12% з усіх опитаних мають саме встановлений психіатром діагноз.

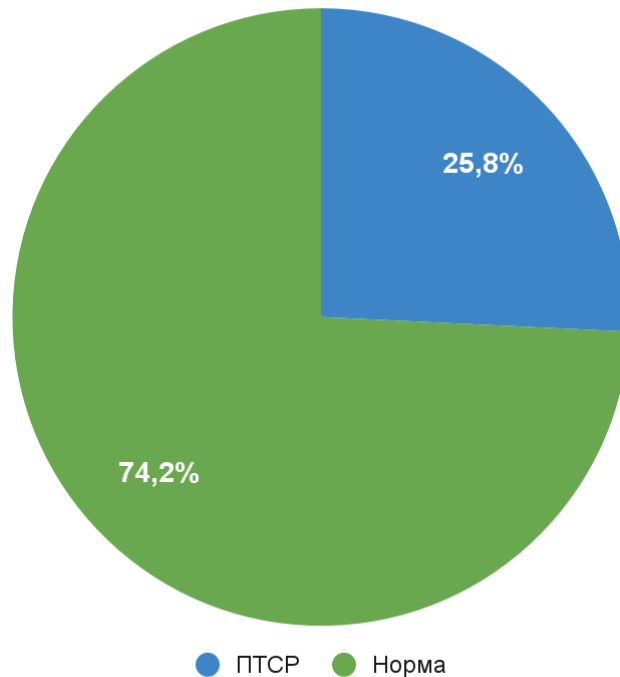


Рис. 2.3. Наявність посттравматичного стресового розладу у чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у%)

Зобразимо графік розподілу балів за Місісіпською шкалою. На графіку ми бачимо що середнє значення дорівнює 78,41 бала, що знаходиться в межах норми згідно з ключем. Середнє квадратичне відхилення дорівнює 18,62 бали, а середнє абсолютне відхилення 14, 68 бали.

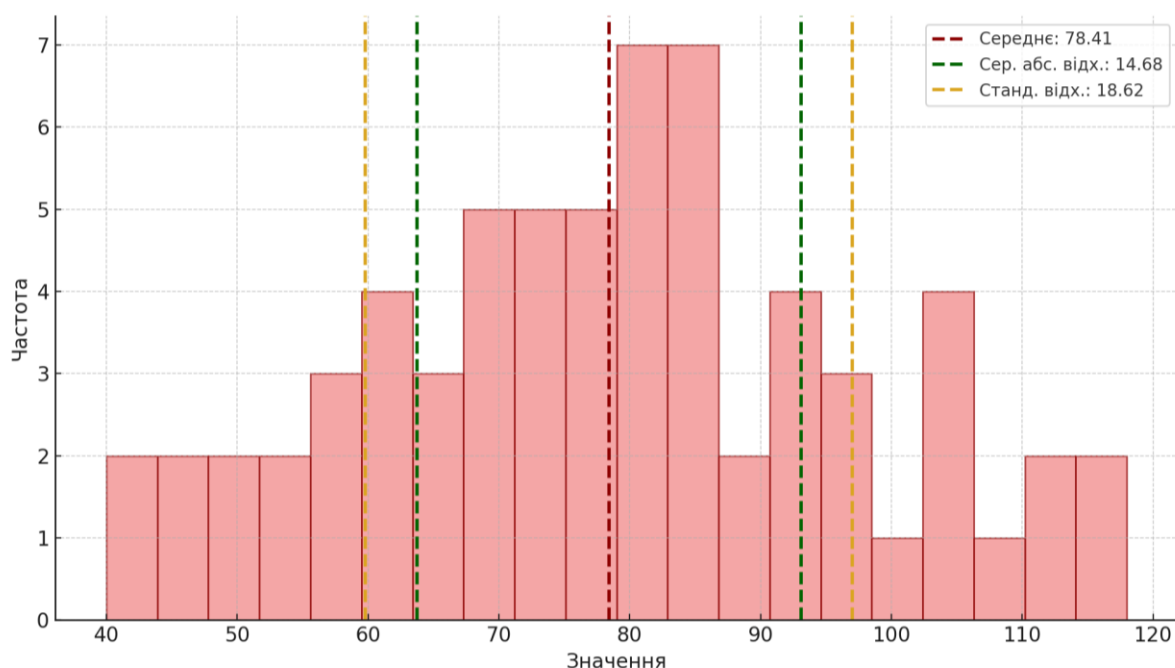


Рис. 2.4. Посттравматичний стресовий розлад у чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень, за Міссісіпською шкалою (в балах)

За результатами Опитувальника PCL-5, можна оцінити рівень вираженості певних кластерів симптомів, а також визначити наявність ПТСР. Згідно з ключем, якщо значення суми балів перевищує 33, то відповідно можна говорити про посттравматичний стресовий розлад. Як зображено на графіку розподілу суми балів (рис 2.5) середнє значення дорівнює 21,67 балів, а квадратичне відхилення - 7,56 балів, тобто переважна більшість вибірки знаходиться в межах “норми”. Але більшою мірою ми використовували цю методику задля того аби дослідити різний ступінь вираженості певних кластерів симптомів.

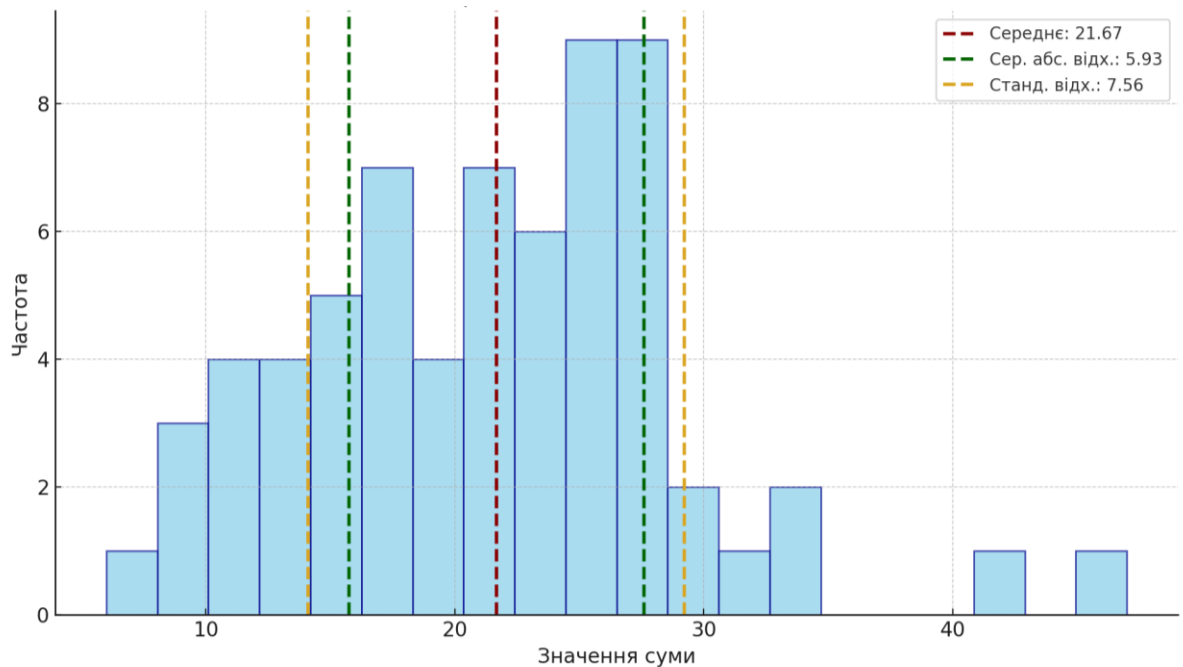


Рис. 2.5. Посттравматичний стресовий розлад у чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень, за методикою PCL-5 (в балах)

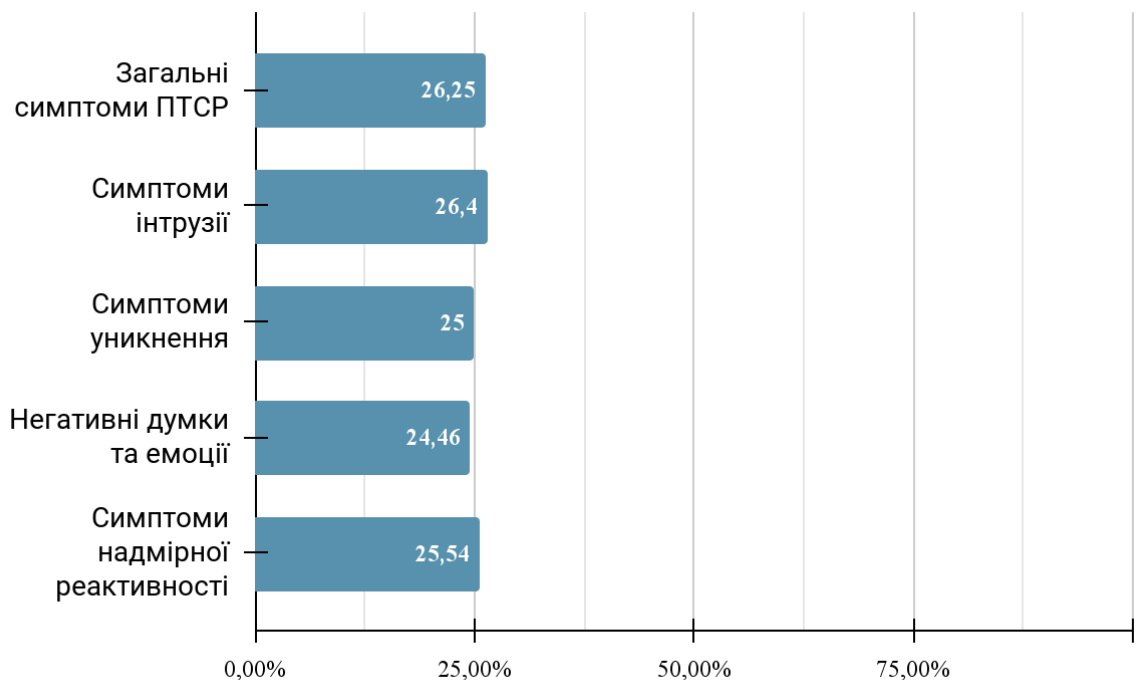


Рис. 2.6. Симптоми посттравматичного стресового розладу у чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у%)

Так, за результатами дослідження можемо бачити, що всі кластери симптомів виражені менш, ніж на третину, це свідчить про те що в жодного з

респондентів не має гостро протікаючого ПТСР. Також, варто зазначити що симптоми інтрузії виражені трошки більше, аніж інші кластери. А негативні думки та емоції навпаки виражені найменше. До симптомів інтрузії відносяться нав'язливі спогади, страшні сни, флешбеки. Цікавим є феномен, що флешбеки виражені більше, але при цьому негативні думки менше.

За допомогою методики міжособистісних методик Лірі, ми досліджували чи є певний домінуючий тип міжособистісних відносин. Методика надає оцінку згідно з 8 шкалами: Авторитарний, Егоїстичний, Агресивний, Підозрілий, Підпорядковується, Залежний, Доброзичливий та Альтруїстичний. Нижче представлені графіки розподілу результатів за кожною окремою шкалою.

За шкалою Авторитарний респонденти набирали від 0 до 16 балів. Середнє значення дорівнює 7,2 бали. Що є 45% від максимально можливого рівня вираженості цього типу міжособистісних відносин.

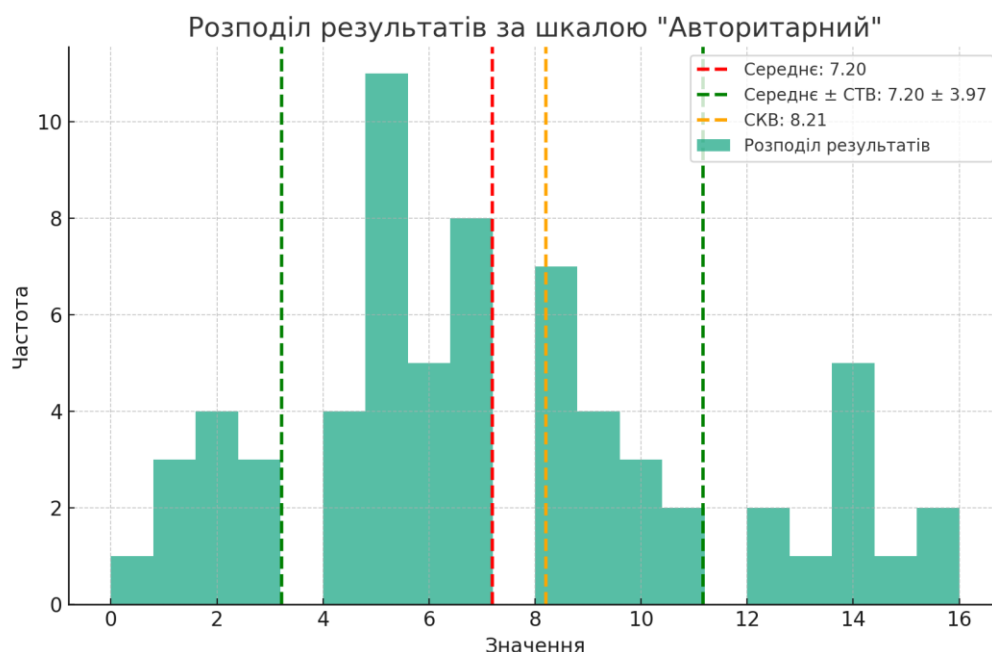


Рис. 2.7. Рівень Авторитарності міжособистісних відносин чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

За шкалою Егоїстичний жоден з респондентів не набрав більше 12 балів,

при можливих 16. Середнє значення становить $5,08 \pm 2,73$ бали. Що становить 31,75% від максимального рівня вираженості даної шкали.

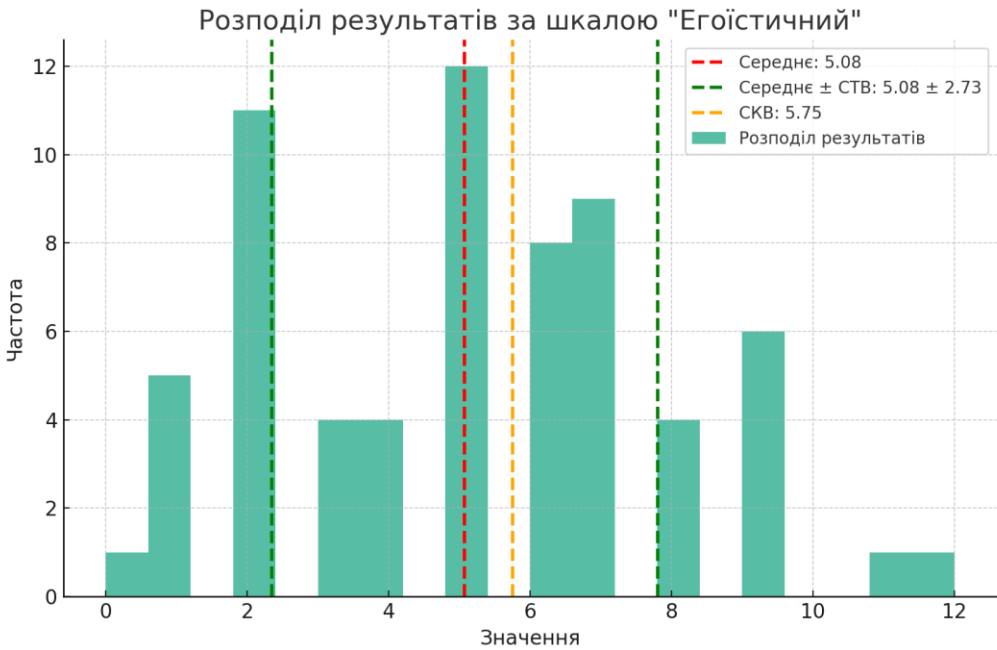


Рис. 2.8. Рівень Егоїстичності міжособистісних відносин чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

За шкалою Агресивний респонденти набирали від 0 до 12 балів, при 16 можливих, що свідчило про рівень вираженості цього типу міжособистісної взаємодії. Середнє значення дорівнює $6,03 \pm 2,82$ бали і це є 37,7% від максимально можливого рівня вираженості цієї шкали.

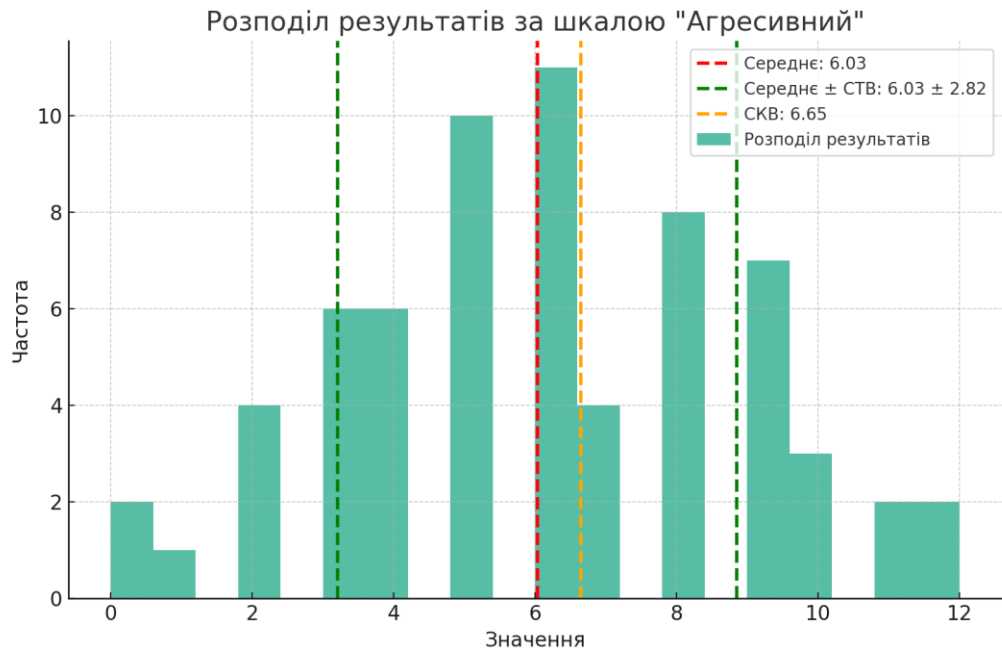


Рис. 2.9. Рівень Агресивності міжособистісних відносин чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

За шкалою Підозрілий середнє значення дорівнює 5,56 $\pm$ 3,24 бали. Що є 34,75% від максимально можливого рівня вираженості цього типу міжособистісних відносин.

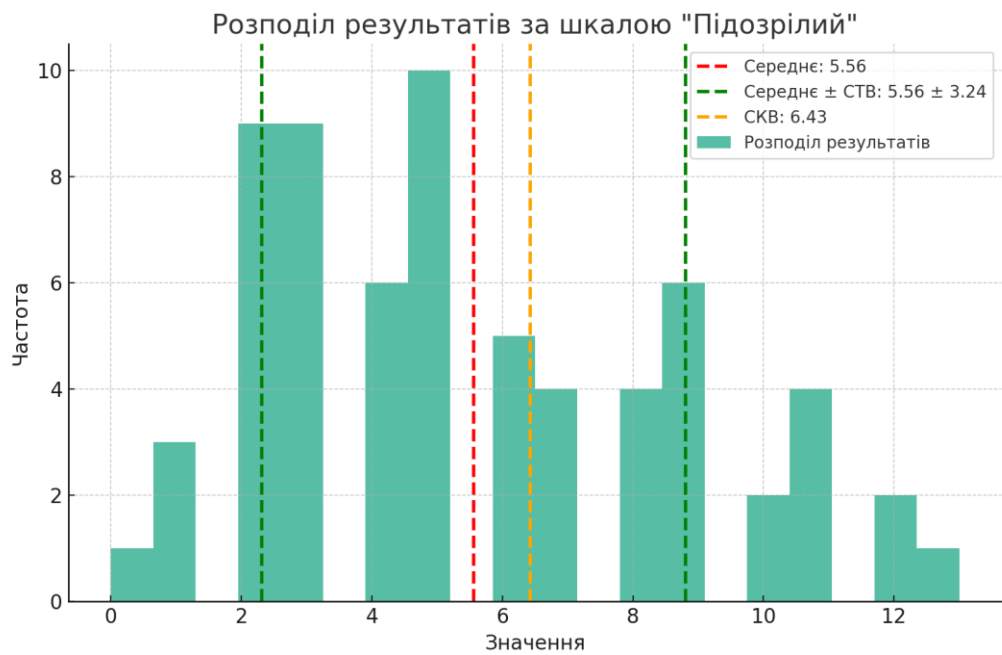


Рис. 2.10. Рівень Підозрілості міжособистісних відносин чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

За шкалою Підпорядковується жоден з респондентів не набрав більше 10 балів. Середнє значення становить $5,47 \pm 2,23$ бали. І це свідчить про те що в середньому ця шкала виражена на 34,2% з максимально можливого рівня.

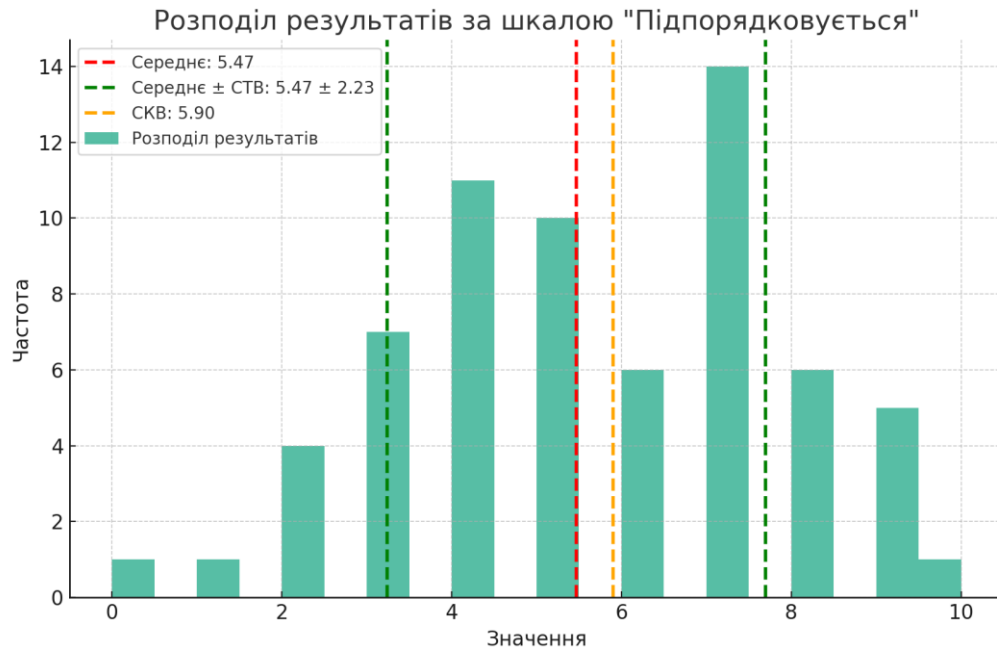


Рис. 2.11. Рівень Підпорядкування міжособистісних відносин чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

За шкалою Залежний жоден з респондентів не набрав більше 10 балів. А середнє значення становить $4,11 \pm 2,5$ балів, що позначає що ця шкала виражена на 25,7%, що в свою чергу є найнижчим показником з усіх інших шкал.

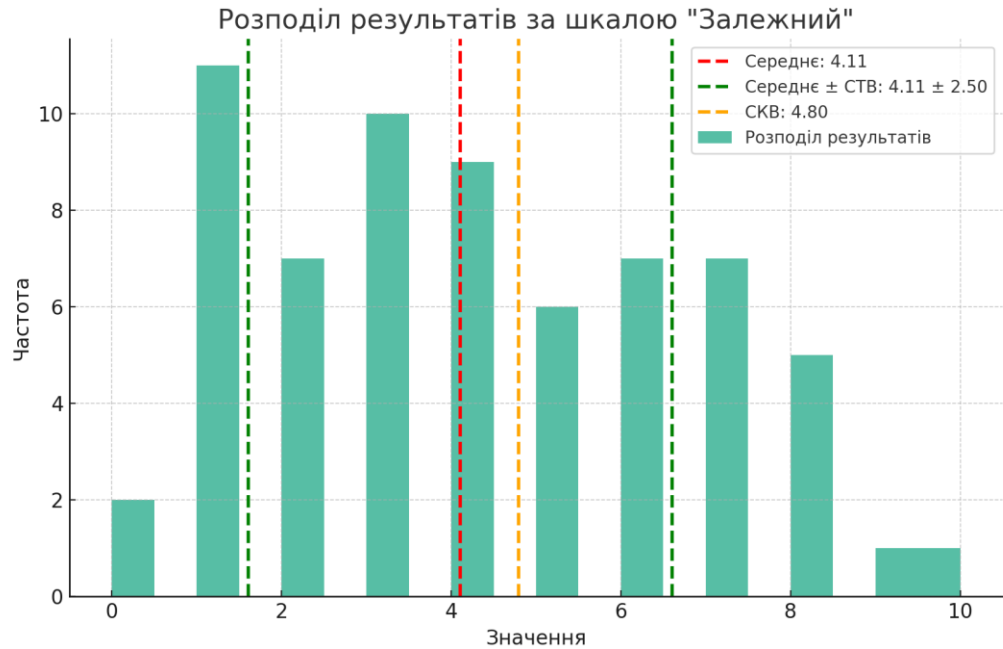


Рис. 2.12. Рівень Залежності міжособистісних відносин чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

За шкалою Доброзичливий середнє значення дорівнює $4,82 \pm 2,57$ бали. Що є 30,2% від максимально можливого рівня вираженості цього типу міжособистісних відносин.

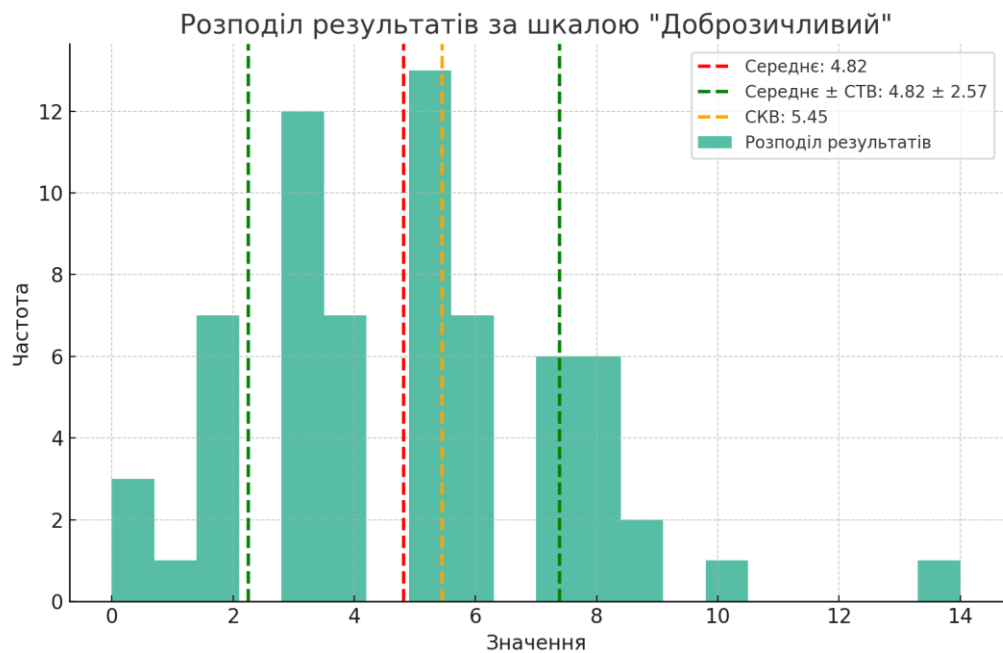


Рис. 2.14. Рівень Доброзичливості міжособистісних відносин чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

За шкалою Альтруїстичний жоден з респондентів не набрав більше 12 балів. А середнє значення становить $5,71 \pm 2,52$ бали, що позначає що ця шкала виражена на 35,7%.

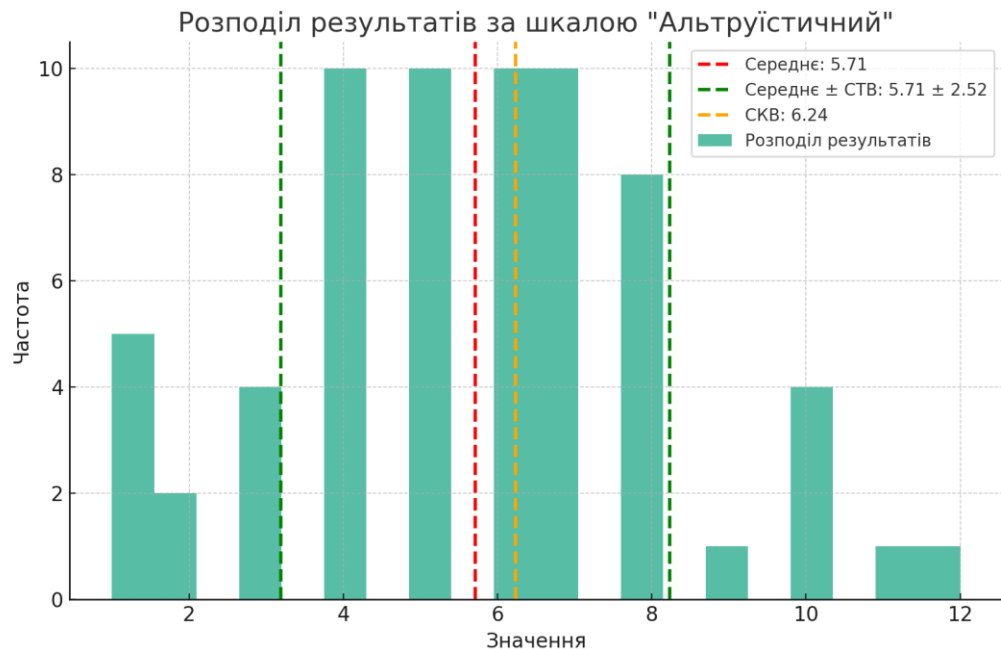


Рис. 2.15. Рівень Альтруїстичності міжособистісних відносин чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

Зобразимо рівень вираженості всіх шкал на одному графіку для наочного порівняння. З рисунку 2.16 ми бачимо, що жодна зі шкал не виражена більше ніж на половину. Найбільш вираженою є шкала Авторитарний - 45%, найменш - Залежний - 25,7%. Вісім шкал складаються в 4 пари взаємно протилежних характеристик. Доречно буде розглядати їх попарно. Так, з пари Авторитарний-Підпорядковується більше виражена перша шкала, на 10,8%. В парі Егоїстичний-Залежний, теж більше виражена перша характеристика, але різниця не така значуща, всього 6,05%. В Агресивний-Доброзичливий перша характеристика виражена більше на 7,5%. А ось в останній парі Підозрілий-Альтруїстичний розрив зовсім незначний, всього 0,95% з перевагою другої характеристики. Це може бути пов'язано з певними особливостями мотивації

респондентів, адже вся вибірка складається з чоловіків-військовослужбовців, що перенесли контузійні пошкодження мозку.

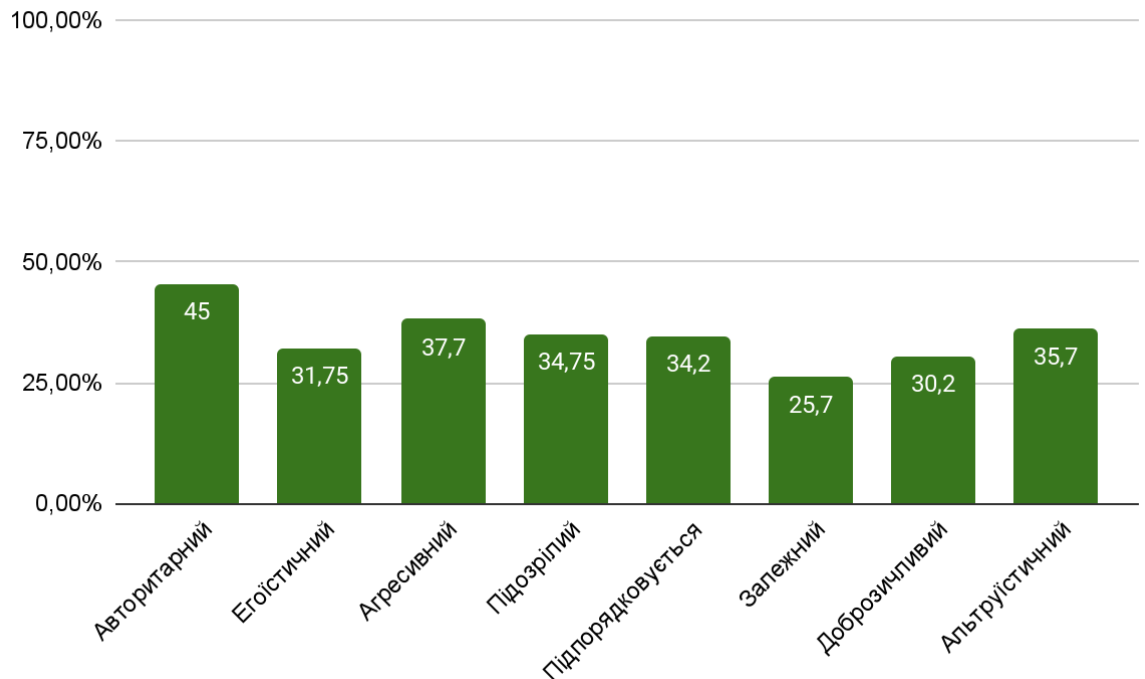


Рис. 2.16. Рівні міжособистісних відносин чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у %)

Тож, підсумовуючи результати методики діагностики міжособистісних відносин Лірі найбільш вираженими типами міжособистісної взаємодії чоловіків - військово -службовців, що зазнали контузійні пошкодження головного мозку є наступні: Авторитарний(45%), Агресивний (37,7%) та Альтруїстичний (35,7%).

Розглянемо результати методики “Тип поведінки в конфлікті” К. Томаса. методика надає результати за 5 шкалами: Суперництво, Співпраця, Компроміс, Уникнення та пристосування. По кожній з цих шкал респонденти могли набрати від 0 до 12 балів, що свідчило про рівень вираженості тієї чи іншої поведінки в конфлікті.

За шкалою суперництво середнє значення становить 4,12 бали. Ця шкала показує наскільки в конфлікті буде відстоювати свої права, ця стратегія характеризується високою оцінкою власних інтересів і при цьому знеціненню інтересів інших учасників конфлікту, відкритою боротьбою за ресурси.

Середнє значення в 4,12 бали свідчить про те що ця шкала виражена на 34,4%.

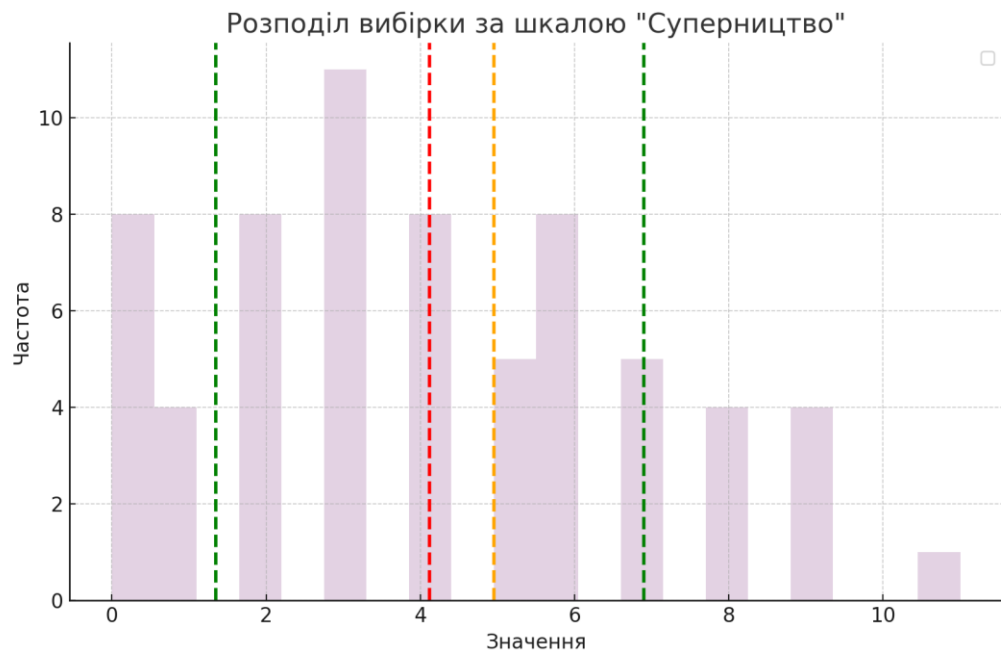


Рис. 2.17. Стратегія Суперництва в конфлікті чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

Шкала Співпраці показує рівень вираженості стратегії при якій наявна спільна спроба знайти рішення яке б задовольнило всі вимоги обох сторін. Вважається, що це найпродуктивніший стиль поведінки в конфлікті, адже він полягає у прагненні знайти рівновагу між власною метою та зацікавленістю інших. Така модель поведінки сприяє зближенню людей та конструктивній взаємодії. Середнє значення за цією шкалою дорівнює 5,91 балу, що відповідає 49,3% вираженості. Гістограма розподілу вибірки за цією шкалою зображена на рисунку 2.18

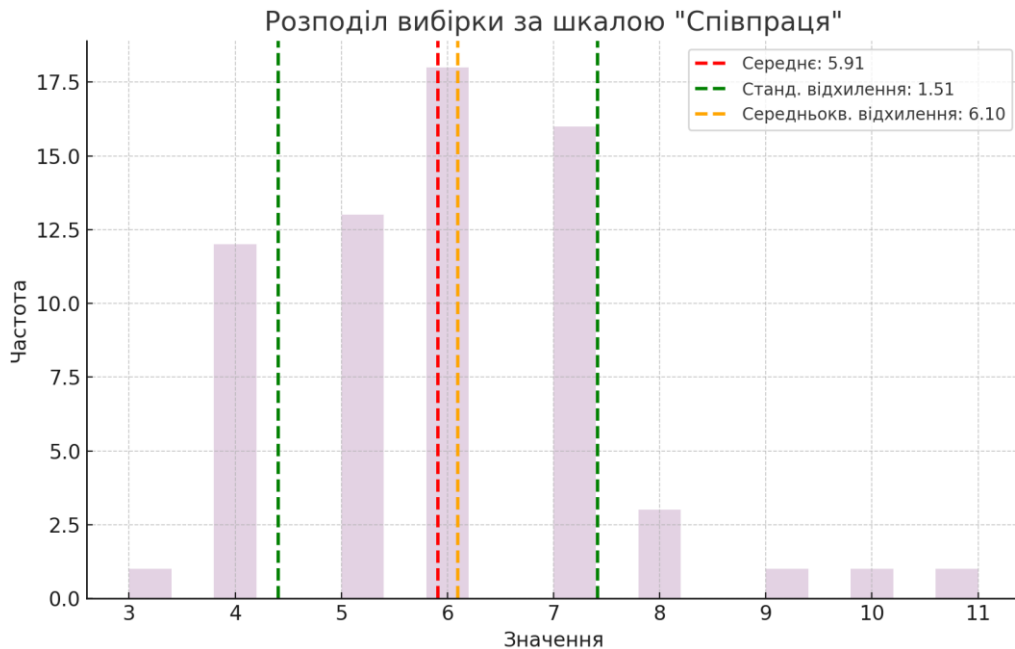


Рис. 2.18. Стратегія Співпраці в конфлікті чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

Шкала Компромісу відображає стратегію, що характеризується бажанням опонентів завершити конфлікт частковими поступками, відмовою від частини вимог, що раніше висувалися, готовністю визнати претензії іншої сторони частково обґрунтованими, готовністю вибачити. На відміну від Співпраці, в цій результаті цієї стратегії задовольняються не всі потреби людини, але і не ігноруються всі, як це зазвичай буває під час стратегії Уникнення. Графік розподілу вибірки зображений на рисунку 2.19 нижче. Середнє значення за цією шкалою дорівнює 7,50 бали, що дорівнює 62,5% вираженості, що в свою чергу є найбільшим показником серед всіх стратегій. Тож можна казати що стратегія Компромісу є найбільш вираженою серед чоловіків-військовослужбовців, що зазнали контузійних пошкоджень.

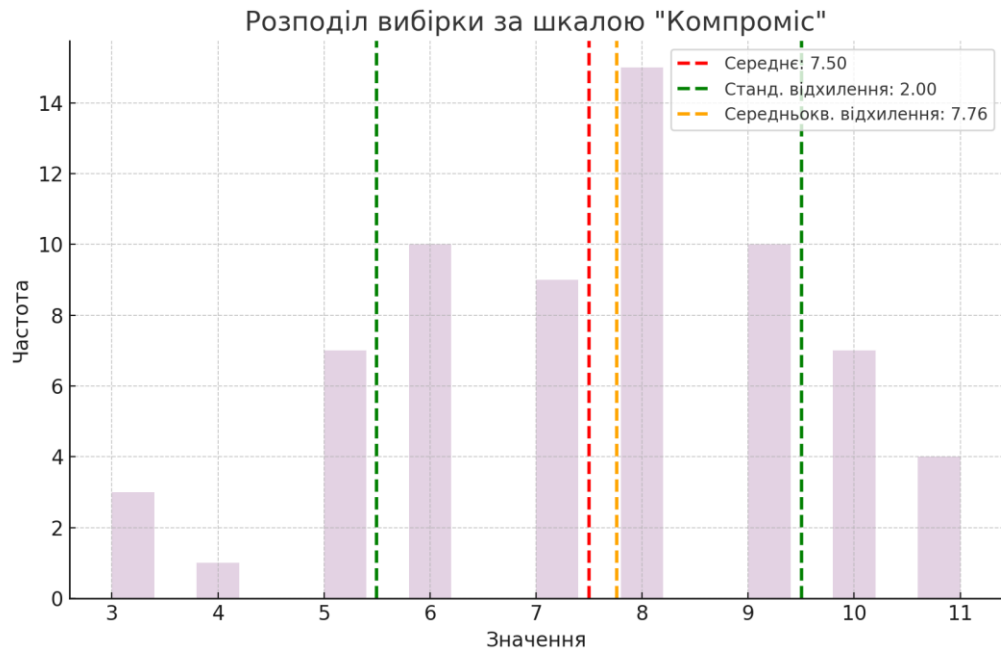


Рис. 2.19. Стратегія Компромісу в конфлікті чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

Стратегія уникнення характеризується спробою вийти з конфлікту при мінімумі втрат. Уникаючи конфлікту, людина прагне відійти від конфронтації, від реального вирішення конфлікту, подібна стратегія може призвести до ескалації проблеми. Типовими формами для цієї стратегії є: мовчання, ігнорування, повна відмова від стосунків з протилежною стороною тощо. Середнє значення за шкалою Уникнення дорівнює 5,71 бал. Себто рівень вираженості цієї методики дорівнює 47,5%.

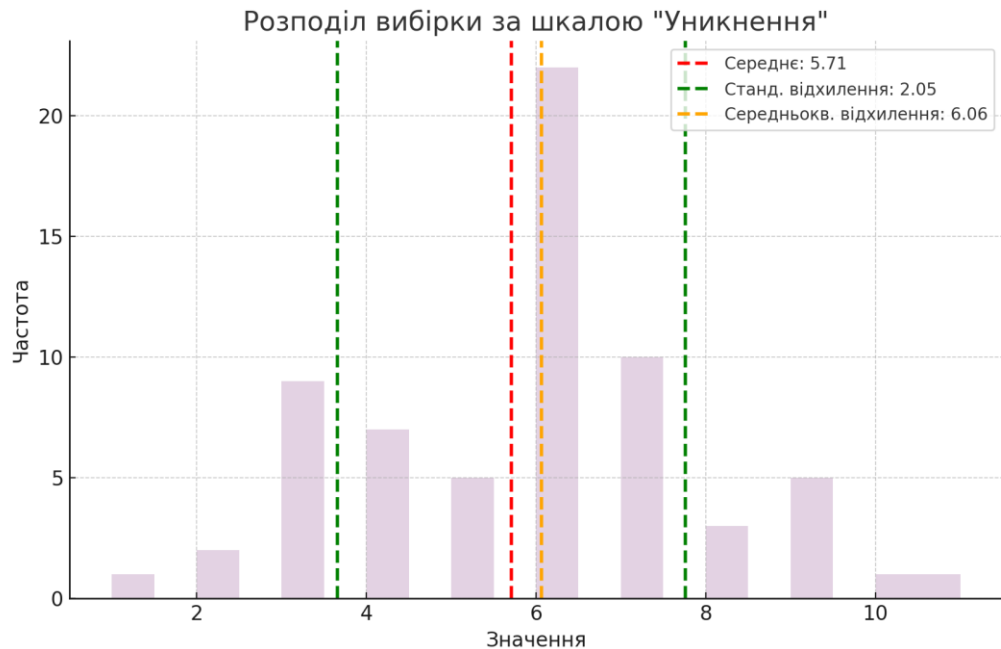


Рис. 2.20. Стратегія Уникнення в конфлікті чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

Стратегія Пристосування розглядається як вимушена або добровільна відмова від боротьби та здавання своїх позицій. Себто людина діє спільно з іншою стороною, навіть не намагаючись відстоювати власні інтереси. Така стратегія зовні схожий на стратегію Уникання, але суттєва відмінність полягає в тому, що особистість, яка застосовує стиль пристосування, не ухиляється від вирішення проблеми, а діє спільно з опонентом, погоджуючись на його варіант розв'язання конфлікту, ігноруючи при цьому власні інтереси. Під час уникнення теж ігноруються власні інтереси, але так само ігноруються і інтереси опонента, на відміну від Пристосування. Середнє значення за шкалою Пристосування дорівнює 4,82 бали, що відповідає 40,2% вираженості. Графік розподілення результатів за цією шкалою з статистичними даними відхилення зображений нижче.

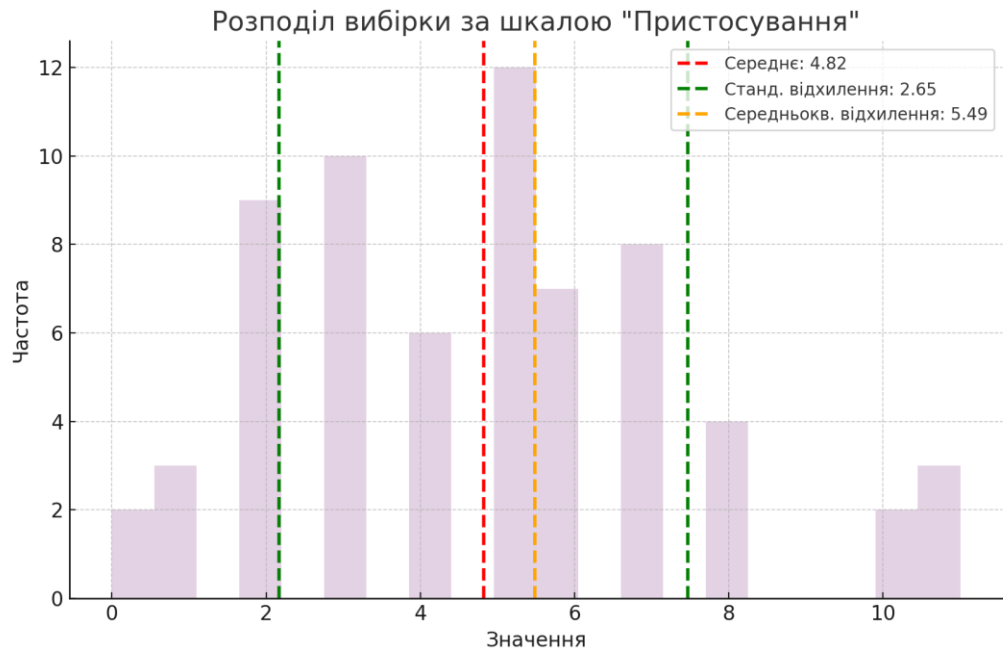


Рис. 2.21. Стратегія Пристосування в конфлікті чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у балах)

Порівняймо рівні вираженості всіх шкал. Для візуальної наочності зобразимо всі шкали на графіку (рис 2.22).

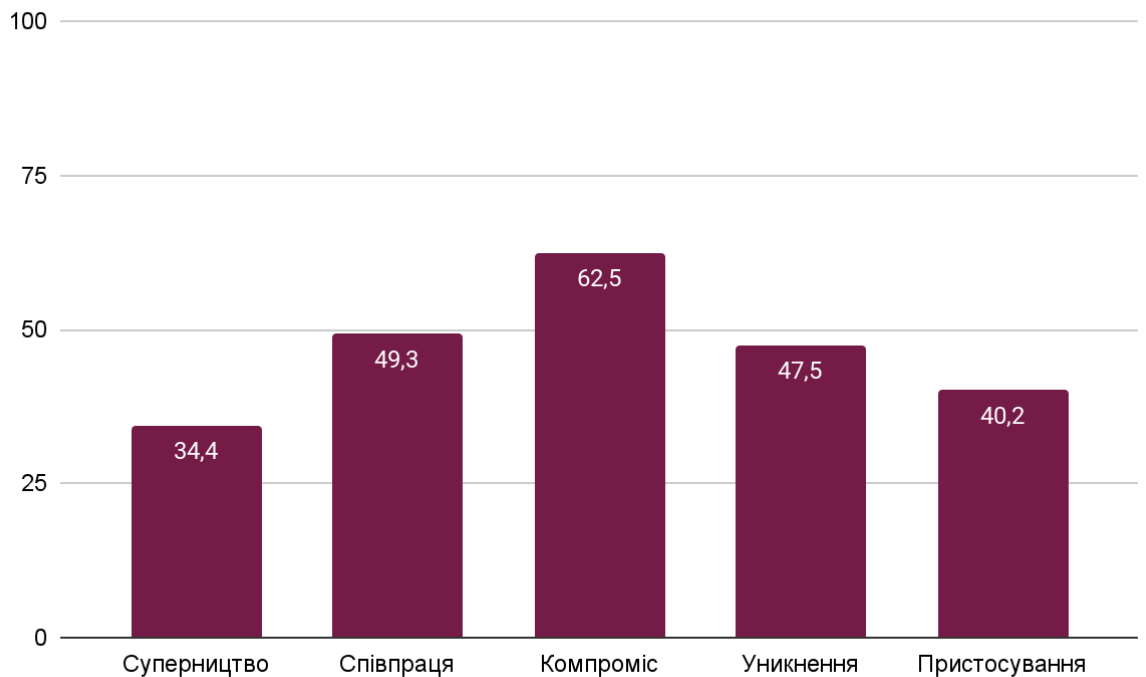


Рис. 2.22. Стратегія поведінки в конфлікті чоловіків-військових, що зазнали контузійних пошкоджень (у %)

З графіку бачимо, що найбільш вираженою стратегією в конфлікті у чоловіків-військовослужбовців, що зазнали контузійних пошкоджень є Компроміс. Наступною за значущістю Співпраця, а потім Уникнення. Найменш виражене Суперництво. Між найбільшою і найменшою шкалою існує суттєвий розрив в 28,1%. Враховуючи особливості контексту опитуваних такий розподіл стратегій вирішення конфліктів є доволі зрозумілим і очікуваним.

2.3. Аналіз взаємозв'язків між результатами методик

Для дослідження наявності взаємозв'язків між особливостями комунікативних процесів та різними симптомами ПТСР було вирішено використовувати кореляційний аналіз.

Себто метод обробки статистичних даних, що полягає у встановленні коефіцієнтів кореляції між змінними. Для встановлення кореляційних зв'язків було обрано коефіцієнт кореляції Пірсона, який характеризує існування лінійної залежності між двома величинами.

Зазначається, що при значенні $|x| \geq 0,5$ кореляція вважається високою. А при $0,3 \leq |x| \leq 0,5$, кореляція слабка, але все ще наявна. З таблиці 2.1, на якій зображено коефіцієнти кореляції між шкалами методики Стратегії поведінки в конфлікті" Томаса та Опитувальником PCL-5, бачимо що існує 7 істотних взаємозв'язків та 3 слабких зв'язка.

Таблиця 2.1

Коефіцієнт кореляції Пірсона між шкалами методики PCL-5 та методики Томаса

	Кластер В	Кластер С	Кластер D	Кластер Е
Суперництво	0,09	0,65	0,08	-0,09
Співпраця	-0,19	-0,43	-0,06	-0,17

Компроміс	0,51	-0,26	0,80	0,83
Уникнення	0,03	-0,82	0,29	0,36
Пристосування	-0,37	0,05	-0,76	-0,56

 - існує сильний зв'язок між змінними

 - існує слабкий зв'язок між змінними

Розглянемо детально встановлені кореляції. Кластер В (симптоми інтрузії) має значущу кореляцію зі стратегією Компромісу, яка дорівнює 0,51. Себто чим більше людина має нав'язливих спогадів про подію, тим частіше вона буде намагатися вирішити конфлікт так, щоб її інтереси були задоволені, але готова поступитися дечим. Також існує слабкий обернений зв'язок між симптомами інтрузії та стратегією Пристосування. Тобто чим більше людина має страшних снів чи нав'язливих думок про травматичну подію, тим рідше вона буде повністю поступатися своїми інтересами заради інтересів опонента.

Шкала Суперництва та Кластер С, який позначає симптоми уникнення, мають кореляцію 0,65. Себто чим більше людина має симптомів уникнення (думок, людей які нагадують про подію тощо), тим більше людина буде обирати стратегію Суперництва в конфлікті, відстоювати свої права та не йти на поступки. Цікавим є також кореляція цього кластеру з Стратегією уникнення, вона є обернено значущою і дорівнює -0,82. Тобто чим більше людина уникає згадок про травматичну подію, тим менше вона буде уникати конфліктів та мовчки ігнорувати їх. З чим може бути пов'язаний такий феномен можна дослідити в майбутньому. Також встановлено слабкий обернений зв'язок між симптомами уникнення та стратегією Співпраці, він дорівнює -0,43. Це свідчить про те, що чим більше особа уникає згадувати про травматичну подію, тим менше вона буде обирати співпрацю для вирішення конфлікту.

Кластер D (негативні думки та емоції) має прямий істотний зв'язок зі

стратегією Компромісу. Себто чим більше людина має негативних думок про подію, чим частіше переживає негативні емоції пов'язані з травмою, тим частіше вона буде звертатися до компромісу під час вирішення конфліктних ситуацій. І це власне підтверджує обернену кореляцію цього кластера зі стратегією Пристосування. Чим більше негативних думок про подію, тим рідше в конфлікті людина повністю буде задовольняти потреби опонента. Але при цьому наявний слабкий зв'язок зі стратегією уникнення. Себто людина скоріше просто мовчки вийде з конфлікту, аніж буде охоче задовольняти інтереси іншої сторони.

Кластер Е, який показує вираженість надмірної реактивності, теж має сильний прямий зв'язок зі стратегією Компромісу 0,83 та обернений зі стратегією Пристосування -0,56. Тобто чим більше в людини виражена надмірна реактивність нервової системи, тим частіше вона буде обирати Компроміс в якості стратегії вирішення конфлікту, і тим рідше буде Пристосовуватись чи йти на поступки.

Підсумовуючи можна зазначити, що чим більш виражений посттравматичний стресовий розлад має людина, тим частіше вона буде обирати стратегію пошуку компромісу в конфлікті і тим рідше буде йти на поступки чи обирати стратегію пристосування.

Розгляньмо коефіцієнти кореляції між опитувальником PCL-5 та Методикою діагностики міжособистісних відносин Лірі, що представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Коефіцієнт кореляції Пірсона між шкалами методики PCL-5 та методики Лірі

	Кластер В	Кластер С	Кластер D	Кластер Е
Авторитарний	-0,02	0,14	-0,29	-0,33

Егоїстичний	0,10	0,12	-0,23	-0,23
Агресивний	0,16	-0,05	-0,07	0,01
Підозрілий	-0,42	-0,07	-0,52	-0,51
Підпорядковується	-0,39	0,10	-0,69	-0,60
Залежний	0,05	0,24	-0,45	-0,26
Доброзичливий	0,19	0,28	-0,34	-0,19
Альтруїстичний	0,54	-0,05	0,05	0,20

 - існує сильний зв'язок між змінними

 - існує слабкий зв'язок між змінними

Загалом виявлено 5 сильних взаємозв'язки та 5 слабких. Кластер В показує наявність симптомів інтрузії і має сильний зв'язок зі шкалою Альтруїстичний, який дорівнює 0,54. Це свідчить про те, чим більше людина має нав'язливих спогадів чи флешбеків, тим більш альтруїстично вона буде поводитись у взаємодії з іншими. А кореляції зі шкалами Підозрілий та Підпорядковується, що дорівнюють 0,42 та -0,39 відповідно, свідчить про те, що чим більше в людини виражені симптоми інтрузії, тим менше вона буде підпорядковуватись чи поводитися підозріло.

Кластер С не має значущих кореляційних зв'язків з жодною зі шкал. Кластер D має обернений зв'язок з шкалами Підозрілий (-0,52) і Підпорядковується (-0,69) та Залежний (-0,45) і Доброзичливий (-0,34). Себто значить чим більше людина має негативних думок про травматичну подію, тим менше він буде поводитись підозріло в контакті чи підпорядковуватись; і також менше поводитись залежно чи доброзичливо у міжособистісній взаємодії.

Також була виявлена сильний обернений зв'язок між Кластером Е та шкалами Підозрілий (-0,51) та Підпорядковується (-0,6). Що знову ж таки

свідчить про те, що людина менше буде обирати таку форму побудови міжособистісної взаємодії, якщо буде мати більш виражені симптоми надмірної реактивності. Окрім цього, було виявлено слабкий обернений зв'язок цього кластера зі шкалою Авторитарний, який дорівнює $-0,33$. Що свідчить про те що чим більше людина має виражених нервового напруження пов'язаного з травматичною подією, тим менш Авторитарно буде поводитись в контакті з іншими людьми.

Підсумовуючи, можна зазначити, що чим більше людина має виражені симптоми ПТСР, тим менше людина буде обирати в міжособистісній взаємодії бути підозрілим чи підпорядковуватись.

Розгляньмо, результати методик в розрізі соціального статусу респондентів.

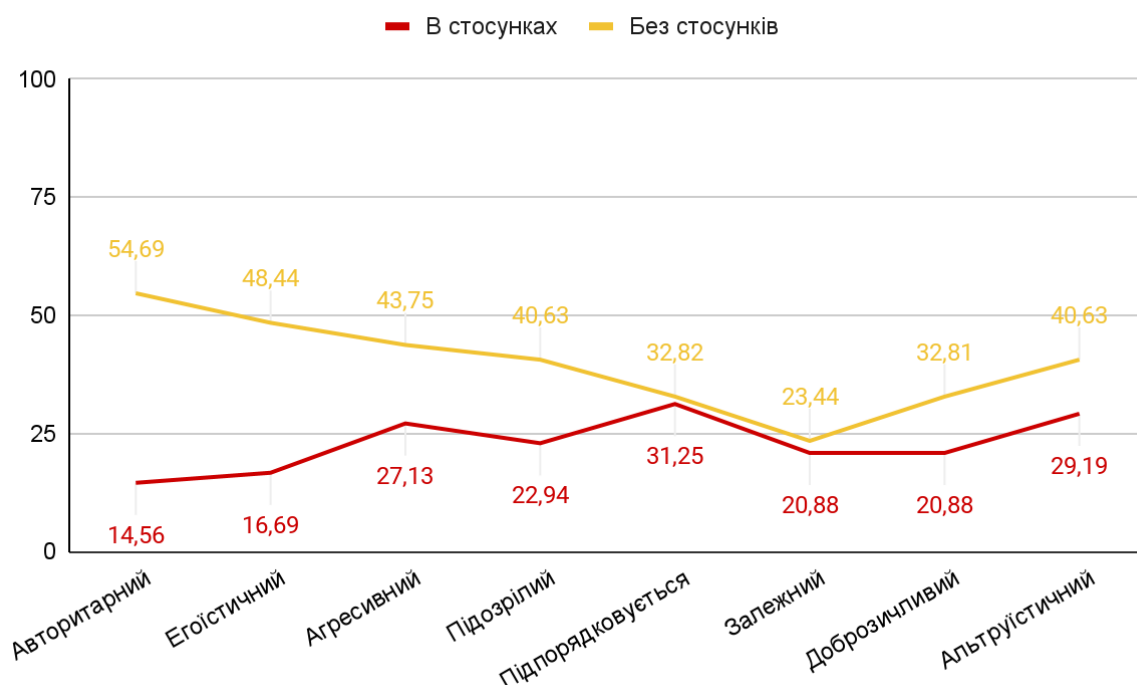


Рис. 2.23. Графік вираженості різних шкал методики Лірі (у%) респондентів в залежності від їх сімейного статусу

З графіку бачимо, що у тих чоловіків, які мають стосунки, менш виражені шкали Авторитарний, Егоїстичний, Агресивний та Підозрілий. За шкалою Авторитарний різниця складає 40,13% вираженості, за шкалою

Егоїстичний - 31,75%, Агресивний - 16,62%, Підозрілий - 17,69%. Різниця в шкалах Підпорядковується та Залежний складає менше 5 відсотків.

На рисунку 2.24 зображено графік вираженості різних шкал методики “Тип поведінки в конфлікті” Томаса. Цікаво, що суттєва різниця спостерігається в результатах шкали Суперництво. У тих респондентів, які не мають тривалих романтичних стосунків, виражена на 47,92%, а у тих, які мають ці стосунки всього 8,33%, різниця становить 39,59% і є суттєвою. За шкалою Співпраця різниця становить всього 4,17%. А за трьома іншими шкалами становить не більше 20% (13,25%; 17,42%, 10,42% відповідно).

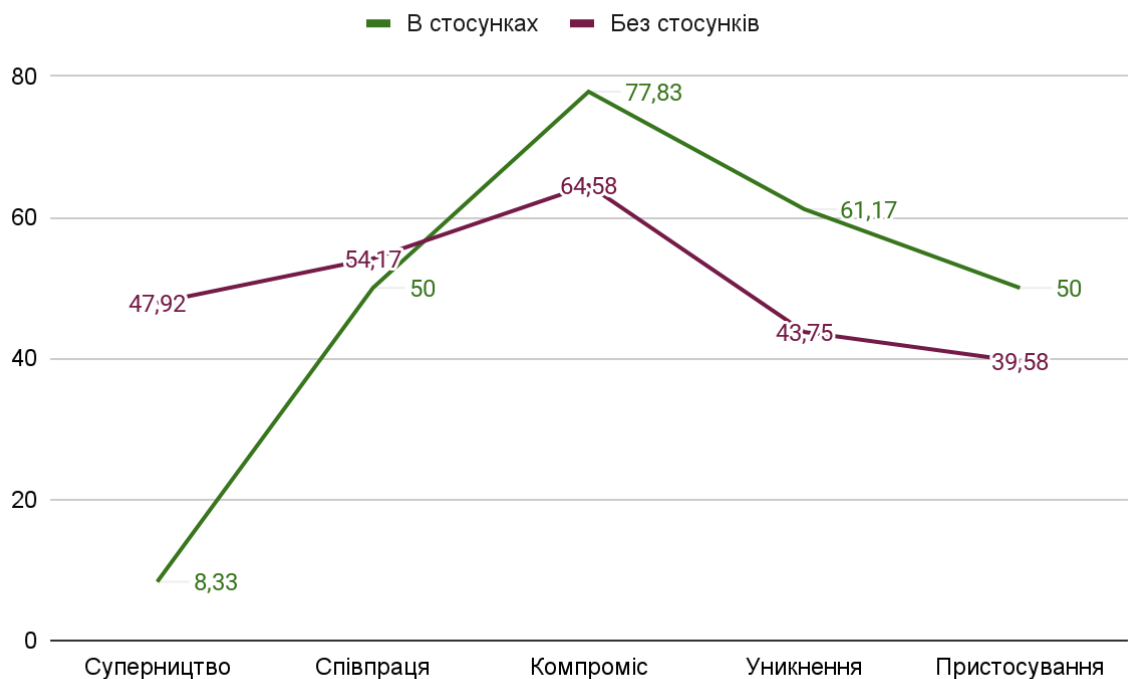


Рис. 2.24. Графік вираженості різних шкал методики Томаса (у%) респондентів в залежності від їх сімейного статусу

Підсумовуючи можна зазначити, що існує певна різниця вираженості різних стратегій поведінки в конфлікті та способів міжособистісної взаємодії в залежності від соціального статусу респондентів.

Висновки до розділу 2

В цьому розділі були представлені результати емпіричного комплексного дослідження міжособистісної комунікації людей, що зазнали контузійних пошкоджень головного мозку, респондентами якого були чоловіки військовослужбовці, що знаходяться на лікуванні в стаціонарі лікарні.

Проведене дослідження включало три етапи: теоретичний аналіз, емпіричну вибірку та аналіз отриманих результатів, використовуючи чотири психодіагностичні методики. В ході дослідження були використані: опитувальник Місісіпська шкала, опитувальник PCL-5, а також методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі та методика “Тип поведінки в конфлікті” К. Томаса.

Контузійні пошкодження головного мозку мають значний вплив на міжособистісну взаємодію та комунікаційні процеси військовослужбовців. Більшість респондентів відзначали зміни у спілкуванні після контузії, такі як підвищена дратівливість, уникнення спілкування, швидке виснаження від спілкування та збільшення нетерплячості в суперечках.

Також було виявлено, що високий рівень ПТСР корелює зі стратегією пошуку компромісу в конфліктних ситуаціях та знижує ймовірність обрання стратегії пристосування.

Застосування різних психодіагностичних методик дозволило встановити, що найбільш вираженими типами міжособистісної взаємодії серед військовослужбовців, що зазнали контузійних пошкоджень головного мозку, є авторитарний, агресивний та альтруїстичний типи.

Було звернено увагу на специфіку комунікативних змін та взаємозв'язок між поведінковими реакціями та ПТСР.

На основі отриманих даних були виявлені значні зміни в комунікативних здібностях та поведінці в конфліктах серед військовослужбовців після контузійних пошкоджень головного мозку. Результати свідчать про поширеність ПТСР та його вплив на міжособистісні відносини та поведінку у

конфліктних ситуаціях. Наукові дані підкреслюють необхідність комплексного підходу до вивчення та корекції поведінкових і комунікативних навичок у цієї групи осіб.

Було здійснено аналіз взаємозв'язків між результатами різних методик, застосованих для дослідження впливу контузійних пошкоджень головного мозку на комунікативні процеси. Зокрема, було використано кореляційний аналіз, щоб виявити зв'язки між стратегіями поведінки в конфлікті та симптомами ПТСР. Кореляційний аналіз виявив сильні взаємозв'язки між симптомами ПТСР та певними стратегіями поведінки в конфліктах, особливо зі стратегією пошуку компромісу. Симптоми ПТСР мають значний вплив на вибір поведінкових стратегій у конфліктних ситуаціях, що вказує на необхідність комплексного підходу до корекції поведінкових реакцій. Соціальний статус респондентів впливає на їхні стратегії поведінки в конфліктах та міжособистісні взаємодії, що має бути враховано при розробці програм психологічної допомоги.

РОЗДІЛ 3

ВДОСКОНАЛЕННЯ КОМУНІКАЦІЇ ТА МІЖОСОБИСТІСНОЇ ВЗАЄМОДІЇ МІЖ ЛЮДЬМИ, ЩО ЗАЗНАЛИ КОНТУЗІЙНИХ ПОШКОДЖЕНЬ ТА ЇХНІМИ БЛИЗЬКИМИ

3.1. Розробка соціально-психологічного тренінгу для людей, які зазнали контузієвих пошкоджень та їхніх близьких

Згідно з метою дослідження, однією з задач була розробка соціально-психологічного тренінгу. Враховуючи результати теоретичного аналізу та емпіричного дослідження, було розроблено соціально- психологічний тренінг для людей, що зазнали контузієвих пошкоджень та їхніх близьких.

Зробимо детальний огляд тренінгової програми:

Тренером даного тренінгу може бути будь-який психолог, психотерапевт чи соціальний працівник, який володіє арт-техніками та має навички, необхідні для проведення тренінгу.

Учасниками тренінгової програми можуть бути військовослужбовці будь-якої статі та віку, а також їхні близькі. Очікується, що на одного військовослужбовця буде приходиться одна близька людина (це може бути, дружина, дівчина, мама, друг, брат тощо), яка буде проходити весь тренінг від початку й до кінця і не змінюватись.

Метою тренінгу є: покращення міжособистісної взаємодії військовослужбовців та їхніх близьких. Цієї мети можна досягти за рахунок кращого розуміння особистісних особливостей кожного з учасників взаємодії.

Завдання тренінгової програми:

- Діагностика формування та коригування за потреби Я-образу;
- Підвищення рівня міжособистісної атракції (симпатії);
- Формування та розвиток комунікативних навичок;
- Розвиток культури спілкування;
- Формування навичок формування дружнього, згуртованого колективу через активізацію цінностей кожного члена;

- Формування почуття власної цінності, позитивного ставлення до життя, усвідомлення доцільності власного існування;
- Формування емпатії;
- Розвиток власної ініціативи у вирішенні будь-якого завдання;
- Конструктивне вирішення конфліктних ситуацій.

Обладнання. Для реалізації тренінгової програми необхідно організувати приміщення, де буде достатньо простору, щоб розмістилися усі учасники групи, столи та стільці, самозастигаюча глина різних кольорів (можна замінити пластиліном), інструменти для ліплення. Розроблений тренінг включає застосування техніки арт-терапії. Опишемо програму тренінгу, що включає ліплення з глини, але за потреби можна замінити на будь-який доступний вид арт-терапії, до прикладу, можна використовувати кольорові олівці, фарби, пісок, метафоричні карти тощо. Тренінг може бути адаптований під будь-який з доступних видів арт-терапії.

Особливість тренінгу полягає в тому, що протягом першої половини тренінгової програми, себто 4 зустрічі, відбуваються окремі зустрічі для військових і окремі зустрічі для їхніх близьких. Тобто по факту це дві окремі групи, які потім будуть об'єднані. Це дає змогу на етапі самодослідження та самодіагностики приділити достатньо часу особливостям та відмінностям кожної групи. Також на цьому етапі важливо проводити психоедукацію, і її форма буде визначатись від складу учасників групи.

Тренінгову програму можна розділити на два основні **етапи**:

1. Самодослідження;
2. Міжособистісна комунікація.

Перший етап включає створення безпечного середовища, знайомство, самодіагностику особистісних проявів, психоедукацію з приводу того, які процеси відбуваються в житті учасників групи.

Другий етап передбачає командну роботу, освоєння різних способів саморегуляції, а також підтримку та пошук нових способів комунікації й самовираження.

Кожне заняття соціально-психологічного тренінгу складається з таких основних компонентів:

- вступний шерінг (вітання, рефлексія минулого заняття, розминка);
- основна частина (вправи, створені задля досягнення мети заняття);
- завершення (рефлексія, спільне обговорення та релаксація).

В таблиці 3.1 представимо тематичний план тренінгової програми.

Таблиця 3.1

План Тренінгової програми

№	“Військовослужбовці”	“Близькі”	Час (хв)
1	Знайомство	Знайомство	120
2	Я-реальне	Я-реальне	120
3	Я-Ідеальне	Я-Ідеальне	120
4	Я -соціальне	Я -соціальне	120
5-7	Створення спільної картинки		120
8	Завершення		120

Заняття №1 Знайомство.

Мета: створення сприятливих умов для роботи у групі, ознайомлення з новою формою роботи – соціально-психологічним тренінгом та основними принципами роботи соціально-психологічного тренінгу.

Очікуваний результат: знайомство учасників один з одним, створення сприятливого психологічного клімату групи.

Зміст заняття:

Вступне слово тренера, вітання

Вправа “Імена+Прикметники”

Мета: запам’ятати імена учасників

Всі учасники стають у коло. Перший учасник називає своє ім’я та

прикметник на ту ж букву. Наприклад, Бадьорий Богдан або Дивовижна Дарина. Кожен наступний учасник спочатку повторює імена та прикметники попередніх учасників, а потім називає своє ім'я та прикметник.

«Правила нашої групи».

Мета: Створення основних правил роботи в тренінговій групі.

Час проведення: 10-15 хв.

Після того, як учасники познайомилися, ведучий пропонує їм обговорити та створити правила цієї групи. Стандартний набір правил, які може запропонувати тренер:

1. Конфіденційність та анонімність усього, що відбувається в групі. Будь-які історії, які розповідає хтось з учасників, залишаються в межах цієї групи. Якщо виникає нагальна потреба розповісти, до прикладу особистому психологу на сеансі психотерапії, історія може бути переказана, зберігаючи анонімність автора, себто без надання впізнаваних деталей особистості.

2. Повага до кордонів. Кожен з учасників має право визначити як до нього звертатись (рекомендується на "Ти" та на ім'я). Приходити на заняття вчасно в чітко окреслений час, не запізнюватись, не користуватись мобільним телефоном по можливості, вимикати звук. Не перебивати.

2. «Тут і тепер». Під час занять усі говорять лише про те, що хвилює кожного; те, що відбувається з нами у групі, ми обговорюємо тут і зараз.

3. Безоціночне спілкування. Всі учасники групи намагаються використовувати "Я-висловлювання". Себто казати "Мені неприємно, як ти до мене звертаєшся" замість "Ти неприємний".

4. Активна участь. Радиться не просто відсиджувати час, а бути активно залученим в групові активності.

5. Правило "Стоп". Будь-який учасник групи в будь-який момент часу може зупинити взаємодію, яка йому неприємна.

6. Щирість у спілкуванні. Під час роботи групи ми говоримо лише те, що відчуваємо і думаємо щодо того, що відбувається, тобто тільки правду. Якщо немає бажання говорити щиро та відверто, то ми мовчимо. Намагаємося без

образи приймати висловлювання інших членів групи.

Ці правила можуть уточнюватися, змінюватися та доповнюватися в залежності від конкретної групи та вподобань її учасників.

Вправа “Сонце світить на...”

Мета: Рух, створення сприятливого клімату в групі.

Час: 10- 15 хвилин

Учасники сидять або стоять у тісному колі. Одна особа стоїть всередині кола і кричить: «Сонце світить на...», а потім вказує на предмет одягу або колір, який є в кого-то з учасників. Наприклад, «сонце світить на того, у кого карі очі» або «сонце світить на того, на кому є шкарпетки». Усі власники зазначеного кольору або предмета одягу міняються місцями один з одним. Учасник із середини кола намагається зайняти чиєсь місце, поки гравці переміщуються. Новий учасник стає в середину кола і гра триває.

“Гра в банан”

Час: 10- 15 хвилин

Тренер вибирає якийсь предмет: банан, в'язку ключів тощо. Всі учасники стають у коло, тримаючи руки за спиною. Один доброволець стає в середину кола. Тренер обходить учасників і таємно вкладає предмет комусь у руки. Учасники починають його передавати за спиною з рук у руки, намагаючись зробити це максимально непомітно. Задача добровольця в середині — вгадати по обличчю, хто тримає предмет, і помінятися з ним місцями. Гра повторюється знову.

«Змія»

Мета: скорочення емоційної дистанції між військовослужбовцями групи.

Час проведення: 15-20 хв.

Один з учасників групи пропонується вийти в коридор або інше приміщення. Після того як він вийшов, ті, що залишилися, беруться за руки так, щоб вийшов ланцюжок. Цей ланцюжок зображує змію, а два крайні учасники – її голову та хвіст. Як це часто буває, змія згортається у всілякі

кілльця – «заплутується». (Ведучий допомагає «змії» заплутатися, надаючи ініціативу заплутування «голови». У процесі заплутування можна переступати через зімкнуті руки, підлазити під них. Наприкінці заплутування «голова» та «хвіст» змії можуть сховати свої вільні руки, але братися за руки вони не повинні.)

Коли «змія» заплуталася, ведучий запрошує військовослужбовця, який перебував за дверима, і пропонує розплутати «змію». При цьому йому можна повідомити, що вона має «голову» і «хвіст». Коротке обговорення виконання завдання

Завершення. Вправа «Повітряна кулька»

Мета: розслаблення, закріплення стану спокою.

Тренер озвучує медитацію: «Уявіть собі, що у ваших грудях знаходиться повітряна кулька. Вдихніть через ніс і повністю заповніть легені повітрям. Видихніть його ротом і відчуйте, як воно виходить з легень. Повторюйте, не поспішаючи. Дихайте та уявляйте, як кулька наповнюється повітрям і стає все більшою та більшою. Повільно видихніть ротом, ніби повітря тихенько виходить з кульки. Зробіть паузу і порахуйте до десяти. Знову вдихніть і наповніть легені повітрям. Затримайте його, порахуйте до 3-х, уявляйте при цьому, що кожна легеня — це надута кулька. Видихніть. Відчуйте, як тепле повітря проходить через легені, горло, рот. Повторіть 3 рази, вдихаючи та видихаючи повітря. Зупиніться та відчуйте, що ви сповнені енергії, а все напруження зникло».

Після виконання вправи учасники розповідають про свій досвід, наголошуючи, як їм жилося протягом цього заняття. Отримання зворотного зв'язку. Відповіді питання: «Який настрій в учасників?», «Чи змінювалося воно під час вправ?», «Що сподобалося у занятті?», «Що сподобалося?». Оголошення тематики наступного заняття.

Заняття №2 “Я реальне”

Мета: дослідження власного реального образу Я за допомогою арт-

терапевтичних технік та проективної методики.

Матеріали та обладнання: самозастигаюча глина різних кольорів, інструменти для ліплення, фартухи, дощечки для ліплення.

Зміст заняття:

Вітання учасників. Отримання зворотного зв'язку за підсумками минулого заняття: що для учасників було особливо важливим чи цікавим; запропонуйте поставити запитання, які виникли після першого заняття.

Вправа “Я Реальне”

Учасникам пропонується зліпити фігуру себе - реального. З усіма недоліками та особливостями. Дозволяється використовувати метафоричні образи та алегорії. Варто наголосити що в групі існує правило не оцінювати. І під час виконання цієї вправи не має значення якість виконання ліплення, а має значення лише метафорично-проективний зміст, який був вкладений особистістю. Під час виконання даної вправи тренер за потреби допомагає, задає уточнюючі питання та спонукає учасників до рефлексії. Для виконання цієї вправи може бути запрошений професійний гончар для того аби навчити групу більш професійно взаємодіяти з глиною та надати зліпленим образам більш естетичної форми. Але це не є обов'язковою умовою.

Після того, як всі фігурки були зліплені, відбувається свого роду презентація. Учасникам пропонується розповісти групі про свою фігуру, чому в неї саме така форма, колір чи розмір. Які емоції людина вкладала в створення. Ті образи, які були створені учасниками групи, мають залишатись в спеціально відведеному місці в кабінеті до завершення всієї тренінгової програми. За бажанням учасників вони можуть бути підписані, але рекомендується зберігати їх анонімно в закритих ящиках, так, щоб у сторонніх не було можливості розглядати їх.

Обговорення емоцій, які виникали під час виконання цього завдання.

За потреби після цієї вправи можлива психоедукаційна бесіда з питань актуальних переживань групи. Рекомендується в довільній формі розповісти про посттравматичний стресовий розлад, форми конфліктів, агресивність,

наслідки контузійних пошкоджень та інших травм тощо.

Фінальний шерінг. “З якими почуттями ви уходите з цього заняття? Що цінного дізналися про себе сьогодні?”. Оголошення теми наступного заняття. Прощання.

Заняття №3 “Я ідеальне”

Мета: дослідження ідеального образу власного Я за допомогою арт-терапевтичних технік та проективної методики.

Матеріали та обладнання: самозастигаюча глина різних кольорів, інструменти для ліплення, фартухи, дощечки для ліплення.

Зміст заняття:

Вітання учасників. Отримання зворотного зв'язку за підсумками минулого заняття: що для учасників було особливо важливим чи цікавим; запропонуйте поставити запитання, які виникли після попереднього заняття.

Вправа “Я Ідеальне”

Як і на попередньому занятті, учасникам пропонується використовувати самозастигаючу глину. В цій вправі потрібно виліпити себе ідеального. Кожен учасник може бачити ідеальну версію себе по-своєму. Рекомендується не навіювати та не підказувати варіанти під час надання інструкцій. Але якщо у групи виникають проблеми можна задавати навідні питання, як от “Яке було б життя вашої мрії?”, “Які сфери вашого життя були б виражені і як?”, “Як би вам хотілося виглядати в ідеалі?”, “На яку тварину ви б дуже хотіли бути схожим і чому?” тощо. Варто зважати, що ці питання можуть як спонукати учасників групи до творчого вираження власного я, так і плутати та зупиняти. Ці питання можуть навіювати певний напрямок творчості, що може негативно впливати на весь процес виконання вправи.

Після завершення ліплення відбувається групова рефлексія. Тренер спонукає кожного учасника до обговорення та самодослідження чому було обрано той чи інший колір, які переживання супроводжували учасників впродовж виконання цієї вправи. За бажанням можна запропонувати

учасникам порівняти “Я-реальне” та “Я-ідеальне” які вони створили, спонукати до рефлексії з приводу різниці чи схожості.

Фінальний шерінг. “З якими почуттями ви уходите з цього заняття? Що цінного дізналися про себе сьогодні?”. Оголошення теми наступного заняття. Прощання.

Заняття №4 “Я соціальне”

Мета: самодослідження особливостей міжособистісної взаємодії за допомогою арт-терапевтичних технік та проективної методики.

Матеріали та обладнання: самозастигаюча глина різних кольорів, інструменти для ліплення, фартухи, дощечки для ліплення.

Зміст заняття:

Вітання учасників. Отримання зворотного зв'язку за підсумками минулого заняття: що для учасників було особливо важливим чи цікавим; з'ясування чи виникли запитання після попереднього заняття.

Вправа “Я Соціальне”

Учасникам пропонується подумати над тим, як вони взаємодіють зі світом. Який ви брат/син/друг/побратим (дружина/мати/донька) тощо? Подумати над тим, які соціальні якості проявляються, в якій формі і коли. І спробувати виразити ці відповіді за допомогою глини. Заохочується використання метафоричних образів та алегорій. Під час виконання даної вправи тренер за потреби допомагає, задає уточнюючі питання та спонукає учасників до рефлексії. Можливо учасники групи захочуть зліпити не тільки себе, а й цілу систему соціальних зв'язків. Ціль даної вправи дослідити як людина уявляє свої соціальні прояви та міжособистісну взаємодію.

Після завершення роботи з глиною тренер заохочує групу до обговорення та рефлексії на тему соціальних проявів. Важливо уважно слідкувати за конфліктами, що виникають та вчасно реагувати фасилітацією.

Фінальний шерінг. “З якими почуттями ви уходите з цього заняття? Що цінного дізналися про себе сьогодні?”. Оголошення теми наступного заняття.

Також тут треба зазначити, що з наступного заняття групи військовослужбовців та їх близьких будуть об'єднані і до кінця тренінгової програми робота буде відбуватися у великій, об'єднаній групі. Прощання.

Заняття №5-7 Створення спільної картини.

Мета: Формування та розвиток комунікативних навичок, розвиток культури спілкування, підвищення рівня міжособистісної атракції (симпатії).

Матеріали та обладнання: фігури (Я-образи) створені всіма учасниками групи на попередніх зустрічах, самозастигаюча глина різних кольорів, інструменти для ліплення, фартухи, дощечки для ліплення.

Хід занять:

Оскільки на цьому етапі створюється нова об'єднана група з двох попередніх (група військовослужбовців та група їхніх близьких), то треба враховувати час на адаптацію і створення безпечного мікроклімату в новій групі.

Перший час треба витратити на те, щоб учасники освоїлися в новій групі, познайомились. За бажанням поділилися результатами попередніх зустрічей тренінгу.

Протягом наступних трьох зустрічей учасники мають створити спільну картину. Даючи інструкцію тренеру варто орієнтуватися на динаміку групи. Це може бути завдання створити спільну історію, місто чи поселення, казку, словом будь що. Головна мета: щоб це було спільне творіння, і всі учасники групи приймали участь. Учасники можуть використовувати свої напрацювання за попередні три зустрічі тренінгу, а можуть ліпити щось абсолютно нове.

На цьому етапі можуть виникати різні сценарії групової взаємодії і різні групові динаміки. Важливо уважно слідкувати за груповим процесом та зберігати баланс між свободою самовираження, але при цьому не допускати травматизації чи ретравматизації учасників групи.

Очікується, що протягом цих трьох занять учасники будуть розвивати власні навички міжособистісної комунікації, проявляти власні потреби та бажання, відстоювати власні кордони та шукати компроміси в творчому самовираженні. На початку та в кінці кожної зустрічі все так само треба виділяти час на початковий та фінальний шерінг, обговорення почуттів, що виникають в учасників.

Заняття №8. Завершення

Мета: Завершення тренінгової програми, підбиття підсумків.

Зміст заняття:

Вітання учасників. Отримання зворотного зв'язку за підсумками минулого заняття: що для учасників було особливо важливим чи цікавим; з'ясування чи виникли запитання після попереднього заняття. Зазначення що це остання зустріч, що сьогодні прощання та підведення підсумків.

Вправа “Дякую тобі за...”

Учасники по черзі виходять в центр. Коли людина знаходиться в центрі, всі інші учасники по черзі дякують за щось цьому учаснику. Варто відрефлексувати чому навчила вас ця людина, яку цінність принесла в групу тощо. “Дякую тобі за...” можна замінити на “Ти молодець, тому що...” чи “Я б теж хотів так вміти, як ти...” тощо.

Подарунки

Імена всіх учасників пишуть на листочках і кладуть у коробку. Учасники витягують чиєсь ім'я (не своє). Їм надається час, щоби вигадати подарунок, який би вони подарували цій людині. Таким чином, кожен учасник подарує комусь ментальний подарунок і отримує щось навзаєм.

Вправа "Лист побажань"

Кожний учасник отримує папір. Тренер дає інструкцію: внизу аркуша запишіть своє ім'я. Кожен учасник повинен записати побажання на кожному папері за колом, потім згорнути його так, щоб не було видно наступним учасникам, які писатимуть далі. В результаті кожен учасник отримує багато

разів складений лист з побажаннями всіх учасників тренінгу.

Завершально-прощальний шерінг. Обговорення тренінгу, підведення підсумків. Прощання.

Дана тренінгова програма може бути видозмінена та адаптована. Рекомендований розмір групи 10 військовослужбовців + 10 родичів. Рекомендована частота зустрічей двічі на тиждень. В такому випадку вся тренінгова програма буде тривати близько місяця.

3.2. Методичні рекомендації психологам щодо проведення соціально-психологічного тренінгу та оцінка його ефективності

На сьогодні в психологічній практиці для опису групових методик роботи з людьми часто використовується термін "соціально-психологічний тренінг" (СПТ). У наукових джерелах можна знайти різні визначення СПТ. Зокрема, Ю.Н. Ємельянов розглядає СПТ як комплекс методів, спрямованих на розвиток здібностей до навчання і освоєння різноманітних складних видів діяльності [23].

В дослідженнях Л.А. Петровської соціально-психологічний тренінг описується як метод психологічного впливу, реалізований через інтенсивне навчання в групі. Цей термін часто вживається в широкому значенні для опису унікальних освітніх форм, що включають навчання комунікативним навичкам та їх корекцію [56]. Через широкий спектр завдань, які можна вирішити за допомогою СПТ, існує велика різноманітність його форм. Це різноманіття можна умовно поділити на дві категорії: 1) тренінги, спрямовані на розвиток специфічних умінь; 2) тренінги, націлені на поглиблення аналізу комунікаційних ситуацій, підвищення адекватності самоаналізу, аналізу співрозмовника та групової динаміки загалом.

Жуков Ю.І., Петровська Л.А. та Растянніков П.В. описують соціально-психологічний тренінг (СПТ) як область прикладної психології, яка фокусується на застосуванні активних групових методів у психологічній

роботі з метою покращення комунікативної компетентності. Вони визначають комунікативну компетентність як здібність встановлювати та підтримувати контакти з іншими людьми [25]. До складу комунікативної компетентності входить весь набір знань і навичок, необхідних для ефективного спілкування.

Тренінг описується як набір активних групових методів, призначених для здійснення трансформаційного впливу на особистість. Основним компонентом тренінгу в цьому контексті є психологічний вплив групи на індивіда. Ковальов А.Г. тлумачить психологічну дію як взаємодію між індивідами (або індивідом та групою), що зумовлена конкретними мотивами та має на меті змінити чи зміцнити певні психологічні аспекти, такі як переконання, думки, ставлення, установки [32]. Цей вплив може мати місце у двох типах взаємовідносин: «суб'єкт-об'єктних» та «суб'єкт-суб'єктних». У суб'єкт-об'єктних стосунках одна сторона виступає як маніпулятор, а друга – як об'єкт маніпуляції (наприклад, у тренінгах поведінки), тоді як у суб'єкт-суб'єктних стосунках встановлюється рівноправність психологічних позицій, як це відбувається в особистісно-орієнтованих тренінгах.

У контексті тренінгових груп припускається, що кваліфікація, професійна підготовка та досвід керівника групи значно перевищують такі ж показники інших учасників. Роль та вплив керівника в групі є вирішальними. Ступінь контролю, який ведучий здійснює над групою, може відрізнятися в залежності від конкретної ситуації, але зазвичай він не відпускає повністю кермо керування. Одночасно із завданням спонукати учасників до максимальної особистої відповідальності та самостійності, ведучий, будучи єдиним фахівцем серед учасників, також відповідає за добробут кожного члена групи. У будь-яких рольових відносинах діяльність керівника зводиться до взаємодії з учасниками групи.

Вважається, що ключовим фактором, який впливає на успіх або невдачу тренінгу, є особистість психолога-керівника. Проте, навіть володіння певними особистісними характеристиками не гарантує здатності бути ефективним керівником, хоча часто вказують на важливість таких рис, як ентузіазм,

лідерські якості, впевненість у собі, високий інтелект. Особливу увагу приділяють таким якостям керівника, як зрілість, урівноваженість, розсудливість, міцність "Его", відсутність схильності до тривоги, емпатія, розвинена інтуїція, багата уява, здатність допомагати іншим, стійкість перед фрустрацією та невизначеністю, а також відсутність схильності до зайвої рефлексії. Важливо також для керівника бути свідомим своєї конфліктності в певних ситуаціях, розуміти свої потреби, мотиви та цінності. Часто зазначають, що керівники мають аналогічний набір якостей, що і інші учасники групи, але у них більш розвинені ті якості, які вважаються позитивними, згідно з підходом Роджерса, такі як щирість, емпатія та душевне тепло.

Фундаментальні дослідження стилів керівництва в малих групах були здійснені К. Левіним та його колегами. У рамках цих досліджень було виокремлено три основні стилі керівництва: авторитарний, демократичний та ліберальний, та аналізовано їх вплив на продуктивність груп та задоволеність учасників досвідом роботи в таких групах. Авторитарний стиль вирізняється домінуванням керівника і високою структурованістю, де рішення приймаються керівником одноосібно. У демократичному стилі керівник сприяє обговоренню та формуванню політики групи разом з учасниками. Ліберальний стиль характеризується перевагою звичайних членів групи та низьким рівнем організації, з мінімальною участю керівника в формуванні напрямків діяльності. Результати досліджень чітко свідчать, що демократичні керівники є більш ефективними, ніж авторитарні, які можуть придушувати індивідуальність учасників, чи ліберальні, які не надають достатнього керівництва. Окрім того, демократичний (а також авторитарний) стиль керівництва часто пов'язують з вищими показниками досягнень у тренінгових групах.

Більшість психотерапевтів вважають демократичний стиль керівництва найбільш відповідним. Загалом, ставлення до директивності, яка є характерною для авторитарного стилю, носить переважно негативний

характер. Однак, дослідження вказують на те, що в деяких випадках авторитарний підхід може бути необхідним: 1) коли завдання, поставлені перед групою, вимагають чіткої структури; 2) коли учасники групи переживають високий рівень стресу; 3) коли динаміка в групі настільки заплутана, що учасникам важко повністю розуміти процеси, які відбуваються [88].

Питання про оптимальний рівень втручання керівника у діяльність групи є ключовим у дебатах щодо групової психологічної роботи. Деякі дослідники аргументують, що організованість керівництва сприяє ранній кооперації у групі, знижує рівень тривожності як у керівника, так і в інших членах групи, пом'якшує опір до групових впливів і вносить чіткість у очікування всередині групи. Це створює умови для фокусування як на індивідуальних проблемах окремих учасників, так і на загальних цілях групи. Соціально-психологічні дослідження вказують, що на початкових етапах розвитку групи її члени зазвичай віддають перевагу більш вираженому лідерству та домінуванню керівника [40].

З іншого боку, існує думка, що у групах, де переважає атмосфера необмеженої центрованості на керівнику, останньому часто доводиться обмежувати діяльність членів групи для забезпечення порядку. Такі обмеження можуть спричинити у членів групи розвиток відчуття відчуження від групи та недовіри до неї. Існує небезпека, що у таких умовах у групі сформується залежність від керівника, на якого буде покладена вся відповідальність за активні дії та реалізацію завдань.

Акцентується, що для керівника важливо подолати тенденцію членів групи до залежності, надихнути їх на впевненість у власних силах та переконати в необхідності самостійного управління. Віра керівника в здібності та внутрішні ресурси членів групи стимулює їх до здійснення всіх можливих зусиль для власного розвитку. Такий підхід базується на припущенні, що члени групи, стикаючись з труднощами та стресом у структурованому середовищі, досягнуть розуміння необхідності організації та усвідомлення

відповідальності, яка супроводжує свободу самостійних та конструктивних дій. Успішне втілення такої стратегії сприяє створенню позитивного клімату в групі, який характеризується високим рівнем згуртованості.

Оцінка ефективності тренінгу після його завершення є критично важливою. Цей процес включає визначення, чи були досягнуті визначені цілі тренінгу, аналіз якості його проведення, оцінку співвідношення витрат та користі від навчання, а також визначення практичної цінності тренінгу, зокрема, наскільки ефективно особистість здатна застосовувати отримані знання та навички в реальному житті. Оцінка ефективності дозволяє зрозуміти реальний вплив тренінгу на розвиток та зміцнення компетенцій учасників.

Результати оцінки тренінгу мають ключове значення для удосконалення програми цього конкретного тренінгу, а також для стратегічного планування майбутнього навчання учасників та розвитку системи навчання в цілому. Чітко визначені методики та критерії оцінки, розроблені до початку тренінгу, є вирішальними для його успішності. Без добре продуманої системи оцінки існує значний ризик, що тренінг буде неефективним. Розробкою цих методик і критеріїв зазвичай займається тренер, який враховує специфіку тренінгу та очікувані результати.

Сучасний підхід до оцінки ефективності навчальних програм часто базується на моделі Д. Кіркпатріка, який визначає чотири основні рівні оцінки [21]: Реакції - оцінка того, наскільки учасникам сподобався тренінг; Засвоєння - оцінка рівня засвоєних знань, навичок та ставлень; Поведінки - оцінка того, чи змінилась поведінка учасників після тренінгу; Результатів - оцінка впливу зміненої поведінки на загальні цілі та результати організації. Ця модель дозволяє всебічно оцінити ефективність навчальних програм, починаючи від безпосередньої реакції учасників до довгострокового впливу на їхню поведінку та результати діяльності організації.

В. Ромек та його колеги визначають основні принципи психологічної допомоги особам у кризовому стані, спричиненому психологічним дистрес та травматичними подіями. Ці принципи включають:

1. Емпатичний контакт: встановлення співчутливого зв'язку з клієнтом.
2. Невідкладність: надання допомоги без зволікання.
3. Високий рівень активності психолога: активна участь психолога у процесі допомоги.
4. Обмеження цілей: концентрація на вирішенні конкретної проблеми.
5. Підтримка: надання підтримки та розуміння клієнту.
6. Сфокусованість на проблемі: зосередженість на вирішенні основної проблеми.
7. Повага: поважне ставлення до клієнта.

У випадках травматичної кризи психологічна допомога зазвичай надається в короткі терміни. Ця допомога може бути груповою або індивідуальною. У роботі з клієнтами, що пережили травматичний досвід, часто використовується групова форма допомоги. Головні цілі групової психотерапії з такими клієнтами включають:

1. Емоційне переживання травми в безпечному груповому середовищі.
2. Спілкування з людьми, які також пережили травму.
3. Спостереження за тим, як інші реагують на сильні емоції за підтримки групи.
4. Можливість допомагати іншим, що допомагає змінити увагу зі своїх негативних думок.
5. Набуття нових взаємин.

Також серед методів кризових інтервенцій виділяють такі етапи роботи з людьми, як:

1. Опрацювання почуттів: учасникам ставлять питання про їх розуміння події, думки та переживання.
2. Обговорення симптомів та надання підтримки: учасники діляться своїми тілесними відчуттями та отримують підтримку в групі.
3. Мобілізація ресурсів: розробка індивідуальної психологічної допомоги для подальшої реадaptaції особистості.

Це допомагає уникнути або зменшити психологічні наслідки травми та

є одним з основних методів соціально-психологічної допомоги військовим українським військовим [71].

Варто зазначити думку О.В. Євтіхова, що тренінгова група є інструментом і середовищем для спеціальних змін учасників тренінгу. Він посиляється на дослідження фахівців, таких як М.І. Козлова, Ф. Рейс, Б. Сміт, А. Елліс, і виділяє кілька факторів, які сприяють змінам учасників в групі. Перш за все, членство в групі дозволяє людині відчувати, що її проблеми не унікальні і що вона не сама зі своїми проблемами. Крім того, емоційна підтримка групи та допомога іншим учасникам групи сприяють зниженню захисних механізмів, підвищенню самооцінки та самоповаги. Можливість виражати емоції та отримувати зворотний зв'язок від групи також допомагають учасникам розкрити особистісні проблеми та переробити їх. Нарешті, спостереження і осмислення власного досвіду в групі дозволяють учасникам краще розуміти свої мотиви, реакції та роль у конфліктних ситуаціях. Особлива увага приділяється також зворотньому зв'язку, який є важливим механізмом для досягнення результативності психологічного тренінгу. З огляду на це, ми ставимо за мету показати, що за думкою вищезазначених дослідників ефективність тренінгу полягає у критеріях, котрі присутні в розробленому нами тренінгу, що може стверджувати про його високу ефективність: приналежність до групи, емоційна підтримка групи, підтримка групи, можливість емоційного відреагування та зворотній зв'язок.

В.Е. Пахальян стверджує, що ефективність тренінгу можна оцінювати за чотирма системами відліку, в залежності від досягнення різних цілей - загальнолюдських, загальнокультурних, групових або індивідуальних. В кінцевому підсумку, ефективність тренінгу можна розглядати з двох аспектів:

1. Зміни, які відбуваються в учасників тренінгу і впливають на їхні когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти.

2. Задоволення учасників тренінгу, яке, в основному, стосується емоційного аспекту і створює сприятливе середовище для глибоких змін.

Але при цьому варто зазначити, що бувають випадки, коли учасник

тренінгу не помічає позитивних змін у собі, але його найближче оточення спостерігає їх у поведінці колеги. Це каже про те, що ступінь ефективності тренінгу обумовлена в першу чергу людським фактором і не можна виключати дію на неї певних особистісних проявів учасників [72].

Висновки до розділу 3

В цьому розділі було зроблено детальний огляд програми соціально-психологічного тренінгу для військовослужбовців та їхніх близьких. Тренінгова програма складається з 8 занять та передбачає використання арт-терапевтичних технік та проєктивних методик.

Розроблено детальну програму соціально-психологічного тренінгу для військовослужбовців та їхніх близьких, яка включає 8 занять. Ця програма зосереджена на застосуванні арт-терапевтичних технік та проєктивних методик.

Тренінг структуровано таким чином, що перша його половина передбачає окремі зустрічі для військовослужбовців та їхніх близьких, після чого групи об'єднуються. Це дозволяє зосередитись на особливостях кожної групи і враховувати їхні специфічні потреби.

Програма охоплює широкий спектр тем і завдань, спрямованих на психологічну підтримку та розвиток комунікативних навичок. Вона включає такі активності, як створення власних Я-образів, робота над міжособистісними взаємовідносинами, розвиток спільного творчого проєкту.

У роботі надано детальний опис кожного заняття, методик, які застосовуються, та очікуваних результатів. Це демонструє глибоке розуміння автором специфіки та важливості психологічної підтримки для військовослужбовців та їх родин.

Зазначено, що тренінг може бути адаптований до різних форм арт-терапії в залежності від потреб учасників і наявних ресурсів.

Подано методичні рекомендації психологам щодо проведення таких тренінгів, включаючи підходи до створення безпечного середовища, способи

взаємодії з учасниками та оцінки ефективності тренінгу. Також описані фактори оцінки ефективності тренінгу, зокрема в груповій роботі, яка й включає наш тренінг.

Підкреслено важливість врахування індивідуальних особливостей та потреб учасників тренінгу. Цей розділ демонструє всебічний підхід до розробки та проведення соціально-психологічного тренінгу, з акцентом на індивідуальні особливості та потреби учасників, що є ключовим для ефективної психологічної підтримки.

ВИСНОВКИ

В магістерській дипломній роботі наведено теоретичний аналіз та емпіричне дослідження особливостей комунікації (та комунікативних процесів) людей, що перенесли контузійні пошкодження на фоні психологічного дистресу. Відповідно до мети та завдань дослідження було зроблено наступні висновки:

1. Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив детально розглянути поняття міжособистісної взаємодії, його історичну еволюцію та сучасні тенденції вивчення. Визначення та особливості міжособистісної взаємодії розкривають її як складний, багатогранний феномен, що включає елементи спілкування, емоцій, поведінкових реакцій та соціально-психологічних аспектів. Міжособистісна взаємодія є центральним елементом в соціальній психології та комунікаційних дослідженнях, починаючи з античних часів і до сучасності. Історично, фокус дослідження переміщувався від простого розгляду невербального спілкування до складних аспектів емоційної прив'язаності та розвитку взаємин. Міждисциплінарний характер дослідження забезпечує багатство теоретичних підходів та методологій, які дозволяють глибше зрозуміти як функціонування міжособистісних взаємодій, так і їхній вплив на індивідуальну та групову поведінку. Сучасні дослідження наголошують на важливості розуміння впливу культурних, соціальних та особистісних факторів у формуванні міжособистісних взаємодій. Фізіологічні аспекти, такі як нейрофізіологічні реакції, відіграють важливу роль у розумінні механізмів міжособистісного спілкування.

Вивчення міжособистісної взаємодії базується на різних теоріях, таких як теорія соціального обміну, теорія взаємодії зі зміною ролі, теорія прив'язаності тощо. Ці теорії допомагають зрозуміти динаміку взаємодії між людьми та механізми, що керують їхнім спілкуванням. ЧМТ може суттєво впливати на міжособистісну взаємодію, зокрема через зміни в емоційному стані, когнітивних здібностях та соціальній поведінці. Різні теорії

міжособистісної взаємодії можуть бути застосовані для аналізу наслідків ЛЧМТ. Наприклад, теорія соціального обміну може допомогти оцінити, як змінюються взаємовигідні відносини після травми. Важливість розуміння того, як черепно-мозкова травма впливає на комунікативну поведінку людини, не може бути переоцінена. Це розуміння може сприяти розробці ефективних стратегій реабілітації та соціальної адаптації.

2. Було здійснено підбір методичного інструментарію для проведення емпіричного дослідження особливостей комунікації (та комунікативних процесів) людей, що перенесли контузійні пошкодження на фоні психологічного дистресу, та розроблено структуру організації емпіричного дослідження. Також було сформовано вибірку та здійснено кореляційний аналіз Спірмена. Проведення дослідження проходило в три етапи: теоретичний аналіз, емпіричну вибірку та аналіз отриманих результатів, використовуючи чотири психодіагностичні методики. В ході дослідження були використані: опитувальник Місісіпська шкала, опитувальник PCL-5, а також методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі та методика “Тип поведінки в конфлікті” К. Томаса.

3. Здійснено аналіз та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження. Було виявлено, що контузійні пошкодження головного мозку впливають на міжособистісну взаємодію та комунікаційні процеси військовослужбовців. Більшість респондентів відзначали зміни у спілкуванні після контузії, такі як підвищена дратівливість, уникнення спілкування, швидке виснаження від спілкування та збільшення нетерплячості в суперечках.

Також було виявлено, що високий рівень ПТСР корелює зі стратегією пошуку компромісу в конфліктних ситуаціях та знижує ймовірність обрання стратегії пристосування.

Застосування різних психодіагностичних методик дозволило встановити, що найбільш вираженими типами міжособистісної взаємодії серед військовослужбовців, що зазнали контузійних пошкоджень головного мозку,

є авторитарний, агресивний та альтруїстичний типи.

Було звернено увагу на специфіку комунікативних змін та взаємозв'язок між поведінковими реакціями та ПТСР.

На основі отриманих даних були виявлені значні зміни в комунікативних здібностях та поведінці в конфліктах серед військовослужбовців після контузійних пошкоджень головного мозку. Результати свідчать про поширеність ПТСР та його вплив на міжособистісні відносини та поведінку у конфліктних ситуаціях. Наукові дані підкреслюють необхідність комплексного підходу до вивчення та корекції поведінкових та комунікативних навичок у цій групі осіб.

Було здійснено аналіз взаємозв'язків між результатами різних методик, що були застосовані для дослідження впливу контузійних пошкоджень головного мозку на комунікативні процеси. Зокрема, було використано кореляційний аналіз, щоб виявити зв'язки між стратегіями поведінки в конфлікті та симптомами ПТСР. Кореляційний аналіз виявив сильні взаємозв'язки між симптомами ПТСР та певними стратегіями поведінки в конфліктах, особливо зі стратегією пошуку компромісу. Симптоми ПТСР мають значний вплив на вибір поведінкових стратегій у конфліктних ситуаціях, що вказує на необхідність комплексного підходу до корекції поведінкових реакцій. Соціальний статус респондентів впливає на їхні стратегії поведінки в конфліктах та міжособистісні взаємодії, що має бути враховано при розробці програм психологічної допомоги.

4. Було розроблено соціально-психологічний тренінг для військовослужбовців та їх близьких. Тренінгова програма включає 8 занять та зосереджена на застосуванні арт-терапевтичних технік та проєктивних методик. Тренінг структуровано таким чином, що перша його половина передбачає окремі зустрічі для військовослужбовців та їх близьких, після чого групи об'єднуються. Це дозволяє зосередитись на особливостях кожної групи і враховувати їх специфічні потреби.

Програма охоплює широкий спектр тем і завдань, спрямованих на

психологічну підтримку та розвиток комунікативних навичок. Вона включає такі активності, як створення власних Я-образів, робота над міжособистісними взаємовідносинами, розвиток спільного творчого проекту. У роботі надано детальний опис кожного заняття, методик, які застосовуються, та очікуваних результатів. Це демонструє глибоке розуміння автором специфіки та важливості психологічної підтримки для військовослужбовців та їх родин. Зазначено, що тренінг може бути адаптований до різних форм арт-терапії в залежності від потреб учасників і наявних ресурсів. Подано методичні рекомендації психологам щодо проведення таких тренінгів, включаючи підходи до створення безпечного середовища, способи взаємодії з учасниками та оцінки ефективності тренінгу.

Підсумовуючи, варто зазначити, що здійснене дослідження не претендує на остаточне і вичерпне вирішення зазначеної проблеми. Вирішення поставлених завдань відкрило ще більше питань, які виходять далеко за межі формату дипломної роботи, що, власне, й підкреслює надзвичайну перспективність вивчення міжособистісної взаємодії людей, що зазнали контузійних пошкоджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Барановська Н. Міжособистісна взаємодія: теоретико-методологічний аналіз та практичні застосування. *Соціальна робота та супровід*, 2015. №2(17). С. 94-101.
2. Биковська Д. С. Особливості форм поведінки у міжособистісній взаємодії: теоретичні аспекти. *Матеріали наукової конференції (2019–2020 рр.)*. УДК 159.9.072.422.
3. Білоконь В. І. Порушення міжособистісної взаємодії у пацієнтів з легкою черепно-мозковою травмою. *Практична психологія та соціальна робота*, 2009. №1. С. 25-29.
4. Бойко І. Міжособистісні відносини: концептуальні засади аналізу та методи їх вивчення. *Психологічні науки: проблеми і досягнення*, 2006. №13. С. 8-18.
5. Бондаренко Л. М. Міжособистісні взаємодії в контексті психології комунікації. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету*, 2015. №8(2). С. 22-24.
6. Бондаренко Н. Аналіз теорій міжособистісної взаємодії та їх застосування в дослідженні впливу легкої черепно-мозкової травми на міжособистісну взаємодію. *Психіатрія*, 2019. №2(76). С. 52-58.
7. Вайда Т.С. Долікарська допомога: навчальний посібник. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 874 с.
8. Вайда Т.С. Контузія та черепно-мозкова травма як потенційні ураження потерпілих осіб в умовах ведення бойових/службово-бойових дій: порядок надання рятувальниками (поліцейськими) домедичної допомоги. *Юридичний бюлетень*, 2022. Вип. 27.
<https://doi.org/10.32850/LB2414-4207.2022.27.16>
9. Вайда Т.С. Довідник поліцейського з домедичної допомоги: довідкове видання для курсантів, студентів та слухачів ЗВО МВС України. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 424 с.

- 10.Васильєва Н. В., Луценко Н. А. Аналіз теорій міжособистісної взаємодії та їх застосування у дослідженні психосоціальних аспектів легкої черепно-мозкової травми. *Міжнародний науковий журнал "Інтернаука"*, 2019. №4(55). С. 10-13.
- 11.Ващук О.П. Складові емоційного стану потерпілого та їх вплив на його показання. Наукові праці Національного університету «Одеська юридична академія». / голов. ред. М.В. Афанасьєва; МОН України, НУ «ОЮА». Одеса: Юрид. л-ра, 2015. Т. 16. С. 335-341.
- 12.Власенко С.Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*. 2019. №2 (21).С. 59-72.
- 13.Войтович Т. Теорії міжособистісної взаємодії в психології: аналіз та порівняння. *Наукові записки Кіровоградського національного технічного університету. Серія: Педагогіка, психологія, соціологія*, 2019. №4(47). С. 100-105.
- 14.Гільберг І. А. Міжособистісні відносини як предмет психології: теорії, дослідження, практика. *Системи управління, навігації та зв'язку*, 2018. №2(36). С. 132-138.
- 15.Головко Н. І. Міжособистісні взаємодії у сім'ї. *Сім'я в Україні*, 2010. №3(42). С. 34-38.
- 16.Головко О. І., Литвинова, О. О. Відновлення міжособистісної взаємодії після легкої черепно-мозкової травми у дорослих: теоретичний аналіз. *Медична психологія*, 2019. №3(24). С. 56-61.
- 17.Гончаренко Ю. Міжособистісна взаємодія у пацієнтів з легкою черепно-мозковою травмою: аналіз теорій та практичні рекомендації. *Медична психологія*, 2018. Вип. 1(18). С. 27-31.
- 18.Гуртовенко І. Психологічні особливості взаємодії між лікарем та пацієнтом під час реабілітації після черепно-мозкової травми. *Соціальна психіатрія та психічна допомога*, 2019. №2(76). С. 39-43.
- 19.Діденко І. Вплив легкої черепно-мозкової травми на міжособистісну взаємодію. *Наукові записки Тернопільського національного*

- педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Психологія*, 2019. Вип. 1 (38). С. 19-23.
20. Діденко Т. Психологічні особливості міжособистісної взаємодії у пацієнтів з легкою черепно-мозковою травмою. *Психологія та психотерапія*, 2018. №2(22). С. 67-73.
 21. Джонсон Девід В. Соціальна психологія : тренінг міжособистісного спілкування / Джонсон Девід В. ; [пер. з англ. В. Хомика]. – К. : Вид. дім «КМ Академія», 2003. – 288 с.
 22. Джурик В. А. Особливості міжособистісної взаємодії осіб з різними типами темпераменту. *Психологічний часопис*, 2013. №4(4). С. 42-46.
 23. Емельянов Ю. Н. Обучение паритетному диалогу / Емельянов Ю. Н. – Л. : ЛГУ, 1991. – 106 с.
 24. Жданова Н. О. Психологічні особливості міжособистісних взаємин у дорослих з черепно-мозковою травмою. *Український вісник психоневрології*, 2007. №15(4). С. 50-53.
 25. Жуков Ю. М. Диагностика и развитие компетентности в общении / Жуков Ю. М., Петровская Л. А., Растянников П. В. – М. : МГУ, 1990. – 104 с.
 26. Жукова Ю.І. Особливості міжособистісної взаємодії в людей з легкою черепно-мозковою травмою. *Психологічні перспективи*, 2016. № 3. С. 54-61.
 27. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2020. Ч. 1. С. 232.
 28. Карпенко Н. В., Дзюба Т. О. Теорії міжособистісної взаємодії та їхнє застосування для дослідження впливу легкої черепно-мозкової травми на соціальну адаптацію пацієнтів. *Психіатрія*, 2018. №1(73). С. 47-52.
 29. Київський міжнародний інститут соціології. URL: <https://www.kiis.com.ua>
 30. Клименко М. Модель психологічної підтримки для осіб з черепно-мозковою травмою. *Психологічні науки: проблеми і досягнення*, 2018. №3(27). С. 13-20.

- 31.Коваль І. В. Міжособистісна взаємодія в особистісному розвитку людини. *Молодий вчений*, 2017. №4(41). С. 49-52.
- 32.Ковальова О. Моделі взаємодії лікар-пацієнт під час реабілітації після черепно-мозкової травми. *Соціальна психіатрія та психічна допомога*, 2016. №1(67). С. 33-36.
- 33.Комісаренко С. І., Дегтярьова І. М. Порушення соціальної адаптації пацієнтів з черепно-мозковою травмою. *Клінічна та експериментальна патологія*, 2013. №12(3). С. 111-115.
- 34.Кононова О.В. Дослідження міжособистісних відносин: методи і підходи. *Журнал "Практична психологія та соціальна робота"*, 2017. Вип. 4. С. 45-52.
- 35.Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : [навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів] / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк. – К. : Никацентр, 2006. – 580 с.
- 36.Котенко Н. Ю. Міжособистісна взаємодія педагога і студента в умовах сучасного вищого навчального закладу. *Наукові записки кафедри педагогіки*, 2019. №3(5). С. 7-11.
- 37.Котова Т. І. Міжособистісні взаємини в умовах дитячого садка. *Педагогіка вищої та середньої школи*, 2015. №45(1). С. 189-195.
- 38.Кравченко І. В. Психічні розлади у пацієнтів з легкою черепно-мозковою травмою. *НейроNews*, 2018. №4. С. 58-61.
- 39.Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : [монографія] / В. М. Крайнюк. – К. : Ніка-Центр, 2007. – 432 с.
- 40.Лефтеров В. О. Психологічні тренінгові технології в органах внутрішніх справ : [монографія : в 2-х т] / В. О. Лефтеров. – Донецьк : ДЮІ, 2008. – Т. І. : Методологія психотренінгу та його використання у професійно психологічному розвитку персоналу, задіяного в екстремальних видах діяльності / В. О. Лефтеров. – 2008. – 242 с.

- 41.Лефтеров В. О. Психотренінг в ОВС : практичний досвід, організація проведення та перспективи подальшого впровадження / В. О. Лефтеров. – 249 2008. Т. II. – 286 с.
- 42.Лисенко О.В. Методика дослідження міжособистісних взаємин. *Науково-практичний журнал «Психологія і суспільство»*, 2016. Вип. 2. С. 31-38.
- 43.Литвиненко Л. Г. Психологічні аспекти прояву стоми в пацієнтів з черепно-мозковою травмою. *Науковий вісник Луганського державного медичного університету*, 2008. №12(1). С. 183-187.
- 44.Лихолетова М. М., Лук'янчук О. В. Вплив легкої черепно-мозкової травми на міжособистісну взаємодію. *Психологічний журнал*, 2015. Т. 31. № 6. С. 60-65.
- 45.Максименко С. Д. Психологічні особливості розвитку особистості після черепно-мозкової травми. *Український вісник психоневрології*, 2007. №15(3). С. 17-21.
- 46.Матюхіна Л.М. Особливості міжособистісної взаємодії у пацієнтів з легкою черепно-мозковою травмою. *Український вісник психоневрології*, 2018. Т. 25. № 2 (91). С. 72-76.
- 47.Мельник В. Модель побудови взаємодії психологічної підтримки з пацієнтами, що перенесли легку черепно-мозкову травму. *Сучасна наука: проблеми та перспективи*, 2019. №5. С. 68-74.
- 48.Мельник Л. С. Міжособистісна взаємодія та соціальні ролі в групових стосунках. *Психологічна наука і освіта*, 2019. №24(1). С. 55-61.
- 49.Молчанова О. М. Застосування ліній, каракулів та геометричних форм у процесі спонтанної творчості терапевтичного малювання / О. М. Молчанова. – Кропивницький, 2020. 79 с.
- 50.Нікітін В. Моделі міжособистісної взаємодії під час реабілітації пацієнтів з черепно-мозковою травмою. *Збірник наукових праць Національного університету «Львівська політехніка». Серія «Психологія, педагогіка, соціологія»*, 2018. №3(50). 130-136.

51. Овсяннікова Я. О. Соціально-психологічний тренінг як засіб відновлення психологічної стійкості рятувальників ДСНС України : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук : 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / Я. О. Овсяннікова. – Х., 2010. – 19 с.
52. Опрошанська Л. В., Рютін В. В. Проблемна міжособистісна взаємодія а оперативно-службовій діяльності військовослужбовців прикордонної служби України. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 2018. Вип. 10. С. 70-79.
53. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія: підручник: У 2 кн.: Соціальна психологія особистості і спілкування. К.: Либідь. 2004. Кн. 1. 576 с.
54. Орлова Н.С. Вплив легкої черепно-мозкової травми на міжособистісну взаємодію людини. *Психологія і суспільство*, 2014. Т. 2. № 1. С. 75-81.
55. Педаченко Є.Г. Стандартизація в нейрохірургії . Київ: ДУ “ІНХ НАМНУ”, 2019. 152 с.
56. Петровська Л. А. Теоретические и методологические проблемы социально-психологического тренинга / Петровская Л. А. – М. : МГУ, 1982. – 168 с.
57. Потапчук Є. М. Соціально-психологічні основи збереження психічного здоров'я військовослужбовців: дис. ... доктора психол. наук : 19.00.09 / Потапчук Євген Михайлович. – Хмельницький, 2004. – 429 с.
58. Приходько В. В. Соціально–психологічний тренінг як засіб формування комунікативної компетенції / В. В. Приходько // *Вісник Львів. ун-ту.*, 2005. Вип. 19. Ч.1. С. 182–188.
59. Рижкова Т. А. Особливості психологічного розвитку дітей з черепно-мозковою травмою. *Український вісник психоневрології*, 2010. №18(3). С. 23-28.

60. Романенко І. В. Міжособистісна взаємодія в контексті взаємодії «особистість-оточення». *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»*, 2016. №1(29). С. 72-77.
61. Ситнік С.В. Характеристика та ознаки міжособистісної взаємодії. *Наука і освіта*, 2019. № 11. С. 156–161. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NiO_2014_11_31.
62. Татенко В. О. Психологія інтимного життя: монографія. Кіровоград: Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології, 2013. 300 с.
63. Твамлі Е., Нунен С., Савла Г., Шизер Д., Джек Е. Менеджмент когнітивних симптомів та реабілітаційна терапія (CogSMART) при черепно-мозковій травмі. *Посібник для фахівців (україномовна версія)*, 2020. Ч. 1. Сесії 1-4. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/242>
64. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник. Київ: ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017. 160 с.
65. Ханус І. В. Міжособистісні взаємини та міжособистісна комунікація як передумова ефективної діяльності колективу. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. Педагогічні науки*, 2013. №2(68). С. 83-88.
66. Числіцька О.В. Проблема посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій (Антитерористичної операції). Питання психології. *Вісник Національного університету оборони України*. Київ, 2015. №2. С. 282-285
67. Яковлева Л. Ю. Особливості формування міжособистісних відносин у дітей з легкою черепно-мозковою травмою. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Психологія*, 2009. №26. 67-71.
68. Возніцина К., Литвиненко. Л. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? *Довідник для широкого кола фахівців. Друге видання, доповнене*. Київ, 2023. С. 40-61.

- 69.Семікіна О. Є., Федченко В. Ю., Явдак І. О., Череднякова О. С., Волкова С. О. Особливості емоційного стану у внутрішньо переміщених осіб. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 2020. № 13. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-03>.
- 70.Дембіцький С.С. Вивчення психологічного дистресу в соціологічних дослідженнях: історія та методологія. *Український соціум*, 2018. № 1 (64).
- 71.Власенко С. Б. Психологічна допомога особам, які знаходяться в стані травматичної кризи. *Юридична психологія*, 2017. № 2 (21).
- 72.Федорчук В.М. Сучасні підходи до оцінювання ефективності тренінгу *Проблеми сучасної психології*, 2013. Вип. 20. С. 676-678.
- 73.Arciniegas DB, Held K, Wagner P. Cognitive impairment following traumatic brain injury. *Current Treatment Options in Neurology*. 2002. 4(1). P. 43-57.
- 74.Bannon S. M., Greenberg J., Goldson J., O'Leary D., Vranceanu A.-M. A Social Blow: The Role of Interpersonal Relationships in Mild Traumatic Brain Injury. *Psychosomatics*. Volume 61, Issue 5. 2020. P. 518-526.
- 75.Basic Information about Traumatic Brain Injury and Concussion. 2016 Jan 22. Available from: <http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/basics.html>
- 76.Bigler E. D. Traumatic brain injury and neuropsychological impairment: sensorimotor, cognitive, emotional, and quality of life outcomes. Guilford Press. 2008. P. 12-19.
- 77.Chudzicka-Czupała, A., Hapon, N., Chiang, S. K., Żywiołek-Szeja, M., Karamushka, L., Lee, C.T., ... & Chen, Y.L. (2023). Depression, anxiety and posttraumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*, 13(1), 3602.
- 78.Interpersonal Communication. Saylor Academy. URL: <https://learn.saylor.org/mod/book/view.php?id=51204&chapterid=30829>
- 79.Kleber, R. J. (2019). Trauma and public mental health: A focused review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 451.

80. Levin H. S., Shum D. Understanding mild traumatic brain injury: therapy and research. Oxford University Press. 2011. P. 24-32.
81. List of ongoing conflicts Author non stated. Website : Wars in the world. 2017. Publisher Full Text
82. Pearlin L.I. Social and Personal Stress and Escape Television Viewing. Public Opinion Quarterly. 1959. No. 2. P. 255–59.
83. Pearlin L.I., Schooler C. The Structure of Coping. Journal of Health and Social Behavior. 1978. No. 1. P. 2–21.
84. Ridner S. Psychological distress: concept analysis. Nursing theory and concept development or analysis. 2004. No. 5. P. 536–545.
85. Silver, J. M. (2019). Textbook of traumatic brain injury. American Psychiatric Association Publishing.
86. Vanderploeg R. D., Belanger H. G. Neuropsychological evaluation of the older adult: a clinician's guidebook. American Psychological Association. 2012. P. 3-10.
87. Xu, W., Pavlova, I., Chen, X., Petrytsa, P., Graf-Vlachy, L., & Zhang, S. X. (2023). Mental health symptoms and coping strategies among Ukrainians during the Russia-Ukraine war in March 2022. International journal of social psychiatry, 00207640221143919.

Всього джерел – 87

Джерел за останні п'ять років - 37

Джерел українських авторів за останні п'ять років – 31 (2, 6-10, 12-14, 16-20, 27-28, 30, 36, 38, 46-50, 52, 55, 61, 63, 68-70)

Джерел зарубіжних авторів - 15

З них за останні п'ять років – 6 (74, 77, 79, 81, 85, 87)

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета

1. Ваш вік:
2. Ваша стать
3. Коли отримали поранення з контузією? (точну дату необов'язково, достатньо місяць/рік)
4. Кількість отриманих контузій
5. Кількість Встановлених (тобто офіційно задокументованих) контузій
6. Якщо кількість отриманих контузій більше 1ї, напишіть, будь ласка, як давно отримали попередню/попередні:
7. Чи є Ви наразі військослужбовцем або ветераном війни?
8. Чи мали Ви досвід бойових дій до початку війни в Україні?
9. Чи мали/маєте ВСТАНОВЛЕНИЙ лікарем діагноз?
10. Чи вживаєте Ви на даний момент якісь медикаменти, якщо "ТАК", то які?
11. Чи вживали Ви якісь медикаменти у зв'язку із отриманою контузією і якщо "ТАК", то які саме?
12. Наскільки часто Ви вживаєте алкоголь?
13. Чи перебуваєте Ви у шлюбі?
14. Чи маєте Ви близькі тривалі партнерські стосунки?
15. На Вашу думку, чи маєте Ви складнощі в спілкуванні з оточуючими?
16. Що на Вашу думку змінилося в спілкуванні з оточуючими після контузії?
17. Чи змінилося коло Вашого спілкування після отриманої контузії? Якщо "ТАК", то чим саме:

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

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Кеапе Т.М. зі співавторами для діагностики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. Тридцять питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів посттравматичних стресових розладів: 11 питань першої шкали описують симптоми групи “вторгнення”, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи “уникнення”, 8 питань третьої шкали описують симптоми “збудливості”. У п’яти питаннях, що залишилися, описуються симптоми, пов’язані з почуттям провини, та суїцидальної схильності.

Інструкція: нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від “1” до “5”. Де “1” - “Абсолютно неправильно”, а “5” - “Абсолютно правильно”. Користуючись цією шкалою, вкажіть, до якої міри Ви згодні або не згодні з цим твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження.

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

8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити
9. Зовні я виглядаю бездушним
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати
12. Я весь час запитую себе, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати
15. Я відчуваю, що більше не можу
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації
20. Мені важко зосередитися
21. Я без причини плачу
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей
23. Мене лякають мої прагнення і бажання
24. Я легко засинаю
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти
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
30. Я не відчуваю дискомфорту, тоді, коли перебуваю в натовпі

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

Ключ

Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35

Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані таким чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають посттравматичних стресових розладів і тих, які не мають посттравматичних стресових розладів. За даними Тарабріної Н.В. $73,76 \pm 19,64$

Методика діагностики міжособистісних відносин Лірі

Інструкція: Вам пропонується список характеристик. Слід уважно прочитати кожную з них і вирішити, чи відповідає вона Вашому уявленню про себе. Якщо відповідає, то помітьте її в протоколі хрестиком, плюси́ком чи будь-яким іншим способом; якщо не відповідає – ніяк не відмічайте та пропускайте. Якщо немає повної впевненості, краще пропустити твердження. Намагайтеся бути щирими.

1. Інші думають про мене прихильно
2. Вмію справляти враження на оточуючих
3. Умію розпоряджатися, наказувати
4. Умію наполягти на своєму
5. Володію почуттям власної гідності
6. Незалежний (-а)
7. Здатний (-а) сам подбати про себе
8. Можу проявити байдужість
9. Здатний (-а) бути суворим
10. Суворий (-а), але справедливий (-а)
11. Можу бути щирим (-ою)
12. Критичний (-а) до інших
13. Люблю поплакатися
14. Часто сумний (-а)
15. Здатний (-а) проявити недовіру
16. Часто розчаровуюся
17. Здатний (-а) бути критичним до себе
18. Здатний (-а) визнати свою неправоту
19. Охоче підкоряюся
20. Поступливий (-а)
21. Благородний (-а)

22. Захоплююся іншими та схильний (-а) до наслідування
23. Поважний (-а)
24. Шукаю схвалення
25. Здатний (-а) до співпраці
26. Прагну ужитися з іншими
27. Приязний (-а), доброзичливий (-а)
28. Уважний (-а) і ласкавий (-а)
29. Делікатний (-а)
30. Заохочуючий
31. Часто реагую на заклики про допомогу
32. Безкорисливий (-а)
33. Здатний (-а) викликати захоплення
34. Користуюся повагою в інших
35. Володію талантом керівника
36. Люблю відповідальність
37. Впевнений (-а) в собі
38. Самовпевнений (-а) і напористий (-а)
39. Діловитий (-а) і практичний (-а)
40. Люблю змагатися
41. Суворий (-а) і крутий (-а), де треба
42. Невблаганний (-а), але неупереджений (-а)
43. Дратівливий (-а)
44. Відкритий (-а) і прямолінійний (-а)
45. Не терплю, щоб мною командували
46. Скептичний (-а)
47. На мене важко справити враження
48. Образливий (-а), педантичний
49. Легко бентежуся
50. Невпевнений (-а) у собі
51. Поступливий (-а)

52. Скромний (-а)
53. Часто покладаюся на допомогу інших
54. Дуже шаную авторитети
55. Охоче приймаю поради
56. Довірливий (-а) і прагну радувати інших
57. Завжди люб'язний в обходженні
58. Дорожу думкою оточуючих
59. Товариський (-а) і уживчивий (-а)
60. Добросердечний (-а)
61. Добрий (-а), вселяє впевненість
62. Ніжний (-а) і м'якосердий (-а)
63. Люблю піклуватися про інших
64. Безкорисливий (-а) і щедрий (-а)
65. Люблю давати поради
66. Справляю враження значущості
67. Схильний до керівництва та повелительства
68. Владний (-а)
69. Хвалькуватий (-а)
70. Гордовитий (-а) і самовдоволений (-а)
71. Думаю тільки про себе
72. Хитрий (-а) і розважливий (-а)
73. Нетерпимий (-а) до помилок інших
74. Своєкорисний (-а)
75. Відвертий (-а)
76. Часто недружній (-а)
77. Озлоблений (-а)
78. Схильний (-а) скаржитися
79. Ревнивий (-а)
80. Довго пам'ятає образи
81. Схильний (-а) до самобичування

82. Сором'язливий (-а)
83. Безініціативний (-а)
84. Смирний (-а)
85. Заздрісний (-а), несамотійний (-а)
86. Люблю підкорятися
87. Надаю іншим приймати рішення
88. Легко потрапляю в халепу
89. Легко потрапляю під вплив друзів
91. Прихильність до всіх без розбору
92. Всім симпатизую
93. Пробачаю все
94. Переповнений (-а) надмірним співчуттям
95. Великодушний (-а) і терпимий (-а)
96. Прагну до покровительства
97. Прагну до успіху
98. Чекаю захоплення від кожного
99. Розпоряджаюся іншими
100. Деспотичний (-а)
101. Суджу про людей за рангом і достатком, а не за особистими
якостями
102. Марнославний (-а)
103. Егоїстичний (-а)
104. Холодний (-а), черствий (-а)
105. В'їдливий (-а), глузливий (-а)
106. Злобний, жорстокий (-а)
107. Часто гнівливий (-а)
108. Байдужий (-а)
109. Злопам'ятний (-а)
110. Пройнятий (-а) духом протиріч
111. Впертий (-а)

112. Недовірливий (-а), підозрілий (-а)
113. Боязкий (-а)
114. Сором'язливий (-а)
115. Відрізняюся надмірною готовністю підкорятися
116. М'якотілий (-а)
117. Майже ніколи нікому не заперечую
118. Ненав'язливий (-а)
119. Люблю, щоб мене опікали
120. Надмірно довірливий (-а)
121. Прагну здобути прихильність кожного
122. З усіма погоджуюся
123. Завжди доброзичливий (-а)
124. Усіх люблю
125. Дуже поблажливий (-а) до оточуючих
126. Намагаюся утішити кожного
127. Піклуюся про інших на шкоду собі
128. Псую людей надмірною добротою

Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методика PCL-5

Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5) – це інструмент для проведення оцінки стану при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР), заснований на критеріях діагностики DSM-5.

Опитувальник ПТСР онлайн (PCL-5) був розроблений Національним центром з ПТСР США (National Center for PTSD). PCL-5 не варто використовувати як самостійний діагностичний інструмент. Опитувальник ПТСР є шкалою з 20 пунктів для самостійної оцінки наявності та тяжкості симптомів ПТСР. Питання PCL-5 відповідають критеріям ПТСР щодо DSM-5.

Інструкція. Нижче наведено реакції, які іноді трапляються після травматичного досвіду. Уважно прочитайте кожен пункт опитувальника ПТСР та виберіть відповідь, яка відображає, наскільки сильно вас турбувала вказана проблема протягом останнього місяця: «Зовсім ні – 0», «Трохи – 1», «Помірно – 2», «Відчутно – 3», «Дуже – 4».

1. Думки та спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини стресового досвіду з минулого?
2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?
3. Раптове відчуття ніби стресовий досвід знову трапляється (переживаєте ситуацію знову)?
4. Відчуття пригнічення, смутку, коли щось нагадувало вам стресову ситуацію з минулого?
5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?
6. Уникання думок або розмов про стресову ситуацію у минулому або уникання почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?

7. Уникання певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам стресову ситуацію з минулого?
8. Труднощі з пригадуванням важливих моментів стресового досвіду з минулого?
9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?
10. Звинувачення себе або інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?
11. Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?
12. Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?
13. Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?
14. Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога відчувати радість або любов до близької людини)?
15. Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?
16. Ризикова поведінка, яка може зашкодити?
17. Перебування «на взводі» або «на сторожі»?
18. Відчуття постійної напруги?
19. Труднощі із зосередженістю?
20. Проблеми із засинанням або нічні прокидання?

Інтерпретація PCL-5

Опитувальник PCL-5 складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

Критерій А – опис травматичної події.

Критерій В, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.

Критерій С, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.

Критерій D, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.

Критерій E, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Дані PCL-5 показують, що 5 балів - мінімальний поріг для визначення того, чи людина відповіла на лікування, а 10 балів - мінімальний поріг для визначення того, чи є поліпшення клінічно значущим.

Опитувальник Кеннета Томаса «Визначення способів регулювання конфліктів»

Виділяється п'ять способів регулювання конфліктів, позначені у відповідності з двома основними вимірами (кооперація і напористість):

Змагання (конкуренція) - прагнення досягти своїх інтересів в збиток іншому.

Пристосування - принесення в жертву власних інтересів заради іншого.

Компроміс - угода на основі взаємних поступок; пропозиція варіанту, знімає виникле протиріччя.

Уникнення - відсутність прагнення до кооперації і відсутність тенденції до досягнення власних цілей.

Співробітництво - учасники ситуації приходять до альтернативи, що повністю задовольняє інтереси обох сторін.

У своєму опитувальнику по виявленню типових форм поведінки К. Томас описує кожний з п'яти перерахованих можливих варіантів 12 суджень про поведінку індивіда в конфліктній ситуації. У різних поєднаннях вони згруповані в 30 пар, у кожній з яких респонденту пропонується вибрати те судження, яке є найбільш типовим для характеристики його поведінки.

Інструкція. Перед вами ряд тверджень, які допоможуть визначити деякі особливості вашої поведінки. Тут не може бути відповідей «правильних» або «неправильних». Люди різні, і кожен може висловити свою думку.

Є два варіанти А і В, з яких ви повинні вибрати один, у більшою мірою відповідає вашим поглядам, вашу думку про себе. У бланку для відповідей поставте виразний хрестик відповідно до одного з варіантів (А або В) для кожного твердження. Відповідати треба як можна швидше.

1.

А. Іноді я надаю можливість іншим взяти на себе відповідальність за рішення спірного питання.

В. Чим обговорювати те, у чому ми розходимося, я намагаюся звернути увагу на те, з чим ми обидва згодні.

2.

А. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

В. Я намагаюся улагодити справу з урахуванням інтересів іншого і моїх власних.

3.

А. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

В. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

4.

А. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

В. Іноді я жертвую своїми власними інтересами заради інтересів іншої людини.

5.

А. Улагоджуючи спірну ситуацію, я весь час намагаюся знайти підтримку в іншого.

В. Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

6.

А. Я намагаюся уникнути неприємностей для себе.

В. Я намагаюся домогтися свого.

7.

А. Я намагаюся відкласти рішення спірного питання з тим, щоб з часом вирішити його остаточно.

В. Я вважаю можливим у чимось поступитися, аби домогтися іншого.

8.

А. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

В. Я спершу намагаюся ясно визначити те, у чому складаються всі порушені інтереси.

9.

А. Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь виникаючі розбіжності.

В. Я прикладаю зусилля, щоб домогтися свого.

10.

А. Я твердо прагну досягти свого.

В. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

11.

А. Спершу я намагаюся ясно визначити, в чому полягають всі порушені спірні питання.

В. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

12.

А. Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки.

В. Я даю можливість іншому в чомусь залишитися при своїй думці, якщо він також йде мені назустріч.

13.

А. Я пропоную середню позицію.

В. Я наполягаю, щоб було зроблено по-моєму.

14.

А. Я повідомляю іншому свою точку зору і запитую про його погляди.

В. Я намагаюся показати іншому логіку і переваги моїх поглядів.

15.

А. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

В. Я намагаюся зробити так, щоб уникнути напруженості.

16.

А. Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.

В. Я намагаюся переконати іншого в перевагах моєї позиції.

17.

А. Зазвичай я наполегливо намагаюся домогтися свого.

В. Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

18.

А. Якщо це зробить іншого щасливим, дам йому можливість настояти на своєму.

В. Я даю можливість іншому в чомусь залишитися при своїй думці, якщо він також йде мені назустріч.

19.

А. Спершу я намагаюся ясно визначити те, у чому складаються всі порушені питання та інтереси.

В. Я намагаюся відкласти рішення спірного питання з тим, щоб з часом вирішити його остаточно.

20.

А. Я намагаюся негайно подолати наші розбіжності.

В. Я намагаюся знайти найкраще поєднання користі та втрат для обох сторін.

21.

А. Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

В. Я завжди схиляюся до прямого обговорення проблеми і їх спільним рішенням.

22.

А. Я намагаюся знайти позицію, яка знаходиться посередині між моєю позицією і точкою зору іншої людини.

В. Я відстоюю свої бажання.

23.

А. Як правило, я стурбований тим, щоб задовольнити бажання кожного.

В. Іноді я надаю можливість іншим взяти на себе відповідальність за рішення спірного питання.

24.

А. Якщо позиція іншого здається мені дуже важливою, я постараюся піти назустріч його бажанням.

В. Я намагаюся переконати іншого прийти до компромісу.

25.

А. Я намагаюся показати іншому логіку і переваги моїх поглядів.

В. Ведучи переговори, я намагаюся бути уважним до бажань іншого.

26.

А. Я пропоную середню позицію.

В. Я майже завжди заклопотаний тим, щоб задовольнити бажання кожного.

27.

А. Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки.

В. Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість настояти на своєму.

28.

А. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

В. Улагоджуючи ситуацію, я зазвичай намагаюся знайти підтримку в іншого.

29.

А. Я пропоную середню позицію.

В. Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якісь виникаючі розбіжності.

30.

А. Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.

В. Я завжди займаю таку позицію в спірному питанні, щоб ми спільно з іншим людиною могли домогтися успіху.

Ключ до опитувальника:

1. Суперництво: 3А, 6В, 8А, 9В, 10А, 13В, 14В, 16В, 17А, 22В, 25А, 28А.
2. Співпраця: 2В, 5А, 8В, 11А, 14А, 19А, 20А, 21В, 23В, 26В, 28В.
3. Компроміс: 2А, 4А, 7В, 10В, 12В, 13А, 18В, 22А, 23А, 24, 26А, 29А.
4. Уникнення: 1А, 5В, 6А, 7А, 9А, 12А, 15В, 17В, 19В, 20В, 27А, 29В.
5. Пристосування: 1В, 3В, 4В, 11В, 15А, 16А, 18А, 21 А, 24А, 25, 27В, 30А.

Обробка результатів

В ключі кожна відповідь А дає уявлення про кількісне вираження: суперництва, співпраці, компромісу, уникнення і пристосування. Якщо відповідь співпадає з вказаним у ключі, йому присвоюється значення 1, якщо не збігається, то присвоюється значення 0. Кількість балів, набраних індивідом за кожною шкалою, дає уявлення про вираженість у нього тенденції до прояву відповідних форм поведінки в конфліктних ситуаціях.