Міністерство освіти і науки України
Бердянський державний педагогічний університет
Кафедра соціальної роботи та інклюзивної освіти

Допущено до захисту
Завідувач кафедрою
_____ Катерина ПЕТРОВСЬКА
«22» листопада 2025

Кваліфікаційна робота магістра

“РОЛЬ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ У ВІДНОВЛЕННІ СТОСУНКІВ У РОДИНАХ_ВЕТЕРАНІВ/УБД”

Виконавець: здобувачка вищої освіти другого (магістерського) рівня вищої освіти
ІІ курсу, групи М22СРз
Галузь знань 23 Соціальна робота
спеціальності 231 “Соціальна робота”
Освітньо-професійна програма:
«Поствоєнна соціально-педагогічна реабілітація»

Ірина ШЕВЧЕНКО

Керівник: к.пед.н., доцент **Петровська К.В.**

Рецензент: к.псих.н., доцент **Старинська О.В.**

Запоріжжя − 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП…… 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ В РОБОТІ З РОДИНАМИ ВЕТЕРАНІВ / УБД ……. 8

1.1. Психологічні особливості родинної динаміки після повернення ветеранів з війни 8 ……

1.2. Теоретико-методологічні засади сімейної терапії у відновленні партнерських стосунків в родині ветерана…….. 16

1.3. Психосоціальне консультування як інструмент підтримки сімей ветеранів: підходи, етапи, принципи …….. 26

Висновки до першого розділу…… 33

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ У ВІДНОВЛЕННІ СТОСУНКІВ У РОДИНАХ ВЕТЕРАНІВ / УБД …. 34

2.1. Констатувальний аналіз проблем та потреб родин ветеранів …… 34

2.2. Впровадження програми сімейної терапії та психосоціального супроводу…… 44

2.3. Оцінка результативності втручання та динаміки сімейного функціонування ……..…….. 49

Висновки до другого розділу ……. 51

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ…… 54

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ…….. 56

ДОДАТКИ……. 64

ВСТУП

Після початку повномасштабної війни в Україні у 2022 році суспільство зіштовхнулося з безпрецедентними викликами, зокрема у сфері психічного здоров'я. За оцінками, близько 15 мільйонів українців потребують психосоціальної підтримки, а 3–4 мільйони – професійної психологічної допомоги. Особливо вразливою групою є ветерани бойових дій та їхні родини, які стикаються з наслідками посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів та порушень у сімейних стосунках.

За даними Міністерства у справах ветеранів України, після завершення війни кількість ветеранів та членів їхніх родин може перевищити 4 мільйони осіб, з яких 70–80% пережили кризові ситуації. Приблизно 14% з них потребуватимуть психосоціальної підтримки, а 3% – професійної психологічної допомоги . Недостатня кількість кваліфікованих фахівців та обмежений доступ до послуг ускладнюють процес реабілітації та адаптації ветеранів до мирного життя [45].

Ігнорування потреб ветеранів у психосоціальній підтримці може призвести до поглиблення сімейних конфліктів, зростання рівня насильства в родинах, соціальної ізоляції та навіть суїцидів. З 2014 року в Україні зафіксовано понад 700 випадків самогубств серед ветеранів, і ця цифра може бути заниженою через труднощі в обліку.

В Україні впроваджуються різноманітні програми підтримки ветеранів. Зокрема, проєкт «Лінія життя» надає цілодобову психологічну допомогу ветеранам та їхнім родинам [6]. Також реалізуються програми сімейної терапії, такі як «Шлях до стійкості» від Міжнародної організації з міграції, що включає сімейні ретрити та консультації з психологами [15].

У міжнародному контексті ефективність мультисімейної терапії (MFT) для ветеранів та біженців підтверджена дослідженнями в

Нідерландах, які вказують на покращення взаєморозуміння в родинах та зниження конфліктності [18].

Комплексний підхід до вивчення впливу бойового досвіду на функціонування родини потребує ґрунтовного теоретичного підґрунтя, яке охоплює міждисциплінарні знання з психології, соціальної роботи, психотерапії та сімейного консультування. Систематизація й критичний аналіз наукових джерел дозволяє виявити ключові підходи до розуміння механізмів порушення й відновлення родинних взаємин у контексті післявоєнного посттравматичного досвіду.

Зважаючи на це, доцільним є звернення до сучасного наукового дискурсу – як вітчизняного, так і зарубіжного – з метою з'ясування, які підходи, моделі та інтервенційні стратегії виявилися ефективними у роботі з родинами військовослужбовців.

Так, наприклад, дослідження ефективності програми CETA (Common Elements Treatment Approach) серед ветеранів та внутрішньо переміщених осіб в Україні показало, що як стандартна, так і скорочена версії програми призводять до значного зниження симптомів депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [13].

Розробка та пілотування програми CPSS (CETA Psychosocial Support) в Україні спрямовані на надання психосоціальної підтримки ветеранам та їхнім родинам. Програма включає психоосвіту, розвиток когнітивних навичок та інструменти для самостійної оцінки психічного стану [2].

Попри наявність окремих програм, в Україні бракує інтегрованого системного підходу до сімейної терапії для ветеранів. Існує потреба в адаптації міжнародних моделей до українського контексту та в розробці національних протоколів. У США поведінкова сімейна терапія була ефективною у зменшенні симптомів ПТСР у ветеранів війни у В'єтнамі та покращенні їхніх сімейних стосунків.

У дослідженні М. Шерман, Е. Фішер, Р. Оуена, Лу Л. та Хана С. було проаналізовано результати пілотного впровадження мультисімейної групової терапії для ветеранів із розладами настрою. Автори з'ясували, що така форма психотерапії сприяє покращенню психоемоційного стану учасників і зміцненню їхніх сімейних відносин, що свідчить про доцільність залучення родини до процесу реабілітації ветеранів [17; 18; 19].

Дослідники К. Райх, Л. Немет та Р. Ач'єрно у своєму інтегративному огляді дослідили ефективність психотерапевтичних втручань, що базуються на доказах, для покращення психосоціального функціонування ветеранів із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Автори підкреслюють, що когнітивно-поведінкова терапія, експозиційна терапія та інші цілеспрямовані методи мають позитивний вплив на зменшення симптомів ПТСР і поліпшення якості життя ветеранів [13].

Отже, аналіз наукової літератури свідчить про ефективність сімейної терапії та психосоціального консультування у відновленні стосунків у родинах ветеранів. Міжнародні дослідження демонструють позитивні результати від використання мультисімейної терапії, поведінкової сімейної терапії та програм, що залучають сім'ю до процесу лікування. В Україні існують окремі ініціативи, такі як програми CETA та CPSS. І хоча існує низка досліджень, присвячених психічному здоров'ю ветеранів, питання інтеграції сімейної терапії та психосоціального консультування в контексті українських реалій залишається недостатньо вивченим. Більшість наявних програм зосереджені на індивідуальній терапії, тоді як системний підхід, що враховує динаміку сімейних стосунків, потребує подальшого дослідження та адаптації до культурних особливостей України.

Ці прогалини в наукових дослідженнях та практичній реалізації обумовили вибір теми даного дослідження: **«Роль сімейної терапії та психосоціального консультування у відновленні стосунків у родинах ветеранів / УБД».**

Об’єкт дослідження – психосоціальна адаптація та міжособистісні стосунки в родинах ветеранів / учасників бойових дій (УБД).

Предмет дослідження – можливості та ефективність сімейної терапії й психосоціального консультування як засобів відновлення функціональності, емоційного зв’язку та взаєморозуміння в родинах ветеранів / УБД.

Мета дослідження – науково обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність сімейної терапії та психосоціального консультування як засобів відновлення стосунків у родинах ветеранів / УБД.

Відповідно до проблеми, об’єкта, предмета і мети дослідження вирішувалися такі **завдання**:

1. Проаналізувати психологічні особливості родин ветеранів.
2. Оцінити ефективність існуючих моделей сімейної терапії та психосоціального консультування в контексті роботи з родинами ветеранів.
3. Визначити основні проблеми у сімейних стосунках ветеранів після повернення з війни.
4. Розробити та апробувати програму інтегрованої підтримки для родин ветеранів, що поєднує елементи сімейної терапії та психосоціального консультування.

Для розв’язання поставлених завдань використано комплекс різноманітних **методів дослідження**:

- *теоретичні методи:* аналіз і синтез наукової літератури з психології, соціальної роботи та психотерапії; порівняльний аналіз зарубіжного та вітчизняного досвіду сімейної терапії; класифікація та узагальнення підходів до консультування ветеранів.

- *емпіричні методи:* анкетування та інтерв’ювання ветеранів та членів їхніх родин; психодіагностичні методики для оцінки рівня сімейного функціонування; спостереження за динамікою змін у сімейній взаємодії під

час формувального етапу дослідження; розробка і впровадження програми сімейної терапії та психосоціального консультування.

- *методи кількісного та якісного аналізу даних:* статистична обробка результатів; контент-аналіз висловлювань учасників; порівняння до- і післятестових результатів.

Структура магістерської роботи: Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 65 сторінок, із них основного тексту – 55 сторінок.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ В РОБОТІ З РОДИНАМИ ВЕТЕРАНІВ / УБД

1.1. Психологічні особливості родинної динаміки після повернення ветеранів з війни

Повернення ветерана з війни – це не просто фізичне повернення до дому, а глибокий психологічний процес, що зачіпає як самого учасника бойових дій, так і його родину. Цей процес супроводжується низкою змін у міжособистісних стосунках, комунікації, сімейних ролях і функціях. У багатьох випадках ці зміни мають кризовий характер і потребують фахової підтримки.

Психологічні особливості родинної динаміки після повернення ветеранів з війни є складним і багатогранним явищем, яке визначається взаємодією внутрішньо особистісних, міжособистісних та соціокультурних чинників. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який часто супроводжує ветеранів, істотно впливає на їхню здатність брати участь у сімейному житті, формує нові виклики у комунікації та розподілі ролей у родині. Окрім цього, адаптація до мирного життя часто супроводжується трансформацією сімейних функцій, що потребує перегляду традиційних моделей взаємодії. Соціальні та гендерні аспекти, зокрема стигматизація та суспільні очікування, додатково ускладнюють процес відновлення та зміцнення сімейних зв’язків. Нижче наведено узагальнення основних психологічних особливостей родинної динаміки ветеранів, що демонструє комплексність та взаємозв’язок цих факторів (див. табл.1.1.1.).

Таблиця 1.1.1.

Психологічні особливості родинної динаміки після повернення ветеранів з війни

Тематичний блок	Ключові аспекти	Вплив на родинні стосунки
Вплив ПТСР на сімейні ролі та комунікацію	ПТСР призводить до порушень емоційної регуляції, підвищеної тривожності, агресивності; складнощі у вираженні почуттів; порушення довіри між членами сім'ї	Погіршення комунікації, зростання конфліктності, дистанціювання в сім'ї
Труднощі адаптації ветерана й трансформація функцій у сім'ї	Ветеран змінює роль у родині – від захисника до залежної особи; виникають проблеми з відновленням партнерських і батьківських функцій	Перерозподіл ролей, нерозуміння, криза у взаємодії
Соціальні та гендерні аспекти у родинних взаєминах після бойового досвіду	Традиційні гендерні ролі можуть посилювати стреси, оскільки очікування від чоловіка як "захисника" не відповідають реальності (Іщук, 2025); суспільна стигматизація ветеранів впливає на родину	Підвищення соціальної ізоляції, напруженість, порушення ролей і підтримки

Участь у воєнних діях може призвести до розвитку різноманітних психологічних проблем, серед яких: ПТСР, депресія, тривожні розлади, зловживання психоактивними речовинами, проблеми з контролем гніву (див. рис. 1.1.1.). Ці проблеми можуть значно вплинути на здатність ветерана функціонувати в сім'ї та підтримувати здорові відносини.

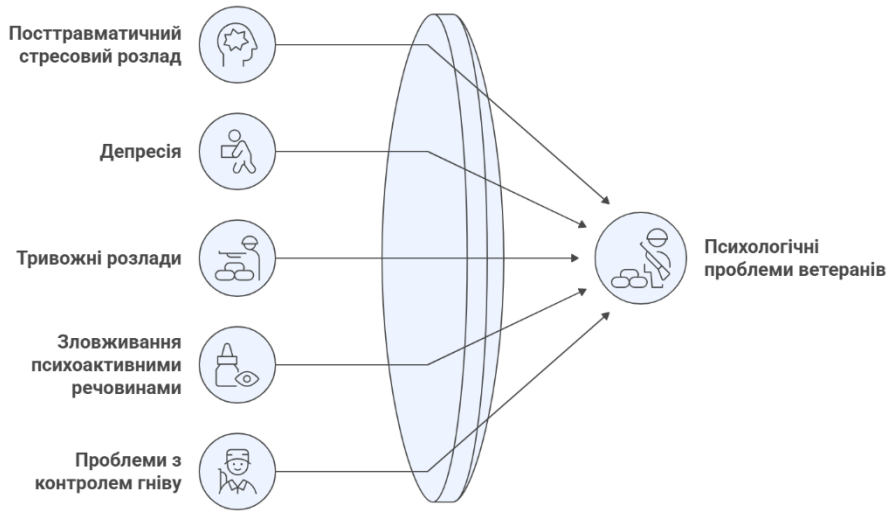

Рис. 1.1.1. Психологічні проблеми ветерана

Однією з найпоширеніших психологічних травм серед ветеранів є *посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)*, який має суттєвий вплив на динаміку сімейних стосунків. Симптоми ПТСР – такі як емоційна відстороненість, дратівливість, спалахи агресії, уникнення близькості, гіперзбудливість – змінюють здатність ветерана до емоційного контакту, підтримки та комунікації в межах родини [32].

Так, наприклад, Дж. Русчіо, Ф. Везерс, Л. Кінг, Д. Кінг зазначають, що симптоми емоційного оніміння у ветеранів значно ускладнюють емоційну близькість та спілкування з дітьми, що призводить до дистанціювання у стосунках [16].

Порушення комунікації є одним із перших сигналів, який помічають члени сім'ї після повернення ветерана. Зменшується рівень емоційної відкритості, зростає кількість конфліктів або, навпаки, відбувається емоційна ізоляція. Ветеран може уникати розмов про досвід війни або проявляти нетерпимість до побутових труднощів, що викликає напругу у стосунках.

Такі зміни призводять до *дестабілізації сімейних ролей*. Наприклад, партнер ветерана може змушений перебрати на себе додаткову відповідальність за фінанси, дітей, прийняття рішень, що змінює баланс у системі сімейних відносин і часто викликає відчуття втрати рівноправності чи партнерства [5].

Як стверджують Дж. Вастерлінг та К. Тафт бойовий досвід ветерана впливає не лише на його психоемоційний стан, а й на динаміку функціонування всієї родини (див.рис.1.1.2.) – зокрема змінюються батьківські ролі, посилюється емоційна напруга та втрачається стабільність ролей у сімейній системі [24].

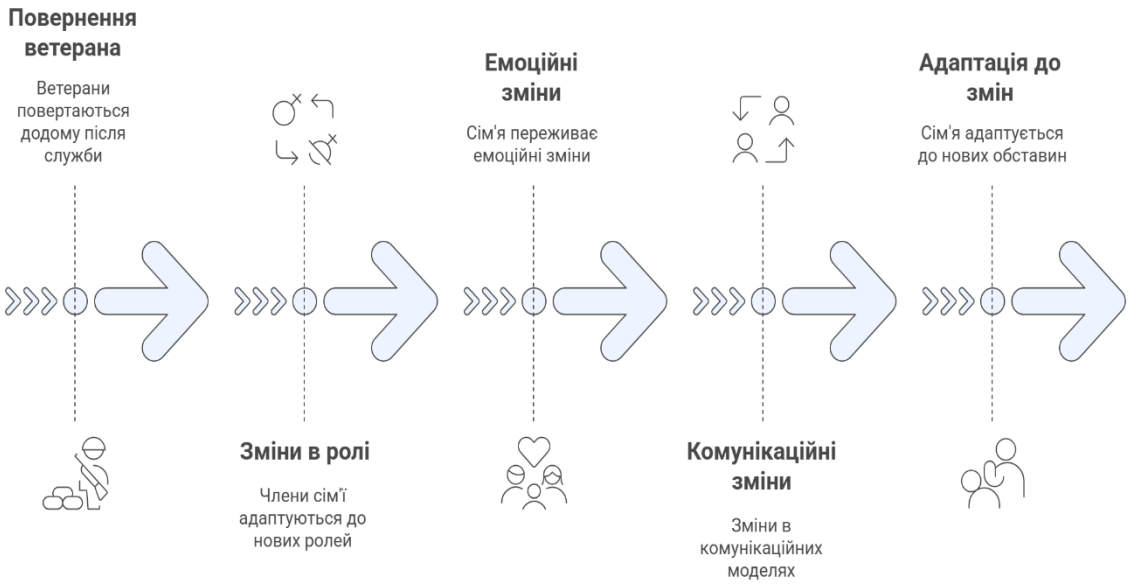

Рис. 1.1.2. Вплив повернення ветерана на сімейну динаміку

Повернення до мирного життя для багатьох ветеранів супроводжується *адаптаційною кризою*, особливо у тих випадках, коли тривалість бойового досвіду була значною, а соціальна підтримка – обмеженою. У таких умовах сім’я нерідко виконує роль «реабілітаційного середовища», однак без зовнішньої допомоги вона не завжди здатна впоратись із цим завданням.

Трансформація функцій у родині може бути як компенсаторною, так і деструктивною (див.рис. 1.1.3.). З одного боку, родина намагається підтримати ветерана, адаптується до його потреб; з іншого – може втрачати власну рівновагу. Наприклад, діти можуть почати виконувати роль «медіаторів» у конфліктах між батьками або брати на себе надмірну відповідальність, що є неприродним для їхнього віку [23].

Так, наприклад, як вказують фахівці з ITTA INFO, соціальні пільги для родин ветеранів – особливо щодо освіти дітей та матеріальної стабільності – є важливим чинником психологічного захисту: коли родина ветерана забезпечена підтримкою, це зменшує стрес ветерана і стабілізує функціонування всієї сімейної системи [41].

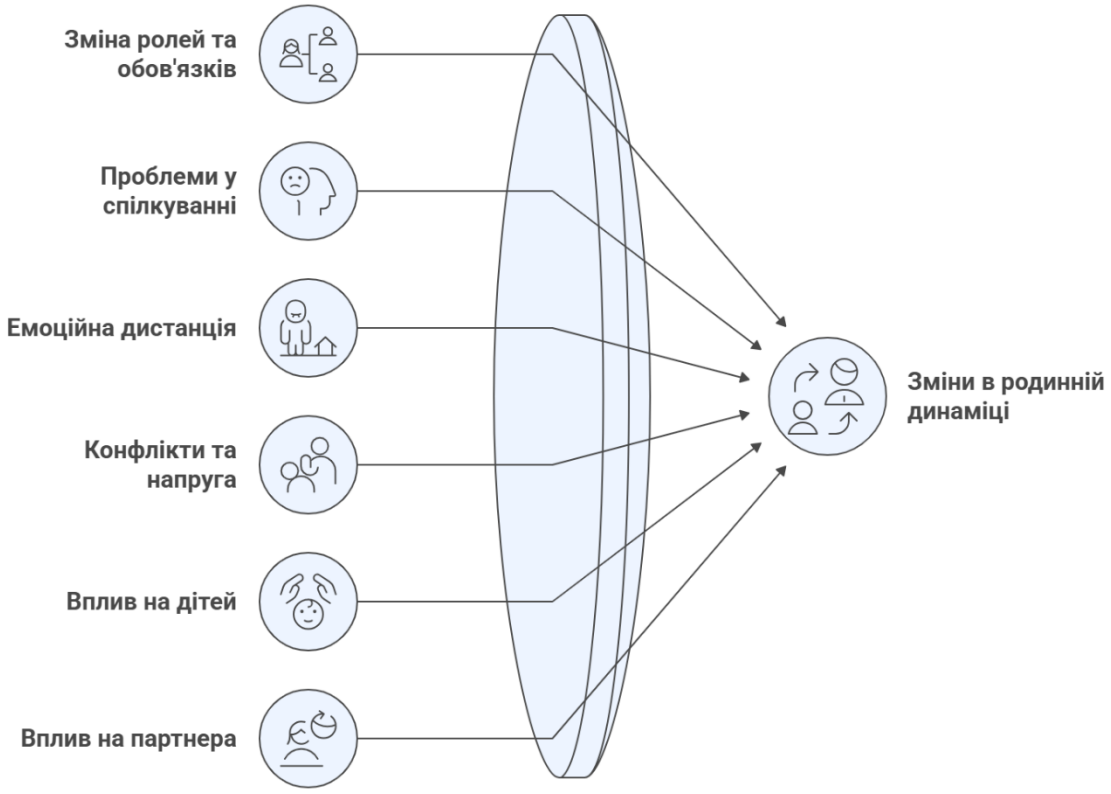

Рис. 1.1.3. Перехідні виклики в родинній динаміці

Також *змінюються батьківські ролі*. Ветерани можуть або надмірно дистанціюватись від виховання, або навпаки – проявляти гіперконтроль через бажання «відновити порядок». Усе це впливає на емоційний клімат у родині та на формування особистості дітей.

Як зазначає О. Іщук, у родинах військовослужбовців, які перебували в зонах бойових дій понад 6 місяців, часто виникають значні сімейні зрушення: родичі встигають перебудувати повсякденне життя без голови сім'ї, і його повернення спричиняє стрес, конфлікти та навіть розвиток ПТСР у членів родини, зокрема – у дружин, які починають переживати симптоми травми буквально разом із ветераном [32].

За результатами дослідження групи Rating Group та Українського ветеранського фонду, близько ветеранів та їхніх близьких часто спостерігають стигматизацію: громадські стереотипи щодо «героїчності» підсилюють соціальний тиск, а жінки-ветеранки стикаються з недовірою

через порушення гендерних норм, що впливає на їхню адаптацію й роль у сім'ї [45].

Соціальний контекст і гендерні стереотипи суттєво впливають на адаптацію родин ветеранів. В українському суспільстві чоловіча роль часто асоціюється з образом «незламного захисника», що ускладнює визнання психологічної вразливості. Це веде до емоційного замовчування проблем, уникання звернення по допомогу, стигматизації психічних розладів.

З іншого боку, партнерки ветеранів зазнають подвійного навантаження: вони мають підтримувати моральний стан чоловіка, доглядати за дітьми й часто брати на себе економічне забезпечення родини. Це створює дисбаланс у розподілі відповідальності, що часто не отримує належної уваги у програмах психосоціальної підтримки.

Крім того, жінки-військовослужбовиці після повернення з фронту також стикаються з гендерно-специфічними труднощами – очікуваннями щодо «традиційної ролі матері», знеціненням їхнього досвіду з боку близьких, а також з подвійною соціальною роллю: воїна й доглядальниці.

За спостереженнями журналістського дослідження, опублікованого The Guardian, жінки-ветерани в Україні після повернення додому нерідко зіштовхуються з гендерною дискримінацією, недовірою з боку оточення та домашнім насильством, що вказує на глибокі соціокультурні проблеми адаптації [22].

Отже, адаптація після війни – це процес, який вимагає врахування не лише індивідуального стану ветерана, а й сімейної системи як цілісного організму, з усією її функціональною, рольовою та емоційною структурою (див. рис. 1.1.4.).

Для успішної адаптації родини після повернення ветерана з війни необхідні наступні стратегії:

1. *Освіта та інформування.* Члени сім'ї повинні бути поінформовані про ПТСР та інші психологічні проблеми, з якими може зіткнутися ветеран.

Розуміння цих проблем допоможе їм краще реагувати на зміни у поведінці ветерана та надавати йому підтримку.

Рис. 1.1.4. Стратегії адаптації родини після повернення ветерана з війни

2. *Відкрите спілкування.* Важливо створити атмосферу відкритого та чесного спілкування в сім'ї. Члени сім'ї повинні мати можливість виражати свої почуття та потреби, а також слухати один одного.

3. *Професійна допомога.* Звернення до психолога або психотерапевта може бути корисним для ветерана та членів його сім'ї. Індивідуальна та сімейна терапія можуть допомогти впоратися з психологічними проблемами, покращити спілкування та вирішити конфлікти.

4. *Підтримка спільноти.* Участь у групах підтримки для ветеранів та їхніх сімей може надати можливість поділитися досвідом, отримати підтримку та навчитися новим стратегіям адаптації.

5. *Самодопомога.* Важливо, щоб члени сім'ї піклувалися про себе та задовольняли свої власні потреби. Регулярні фізичні вправи, здорове харчування, достатній сон та заняття, які приносять задоволення, можуть допомогти впоратися зі стресом та покращити емоційний стан.

6. *Встановлення чітких меж.* Важливо встановити чіткі межі та правила в сім'ї, щоб забезпечити безпеку та стабільність для всіх членів сім'ї.

7. *Терпіння та розуміння.* Відновлення після війни може зайняти багато часу. Важливо бути терплячим та розуміючим до ветерана та його потреб.

Таким чином, аналіз психологічних особливостей родин ветеранів після повернення з бойових дій дозволяє виокремити кілька ключових аспектів.

По-перше, ПТСР суттєво впливає на сімейні ролі та комунікацію, призводячи до підвищеної конфліктності та емоційної дистанції.

По-друге, складнощі адаптації ветеранів спричиняють трансформацію сімейних функцій, що часто стає причиною нерозуміння та кризи у взаєминах.

По-третє, соціальні й гендерні чинники, включно з очікуваннями суспільства та стигматизацією, відіграють важливу роль у формуванні сімейної атмосфери.

Ці висновки підкреслюють необхідність системного підходу у роботі з родинами ветеранів, що враховує не лише психологічні, а й соціокультурні особливості їхнього становища.

1.2. Теоретико-методологічні засади сімейної терапії у відновленні партнерських стосунків в родині ветерана

Психологічні трансформації, які відбуваються в родині після повернення військовослужбовця з бойових дій, потребують не лише адаптації на рівні окремих індивідів, але й перегляду взаємодії в межах усієї сімейної системи. Як було показано у попередньому параграфі, наслідки посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зміна ролей, порушення комунікації та емоційного зв'язку між членами родини часто призводять до дестабілізації родинного функціонування. У такому контексті сім'я постає не лише як ресурс підтримки, а й як вразлива система, що потребує професійного втручання.

Одним з ключових напрямів допомоги родинам ветеранів є сімейна психотерапія – фаховий підхід, спрямований на роботу з міжособистісними стосунками, розв'язання конфліктів, стабілізацію емоційного клімату та відновлення ролей у родині [23].

Різноманітні моделі сімейної терапії пропонують унікальні інструменти для підтримки родин, зокрема в умовах поствоєнної адаптації. Саме тому, цікавим для нашого дослідження є здійснення аналізу провідних теоретичних підходів у сімейній терапії, специфіці їхнього застосування у роботі з родинами військовослужбовців, а також розгляд ролі сімейного терапевта в міждисциплінарній взаємодії.

Сімейна терапія в роботі з ветеранами й їхніми родинами спирається на кілька ключових теоретичних підходів, які довели свою ефективність у випадках травматичного досвіду. Використання цих моделей є надзвичайно важливим для відновлення партнерських та батьківсько-дитячих стосунків, оскільки вони враховують системні, структурні й емоційні аспекти родинної динаміки.

В результаті аналізу наукової літератури даної тематики нами було виокремлено основні підходи в сімейній терапії:

- Системна модель
- Структурна модель
- Емоційно-фокусована терапія
- Когнітивно-поведінкова сімейна терапія
- Мультисімейна терапія

Системна модель, заснована Мюрреєм Боуеном, розглядає сім'ю як емоційну систему, де кожен член пов'язаний з іншими через складні міжособистісні взаємодії. Це підхід, який зосереджується не на окремому індивіді, а на структурі й динаміці родинних відносин, яка передається з покоління в покоління [10].

Основні концепти моделі:

1. *Самодіференціація* – здатність зберігати власну автономію (думки, почуття, рішення), одночасно підтримуючи емоційний зв'язок із сім'єю; низький рівень диференціації призводить до емоційного злиття та реактивності М. Боуена [10].

2. *Трикутники* – мінімальні стабільні підсистеми сімейної системи, де двоє членів залучають третього під час напруги, аби зменшити турбулентність; широко застосовується для розуміння реакцій на стрес, включаючи ПТСР.

3. *Міжгенераційна передача* – поведінкові шаблони, тривога, емоційні стратегії передаються через 3+ поколінь; зупинка такого ланцюга стає терапевтичною метою (Н. Комелла) [2].

Це дозволяє глибше зрозуміти, як ПТСР у ветеранів може запускати емоційні патерни та відгукуватися у поведінці їхніх партнерів і дітей.

Однією з ключових переваг системної моделі сімейної терапії, розробленої М. Боуеном, є можливість розуміти ПТСР не лише як індивідуальне явище, а як системну реакцію родини. Ветеран із наслідками

ПТСР здатен ініціювати емоційний стрес, що виявляється через страх, гнів або емоційне відсторонення. Такі зміни можуть формувати за думкою М. Шермана та Д. Перліка *емоційні трикутники* – інтригуючі підсистеми, де члени родини втягнуті в захисні дії замість конструктивної комунікації. Це порушення психологічної рівноваги в родині призводить до емоційного дисбалансу, що потребує цілісного підходу до терапії [18].

Відтак, *робота з диференціацією* стає центральним інструментом системної терапії: терапевт допомагає кожному члену родини навчитися відокремлювати свої реакції і почуття від реакцій інших. Таке «особистісне розмежування» знижує рівень емоційної реактивності, дозволяє уникати емоційного злиття та підтримує здоровий простір для відновлення партнерських та батьківсько-дитячих ролей [2].

Ще одним корисним інструментом є *генограма* – графічне відображення родинних структур та історичних патернів. Її використання дозволяє ідентифікувати повторювані моделі травматизації чи рольові конфлікти, що часто передаються з покоління в покоління. Це ефективний метод, який допомагає родині усвідомити і перервати деструктивні цикли взаємин [2].

Важливо також відзначити вітчизняні тенденції: у підґрунті української практики психологічної реабілітації для військових використовуються підходи, які акцентують увагу на системних процесах у родині. Так, за результатами аналізу соціально-психологічних потреб родин військових, проведеного І. Федоренком, рекомендовано інтеграцію системних методик у реабілітаційні програми. Це зокрема включає психосоціальні інтервенції, орієнтовані на аналіз поведінкових та емоційних зв’язків у родині як частини цілісної системи адаптації [46].

Структурна модель сімейної терапії зосереджується на внутрішній організації сім’ї, зокрема на межах між підсистемами (подружжя, батьки-діти), ієрархії та правилах взаємодії. С. Мінухін вважав, що порушення меж

(надто жорсткі або надто розмиті) і порушення ієрархії ведуть до сімейних конфліктів і дисфункцій [9].

У роботі з родинами ветеранів структурна модель дозволяє виявити, як вплив ПТСР та травматичного досвіду змінює сімейні ролі, межі й структуру. Ветерани часто зазнають труднощів у адаптації після війни, що може призводити до порушень у балансі влади в сім'ї, послаблення чи посилення контролю між членами родини, а також до порушень емоційного зв'язку [20].

Терапевт, застосовуючи структурний підхід, працює над перебудовою сімейної структури: встановлення чітких меж, корекція ієрархії, налагодження функціональної взаємодії між підсистемами. Це сприяє відновленню емоційного балансу та покращенню комунікації в родині [9].

Дослідження свідчать (Х. Сапочник, О. Гервіс, С. Шварц), що структурна сімейна терапія є ефективною при роботі з посттравматичним досвідом ветеранів, оскільки допомагає змінити дисфункціональні патерни, що заважають нормальному функціонуванню родини, та підтримує процес реінтеграції ветерана в сімейне середовище [20].

Емоційно-фокусована терапія (EFT), розроблена Сью Джонсон, є одним із найбільш досліджених та ефективних підходів до відновлення емоційного зв'язку між партнерами у парі або членами родини, особливо в умовах глибоких психологічних травм, таких як ПТСР у ветеранів. Цей підхід ґрунтується на теорії прихильності та припускає, що емоційна безпека у стосунках є базовою потребою людини, особливо в умовах кризи.

На відміну від когнітивно-поведінкових методів, EFT не зосереджується на зміні мислення або поведінки як первинної мети, а натомість допомагає подружжю або родині віднайти й виразити глибинні емоційні потреби, страхи, прив'язаність і вразливість. Саме це дозволяє переформатувати взаємодію і зменшити емоційну віддаленість чи ворожість у стосунках.

У випадку ветеранів та їхніх родин EFT виявилася ефективною у роботі з парами, де один із партнерів має симптоми посттравматичного стресового розладу. Травма часто викликає емоційне закриття або спалахи агресії, що перешкоджає глибокому емоційному контакту. У цьому контексті терапія допомагає подолати «цикли відчуження» – взаємні деструктивні реакції (один уникає, інший звинувачує), що підтримують дисфункцію у стосунках.

Ключові компоненти EFT:

1. Виявлення негативних циклів взаємодії – терапевт допомагає парі усвідомити емоційно-реактивні сценарії, які повторюються в конфліктах.
2. Розкриття прихованих емоційних потреб – робота з вразливими переживаннями, які зазвичай приховуються за захисною поведінкою (відсторонення, злість).
3. Формування нового емоційного досвіду – партнери вчаться емоційно звертатися один до одного з потребами у підтримці, турботі, довірі.
4. Створення нових взаємодій – родина формує безпечніші, емоційно відкриті способи спілкування.

У дослідженні Х. Маклін і С. Джонсон показано, що EFT значно знижує симптоми ПТСР у ветеранів за рахунок зменшення відчуття ізоляції в родині [7]. Терапія сприяє відновленню відчуття емоційної близькості, що критично важливо для стабільності сімейного життя після повернення з війни.

Сама С. Джонсон у своїй фундаментальній праці *Hold Me Tight* [4] підкреслює: «Ми створені для емоційної прив’язаності. І наш мозок зчитує відсутність емоційної підтримки як небезпеку». Такий підхід особливо актуальний для родин ветеранів, де партнер може несвідомо уникати близькості через досвід втрат, провини або травматичні спогади.

Когнітивно-поведінкова сімейна терапія (КПС-терапія) поєднує засади класичної когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) із системним підходом до родини, розглядаючи сім'ю як взаємопов'язану одиницю, де поведінкові та мисленнєві патерни окремих членів впливають на динаміку всієї системи.

Основна мета цього підходу – змінити дисфункційні переконання, комунікаційні шаблони та поведінку членів родини для покращення взаємин, зменшення конфліктів і розвитку навичок емоційної регуляції.

Особливу цінність цей підхід має у роботі з сім'ями ветеранів або учасників бойових дій, де спостерігаються високі рівні напруги, непорозуміння, тривоги, а також труднощі у відновленні ролей після повернення з війни. Часто такі сім'ї стикаються з конфліктами на основі хибних інтерпретацій дій одне одного, автоматичних негативних думок і жорстких очікувань щодо "нормального функціонування".

Основні принципи КПС-терапії:

1. **Робота з автоматичними думками** – учасники родини навчаються виявляти, перевіряти та змінювати ірраціональні переконання, що спричиняють конфлікти (наприклад: «він мене ігнорує», «вона мене не поважає»).

2. **Розвиток навичок комунікації** – тренуються навички активного слухання, вербального вираження емоцій, конструктивної критики та вирішення проблем.

3. **Поведенкові інтервенції** – родина залучається до вправ на покращення взаємодії: спільне планування дозвілля, зміна реакцій на конфліктні ситуації, позитивне підкріплення бажаної поведінки.

4. **Навчання емоційній регуляції** – окремі члени родини (зокрема ветерани з ПТСР) вчаться справлятися з дратівливістю, тривогою, імпульсивними реакціями.

У контексті посттравматичних наслідків, КПС-терапія допомагає подолати замкнене коло уникання, недовіри або гіперконтролю, які часто спостерігаються у партнерських чи батьківських стосунках після бойового досвіду. Наприклад, за результатами досліджень К. Реншоу та К. Каска, КПС-підхід допомагає подружжям ветеранів ПТСР покращити емоційну взаємодію, зменшити симптоми депресії та конфліктність у стосунках [14].

Також у практиці використовується модифікована форма – когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на парні відносини, розроблена К. Медісон та С. Фредман [24]. Ця модель розглядає пару як систему, що спільно працює над подоланням ПТСР одного з партнерів. Вона успішно інтегрується в роботу з родинами військовослужбовців, оскільки підвищує розуміння симптомів, покращує емпатію та навчає партнерів бути активними учасниками процесу зцілення.

Дослідники К. Монсон та С. Фредман доводять, що КПС-терапія, орієнтована на подружжя, ефективно знижує симптоматику ПТСР і покращує взаємодію в парах, де один із партнерів є ветераном [24].

Мультисімейна терапія (MFT) – це підхід, що об’єднує кілька сімей у спільний терапевтичний процес з метою підтримки, нормалізації досвіду, розвитку навичок взаємодії та зменшення ізоляції. Особливо ефективною MFT є у роботі з родинами, які стикаються з подібними кризовими ситуаціями – як-от військова травма, повернення з війни, посттравматичний стресовий розлад у близьких [23].

У контексті поствійськової адаптації мультисімейна терапія створює простір, де учасники можуть ідентифікувати власні труднощі, побачити себе у досвіді інших родин і будувати мережу підтримки. Такий формат сприяє зниженню стигми навколо психічного здоров’я та відкриває можливості для навчання на прикладах. Спільне обговорення ролей, очікувань і моделей комунікації допомагає подолати напругу між ветеранами та членами родин.

Як зазначають М. Шерман, Е. Фішер, Р. Оуен, Лу Л. та Хан С., мультисімейні групи допомагають знижувати симптоматику депресії та тривоги у ветеранів, водночас зміцнюючи родинні зв'язки [17]. Вони показали, що участь у MFT сприяє покращенню емоційної взаємодії, формуванню довіри та розвиткові емпатії у подружніх і батьківсько-дитячих відносинах.

Мультисімейні втручання також дозволяють фахівцям бачити міжродинну динаміку, виявляти системні закономірності поведінки і краще адаптувати інтервенції до конкретного контексту. Успішне впровадження MFT для ветеранів з досвідом травматизації підтверджується дослідженнями в Нідерландах, Канаді та США.

Таким чином, кожна модель сімейної терапії має свої сильні сторони та обмеження при роботі з родинами ветеранів (див. табл.1.2.1). Успішна реабілітація вимагає індивідуального підходу, що враховує характер ПТСР, рівень сімейної згуртованості, мотивацію до змін і стадію адаптації після бойового досвіду. Найефективнішими виявляються поєднання структурної, емоційно-фокусованої та системної терапії, адаптованих до культурного та соціального контексту України.

Таблиця 1.2.1.

Порівняльна таблиця моделей сімейної терапії

Модель	Ключові ідеї	Методи / Інструменти	Переваги в роботі з ветеранами	Обмеження
Системна (М. Боуен)	Родина – емоційна система; вплив міжпоколіннєв их патернів; важливість диференціації	Генограма, робота з трикутниками , аналіз емоційної диференціації	Дозволяє усвідомити глибинні системні процеси; знижує емоційну реактивність в родині	Потребує значного часу; іноді складно застосовна у кризових ситуаціях
Структурна (С.Мінухін)	Родина – ієрархічна структура з	Перебудова сімейних меж, реструктуриза	Дає швидкий ефект у дезорганізова	Може бути занадто директивною

	межами, ролями, коаліціями	ція підсистем, активне втручання	них родинах; актуальна при зміні ролей після повернення ветерана	; вимагає високої майстерності терапевта
Емоційно-фокусована (С.Джонсон)	Емоції – центр змін; покращення прив'язаності та емоційного зв'язку	Рефреймінг емоцій, корекція циклів взаємодії, створення безпечного простору	Ефективна при роботі з емоційною відстороненістю, яка часто притаманна ПТСР	Менш дієва у родинах з жорсткою структурною дезорганізацією
Когнітивно-поведінкова (КПТ-СТ)	Поведінка зумовлена переконаннями; змінити поведінку через зміну мислення	Поведінкові завдання, когнітивна реструктуризація, тренінги комунікації	Дає відчутний результат у зменшенні симптомів ПТСР, тривоги, агресії в родині	Може нехтувати емоційною складовою та динамікою системних зв'язків
Мультисімейна терапія (MFT)	Родини навчаються одне в одного; нормалізація досвіду через спільну групову роботу	Групові зустрічі родин, психоосвіта, обговорення схожих проблем	Забезпечує соціальну підтримку, зменшує стигму; знижує конфлікти у родині	Менш ефективна при індивідуальному тяжких психотравмах або високій закритості сім'ї

Застосування сімейної терапії до сімей ветеранів вимагає врахування специфічних потреб та викликів, з якими вони стикаються. Саме тому, у контексті нашого дослідження важливим є виокремлення методологічних принципів сімейної терапії для сімей ветеранів (див. рис. 1.2.1.).

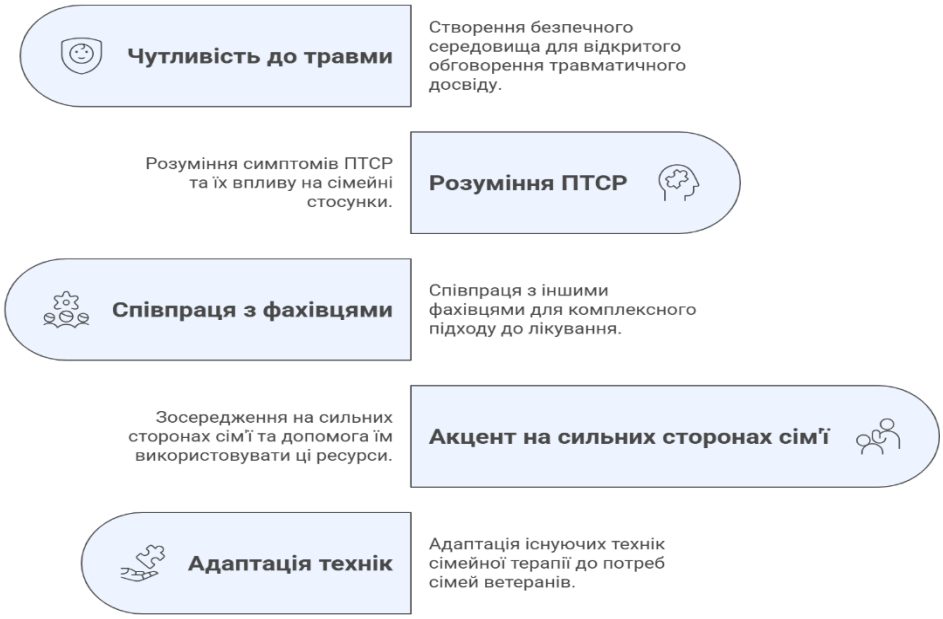

Рис. 1.2.1. Методологічні принципи сімейної терапії для сімей ветеранів

У сімейній терапії для сімей ветеранів використовуються різноманітні методи та техніки, спрямовані на покращення комунікації, вирішення конфліктів та відновлення емоційного зв’язку (див. рис. 1.2.2.).

Рис. 1.2.2. Методи та техніки сімейної терапії

Отже, ефективне використання сімейної терапії у роботі з родинами військовослужбовців потребує глибокого розуміння теоретичних моделей (системної, структурної, емоційно-фокусованої, когнітивно-поведінкової, мультисімейної) та адаптації їх до українського культурного і воєнного контексту. Застосування таких методів як генограма, реструктуризація меж, техніки емоційної регуляції, тренінги комунікації й робота з ролями дозволяє ефективно впливати на динаміку родинних стосунків.

Ключовими методологічними принципами сімейної терапії залишаються системність, міжособистісна взаємодія, орієнтація на ресурси родини, культурна чутливість та багатовимірний підхід до проблеми. У поєднанні з міждисциплінарною взаємодією ці принципи формують підґрунтя для цілісного супроводу родини, що переживає наслідки бойового травматизму.

Разом з тим, лише психотерапевтичного впливу часто виявляється недостатньо. Тому наступний підрозділ буде присвячено розгляду психосоціального консультування як важливого компонента підтримки родин ветеранів у складних життєвих обставинах.

1.3. Психосоціальне консультування як інструмент підтримки сімей ветеранів: підходи, етапи, принципи

У роботі з родинами ветеранів надзвичайно важливо не обмежуватись лише психотерапевтичним підходом – особливо у випадках, коли родина перебуває в гострому стресі, нестабільних соціально-побутових умовах або стикається з бюрократичними труднощами. У таких ситуаціях актуалізується психосоціальне консультування як комплексна форма допомоги, що поєднує психологічну підтримку, соціальну орієнтацію та емоційне стабілізування. На відміну від класичної психотерапії,

психосоціальне консультування є більш гнучким, кризово-орієнтованим і мультидисциплінарним підходом, який адаптується до конкретних потреб родини ветерана.

Психосоціальні втручання мають на меті не лише зниження дистресу, а й активізацію ресурсів самоорганізації сім'ї, зміцнення її функціональної стійкості в умовах тривалого навантаження – психологічного, економічного, соціального. Цей тип підтримки базується на цілісному баченні родини як системи, що потребує не лише терапії, а й соціального захисту, консультування, орієнтації у послугах, зняття стигми щодо звернення по допомогу.

Психосоціальне консультування – це форма підтримки, яка фокусується на взаємозв'язку між психологічними станами людини та соціальними умовами її життя [39]. У контексті допомоги родинам ветеранів воно передбачає міждисциплінарний супровід, спрямований на подолання емоційних, ролевих, комунікативних та соціально-побутових труднощів, які виникають після участі одного з членів родини у бойових діях.

Психосоціальне консультування сімей ветеранів – це комплексна допомога, спрямована на покращення психологічного та соціального благополуччя всіх членів сім'ї. Воно базується на кількох ключових підходах (див. рис. 1.3.1.):

1. Системний підхід. Розглядає сім'ю як єдину систему, де зміни в одного члена сім'ї впливають на всіх інших. Консультування зосереджується на покращенні комунікації, вирішенні конфліктів та відновленні здорових сімейних ролей.

2. Травмо-інформований підхід. Враховує потенційний вплив травматичного досвіду ветерана на його психологічний стан та поведінку, а також на динаміку всієї сім'ї. Консультування спрямоване на допомогу ветерану та членам його сім'ї впоратися з наслідками травми, такими як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривога, депресія та інші.

3. Резильєнтний підхід. Підкреслює сильні сторони та ресурси сім’ї, допомагаючи їм розвивати стратегії подолання труднощів та адаптуватися до змін. Консультування зосереджується на підтримці позитивних сімейних цінностей, зміцненні зв’язків та розвитку навичок вирішення проблем.

4. Підхід, орієнтований на рішення. Допомагає сім’ї визначити конкретні цілі та розробити практичні кроки для їх досягнення. Консультування зосереджується на пошуку ефективних рішень, а не на аналізі проблем.

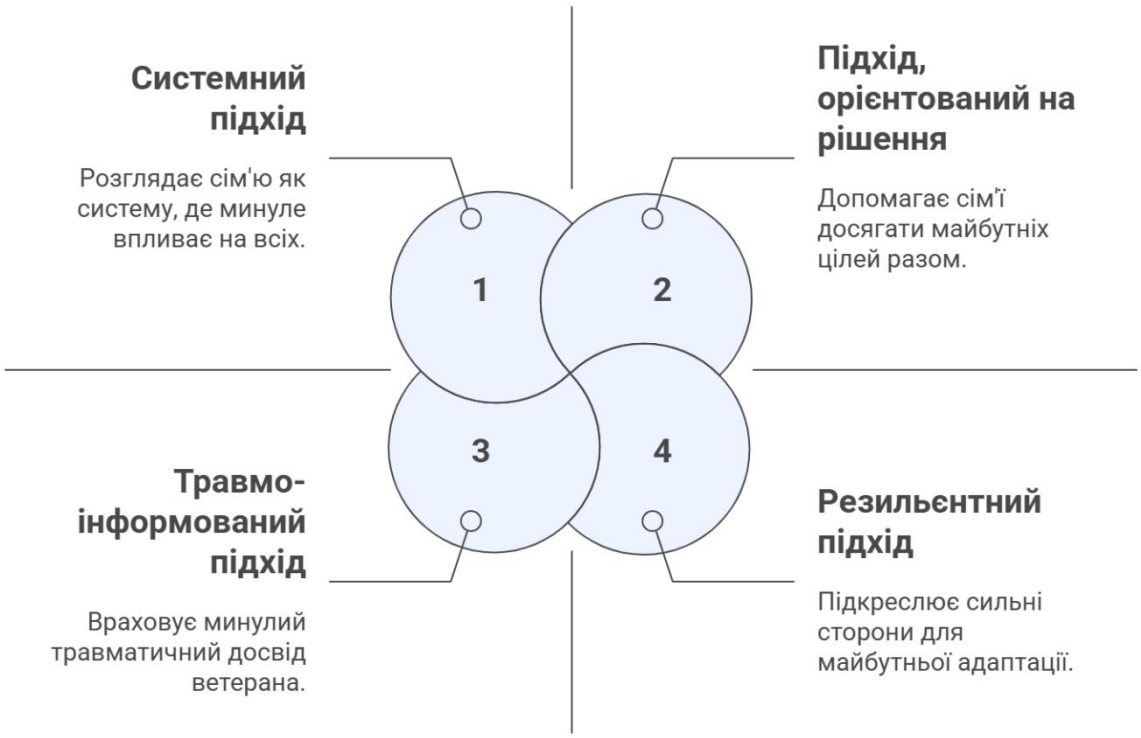

Рис. 1.3.1. Підходи психосоціального консультування родин ветеранів

Як зазначає М. Інман, психосоціальна підтримка передбачає не лише інтервенцію в індивідуальний психологічний стан, а й активну роботу з оточенням клієнта – сім’єю, громадою, інституціями, у яких він функціонує [3]. У роботі з родинами військових це включає допомогу у відновленні міжособистісних зв’язків, адаптацію до змінених життєвих ролей, супровід

у питаннях соціальної адаптації, юридичних прав, працевлаштування та доступу до медичних послуг.

З українських фахівців глибокий внесок у розробку підходів до психосоціального консультування зробили Т. Семигіна, Н. Лобода, О. Сайко, які підкреслюють важливість інтеграції соціальної роботи та психології у випадках посттравматичних проявів у військових та членів їхніх родин. Так, Т. Семигіна у своїх працях наголошує, що психосоціальна допомога має бути цілісною, включати компоненти кризового втручання, консультування, посередництва у доступі до соціальних послуг та навігації в системі державної підтримки [40].

Основними цілями психосоціального консультування у роботі з родинами ветеранів можна назвати:

- стабілізацію емоційного стану членів родини;
- відновлення функціональної комунікації у сім'ї;
- зменшення впливу ПТСР та вторинної травматизації;
- посилення здатності родини до самоорганізації;
- допомогу у доступі до зовнішніх ресурсів та інституційної підтримки;
- зниження рівня соціальної ізоляції та стигматизації.

Як підкреслює К. Реншоу у дослідженнях про вплив бойових травм на родинне функціонування, важливо створити в терапевтичному процесі безпечний простір, де кожен член родини зможе висловити власні переживання без осуду чи вторинної травматизації [14].

Ефективне психосоціальне консультування сімей ветеранів базується на наступних принципах: індивідуальний підхід, культурна чутливість, емпатія та допомога, конфіденційність, розширення можливостей, співпраця, компетентність (див. рис. 1.3.2.).

Рис. 1.3.2. Принципи ефективного психосоціального консультування ветеранів

Ефективність психосоціального консультування значною мірою залежить не лише від методів впливу, а й від організації самої взаємодії між фахівцем і клієнтом. В умовах післявоєнної реабілітації родин ветеранів та учасників бойових дій (УБД) надзвичайно важливою є гнучкість консультативного підходу, адаптованого до особливостей життєвих обставин, психологічної готовності й доступу до ресурсів.

Дослідниця Т. Семигіна наголошує, що формат надання допомоги повинен враховувати ступінь готовності клієнта до взаємодії, культурні особливості родини, глибину посттравматичних змін, а також рівень соціальної підтримки [40]. У практиці виділяють три основні форми консультування: індивідуальне, сімейне та групове.

1. Індивідуальне консультування найчастіше застосовується на первинних етапах, коли ветеран або член родини потребує емоційного

«розвантаження», безпечного простору для озвучення травматичного досвіду чи реакцій на нього.

2. Сімейне консультування передбачає одночасну роботу з кількома членами родини, коли мова йде про системні дисфункції – порушення комунікації, втрату батьківських функцій, агресію або відсторонення.

3. Групове консультування може реалізовуватися у форматі груп підтримки для дружин військових, батьків загиблих, дітей ветеранів або самих учасників бойових дій.

Крім того, важливо розглядати різні організаційні формати, зокрема:

- Очне (офлайн) консультування – ефективне при тривалих чи глибоких роботах, що потребують живого контакту;
- Дистанційне (онлайн) – зручне для сімей, які проживають у віддалених районах, або під час тривалих криз (як-от пандемія чи релокація);
- Короткострокове (1–5 сесій) – фокусується на негайному стабілізуванні ситуації;
- Довготривале (6+ сесій) – дозволяє поступово відновити родинні ролі, емоційну близькість та функціональну комунікацію.

Науковець О. Сайко зазначає, що мультиформатна система консультування дозволяє забезпечити гнучку, адаптивну підтримку, що значно підвищує її ефективність у роботі з родинами УБД [39].

Західні практики також підтримують цю ідею: Е. Вайс та Б. Моррісон у дослідженнях психосоціальної реабілітації американських ветеранів вказують, що саме комбінування індивідуального та родинного супроводу підвищує стійкість родин до вторинної травматизації [25].

Процес психосоціального консультування сімей ветеранів зазвичай включає наступні етапи (див. рис. 1.3.2.):

Рис. 1.3.2. Цикл психосоціального консультування ветеранів

Отже, психосоціальне консультування є важливим інструментом підтримки сімей ветеранів, які стикаються з унікальними викликами, пов’язаними з військовою службою та поверненням до цивільного життя. Застосування системного, травмо-інформованого, резильєнтного та орієнтованого на рішення підходів, дотримання етапів консультування та принципів індивідуального підходу, емпатії, конфіденційності та співпраці дозволяє надавати ефективну допомогу сім’ям ветеранів у покращенні їхнього психологічного та соціального благополуччя.

Висновки до першого розділу

У розділі здійснено теоретичний аналіз соціально-психологічних чинників, які впливають на функціонування сімей ветеранів війни; розглянуто вплив посттравматичного стресового розладу на сімейні ролі та комунікацію; проаналізовано труднощі адаптації ветеранів і трансформації їхніх функцій у родині; враховано соціальні та гендерні аспекти родинних взаємин, здійснено оцінку ефективності існуючих моделей сімейної терапії та психосоціального консультування в контексті роботи з родинами ветеранів.

Здійснений теоретичний аналіз основних моделей сімейної терапії – системної, структурної, емоційно-фокусованої, когнітивно-поведінкової та мультисімейної – а також особливостей їх застосування у роботі з родинами військовослужбовців дозволив виділити ключові підходи та роль міждисциплінарної взаємодії в терапевтичному процесі. Визначено культурно-специфічні особливості, які впливають на ефективність сімейної терапії в контексті українських родин.

Проаналізовано цілі психосоціального консультування, техніки кризового втручання та практики нормалізації емоційного стану ветеранів і їхніх сімей. Розглянуто мультиагентну взаємодію між психологами, соціальними працівниками та консультантами, що забезпечує комплексну підтримку родин. На основі аналізу вітчизняних і закордонних досліджень підтверджено необхідність комплексного підходу до супроводу ветеранів і їхніх близьких.

В результаті теоретичного аналізу проблем сімейної терапії та психосоціального супроводу ветеранів визначено, що для підвищення ефективності допомоги важливо враховувати індивідуальні та культурні особливості родин, а також застосовувати міждисциплінарний підхід. Отримані результати створюють базу для подальшого дослідження

емпіричних аспектів підтримки сімей ветеранів, що розглядається у другому розділі.

РОЗДІЛ 2.

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ У ВІДНОВЛЕННІ СТОСУНКІВ У РОДИНАХ ВЕТЕРАНІВ / УБД

2.1. Констатувальний аналіз проблем та потреб родин ветеранів

Теоретичний аналіз сімейних трансформацій після бойового досвіду та психосоціальних втручань у родинні системи ветеранів дозволив окреслити коло ключових проблем, що мають емпіричне підґрунтя. У другому розділі представлено емпіричне дослідження, яке спрямоване на вивчення особливостей функціонування родин українських військовослужбовців після повернення з фронту.

Метою констатувального дослідження є виявлення психологічних та соціальних труднощів у родинах військовослужбовців, які повернулися з бойових дій, та визначення потенціалу психосоціальної допомоги й сімейної терапії у відновленні функціонування родинної системи.

Завдання дослідження:

1. Здійснити первинну діагностику сімейного функціонування в родинах ветеранів.
2. Виявити типові патерни емоційного реагування, порушення ролей та сімейної комунікації.
3. Оцінити потребу родин у психологічній, психотерапевтичній і соціальній підтримці.
4. Проаналізувати можливості впровадження психосоціального супроводу у відповідь на виявлені проблеми.

Вибірка дослідження склала 30 родин українських військовослужбовців, які брали участь в бойових діях. У дослідженні брали участь як самі ветерани (чоловіки або жінки), так і їхні партнери (дружини/чоловіки), у деяких випадках – інші члени родини (наприклад, старші діти). Дослідження проводилося на *базі* Центру життєстійкості (Resource Hub, Саксаганський район).

Учасники були поінформовані про мету дослідження, надали письмову згоду на участь, дотримувалися етичні норми анонімності, добровільності та конфіденційності. Гендерна структура вибірки: 60% чоловіків, 40% жінок. У більшості сімей є діти віком до 18 років. Дослідження проводилося у змішаному форматі: індивідуальні та сімейні інтерв'ю, а також анкетування.

Для досягнення поставлених завдань було обрано поєднання кількісних і якісних методів, що дозволяє не лише зафіксувати типові труднощі, а й виявити індивідуальні переживання та потреби учасників, оцінити особливості функціонування сім'ї, емоційний стан її членів та якість комунікації. Такий підхід відповідає міждисциплінарній логіці дослідження, де сім'я розглядається як цілісна система в умовах впливу травматичного досвіду. Вибрані методики є валідними, адаптованими до українського контексту та відповідають етичним стандартам дослідницької практики. Методики були обрані відповідно до специфіки цільової групи – родин військовослужбовців – та з урахуванням етичних норм і доступності інтерпретації результатів.

1. Методика «Оцінка сімейного функціонування» (Family Assessment Device, FAD) у адаптації О. Сорокіної [43]. Ця методика дозволяє оцінити сім'ю за кількома ключовими параметрами: проблемне вирішення, комунікація, виконання ролей, емоційна реактивність, емоційне залучення, поведінковий контроль і загальне функціонування. Вона є широко вживаною у дослідженнях сімей, які переживають стресові ситуації,

включаючи посттравматичні події (Miller, Epstein, Bishop & Keitner, 1985). Застосування FAD дозволило виявити сфери дисфункцій у родинах, де один або кілька членів мали досвід участі в бойових діях.

2. Шкала тривожності та депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Ця методика є скринінговим інструментом для виявлення симптомів тривоги та депресії у дорослих. Вона рекомендована для використання в медичних, соціальних та дослідницьких контекстах. HADS дозволила дослідити емоційний стан як ветеранів, так і їхніх партнерів, що має важливе значення для розуміння загального психологічного клімату в сім'ї. Шкалу HADS застосовано у адаптації О. Кутікова та І. Нікішкової, яка відповідає національним стандартам для україномовних клієнтів [36].

Додатково під час дослідження застосовувався авторський **напівструктурований інтерв'ю-гід** (Див. Додаток А), який містив питання про:

- характер змін у родинних стосунках після повернення ветерана;
- досвід звернення по допомогу;
- сприйняття ролі психолога, соціального працівника чи консультанта в подоланні криз.

Застосування якісного інтерв'ю дозволило розширити кількісний аналіз та отримати контекстуалізовану інформацію про переживання родин.

Дослідження проводилося у кілька етапів:

Перший етап – організаційно-підготовчий. На цьому етапі було визначено критерії включення до вибірки (вік, статус УБД, наявність подружніх/партнерських стосунків), розроблено інформовану згоду, погоджено етичні вимоги, а також сформовано коротку інструкцію для учасників.

Другий етап – емпіричне обстеження. Учасники самостійно або за участі дослідника (у разі інтерв'ю) заповнювали:

- Методику FAD – для оцінки сімейного функціонування;

- Шкалу HADS – для виявлення рівня тривожності та депресивності;
- Напівструктуроване інтерв'ю – у вигляді індивідуальної бесіди (тривалість – близько 30 хвилин), аудіозапис інтерв'ю здійснювався лише за згодою респондента.

Заповнення опитувальників тривало орієнтовно 25–30 хвилин. Переважна більшість учасників (65%) обрала онлайн-формат (через Google Форми), решта – офлайн у психологічних центрах.

Третій етап – обробка та аналіз результатів. Кількісні дані з методик оброблялися з використанням методів описової статистики. Якісні інтерв'ю були транскрибовані вручну та піддані тематичному аналізу, що дозволило виділити повторювані патерни в описах респондентів щодо сімейної динаміки, викликів та джерел підтримки.

Усі учасники дослідження були ознайомлені з метою, умовами та добровільністю участі, а також із правом відмовитися на будь-якому етапі. Анонімність і конфіденційність було забезпечено.

Аналіз результатів за методикою «Оцінка емоційного стану родини» (інтерпретація Н. Сорокіної)

У дослідженні взяли участь 20 сімей, в яких один з партнерів є ветераном або військовослужбовцем із досвідом участі в бойових діях (УБД). Оцінювання проводилося окремо для кожного з партнерів. Таким чином, усього було опрацьовано 40 протоколів.

Аналіз отриманих даних показав наступні тенденції (див. рис. 2.1.1):

- ***Високий рівень тривожності*** зафіксовано у 65% опитаних. Найвищі показники — у партнерів ветеранів (особливо дружин), що свідчить про високий рівень емоційного напруження у повсякденному житті.
- ***Симптоми емоційного вигорання*** (виснаженість, емоційна нестабільність) простежувалися у 50% респондентів.

- ***Фрустрованість*** *та* ***депресивні тенденції*** спостерігалися у 40% учасників дослідження. При цьому частіше ці симптоми проявлялися у самих ветеранів, що може бути пов'язано з ПТСР або труднощами поствоєнної адаптації.

- ***Ворожість*** та напруження у комунікації виявлені у 30% випадків. Ці сім'ї характеризуються частими конфліктами, звинуваченнями, а також емоційним відстороненням.

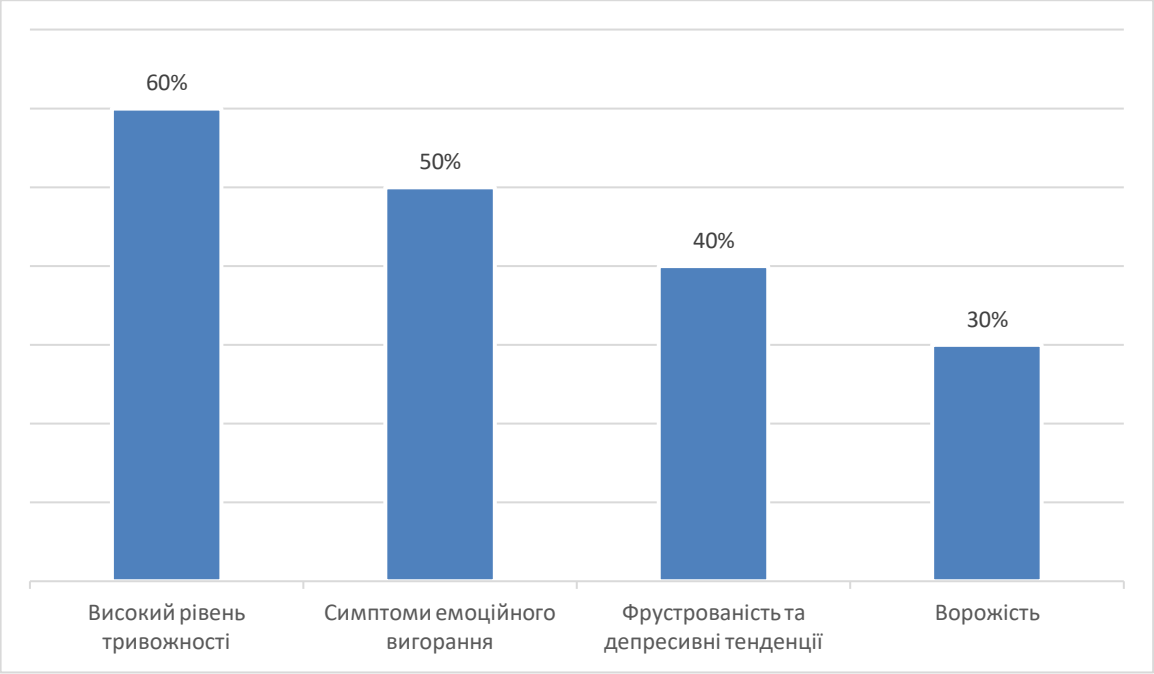

Рис. 2.1.1. Результати за методикою «Оцінка емоційного стану родини»

Загалом результати свідчать про значне емоційне перевантаження сімей, де є учасник бойових дій. Це підтверджує важливість інтеграції психосоціального консультування та сімейної терапії у систему підтримки таких родин. Найбільший ризик емоційного дистресу зафіксовано у тих парах, де спостерігається низький рівень диференціації емоцій та домінують патерни взаємної емоційної реактивності.

Отримані дані узгоджуються з висновками закордонних дослідників, зокрема К. Реншоу та К. Каски, які у своїх роботах вказують на високу

ймовірність вторинної травматизації членів родини ветеранів через постійний вплив симптомів ПТСР [14].

Вітчизняні дослідники, зокрема В. Ковальов та Н. Лисенко, також акцентують увагу на важливості врахування емоційного стану родини у процесі психологічної реабілітації ветеранів, підкреслюючи, що ефективне відновлення можливо лише за умови цілісної сімейної підтримки [34].

Аналіз результатів за шкалою тривожності та депресії HADS

Результати тестування за шкалою HADS показали (див. рис.2.1.2.) , що серед ветеранів значна частина має підвищений рівень тривожності: близько 45% респондентів продемонстрували показники у межах помірної або високої тривожності, що корелює з даними міжнародних досліджень, які вказують на високий рівень психоемоційного навантаження у ветеранів із ПТСР [14]. Рівень депресивних симптомів у цій групі теж був вищим за середній – 38% учасників дослідження виявили ознаки депресії різного ступеня вираженості.

Серед партнерів ветеранів спостерігався трохи нижчий, але все ж суттєвий рівень тривожності – близько 30% із ознаками помірної тривоги. Депресивні симптоми зафіксовані у 25% опитаних, що свідчить про значне емоційне навантаження, пов’язане з підтримкою близької людини, яка пережила травматичний досвід. Це узгоджується з висновками В. Ковальова та Н. Лисенко, які підкреслюють важливість уваги до психологічного стану членів родини ветеранів [34].

Статистичний аналіз свідчить про позитивний кореляційний зв’язок між рівнем тривожності ветеранів та рівнем депресії у партнерів ($r = 0,52$, $p < 0,01$), що вказує на взаємозалежність емоційних станів у межах сімейної системи. Цей результат підтверджує системний вплив ПТСР і стресових факторів на родинне середовище.

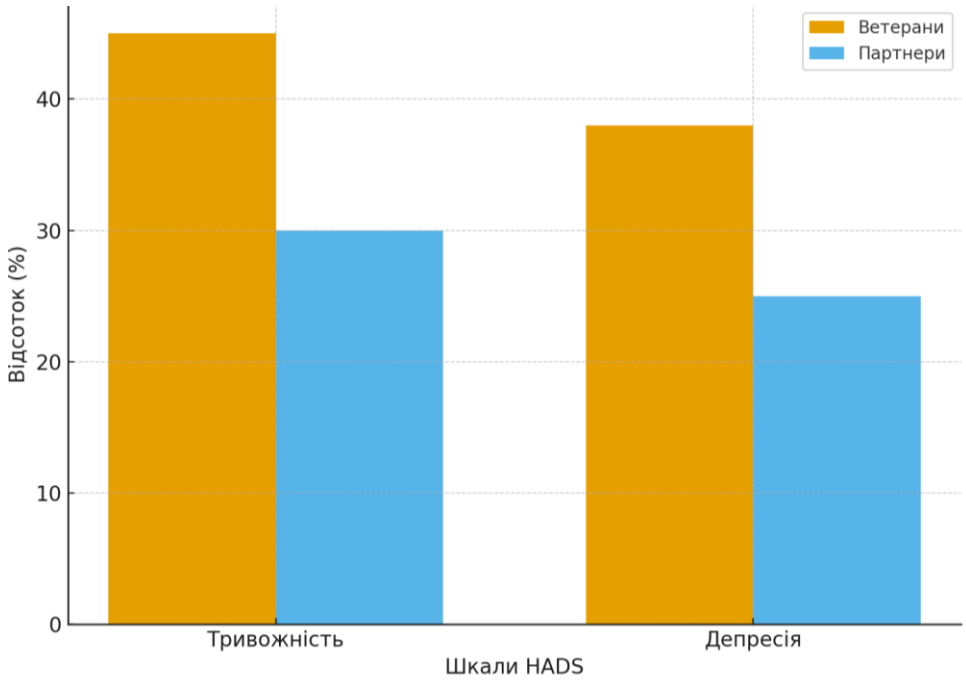

Рис. 2.1.2. Порівняння рівнів тривожності та депресії серед ветеранів і їхніх партнерів за даними HADS

Отримані дані також показали, що ветерани з вищими показниками тривожності мали значно гірші показники по шкалі сімейної адаптації ($p < 0,05$), що свідчить про порушення комунікативних процесів і зниження рівня підтримки в родині.

Отже, результати HADS вказують на необхідність комплексного психосоціального втручання, спрямованого не лише на індивідуальну терапію ветеранів, а й на роботу із сім'ями, зокрема партнерськими відносинами.

Аналіз результатів за методикою авторського напівструктурованого інтерв'ю

У ході дослідження було опитано 30 учасників, що дозволило отримати багатовимірну картину впливу ПТСР, змін у сімейній динаміці та досвіду психосоціальної підтримки. Респонденти переважно чоловіки віком від 30 до 50 років, у шлюбі, з дітьми. Час, що минув від повернення додому, варіювався від 6 місяців до 5 років. Військовий досвід включав участь у

різних регіонах та бойових операціях, що підкреслює різноманітність життєвих обставин ветеранів.

“Я повернувся з фронту два роки тому, служив у підрозділі піхоти, і найскладнішим для мене було... (Андрій Н.).”

Учасники інтерв’ю одностайно відзначали значні зміни у стосунках із близькими після повернення. Найчастіше згадувались труднощі в комунікації (85%), збільшення кількості конфліктів (70%), а також зміни у розподілі ролей. При цьому більшість опитаних визнавали, що сімейна підтримка є ключовою для подолання кризових моментів.

“Ми стали більше сваритися, бо я часто не можу стримувати свої емоції. Вдома я відчуваю, що не вписуюся у звичний розподіл обов’язків” (Володимир К.).

Респонденти часто згадували про емоційні труднощі: тривожність (65%), дратівливість, періоди відчуженості. Водночас вони визнавали, що ці стани суттєво впливають на партнерські та батьківські ролі, іноді провокуючи дистанціювання у родині.

“Іноді мені складно говорити з дружиною, я закриваюся у собі, бо боюся, що мене не зрозуміють” (Роман У.).

Переважна більшість ветеранів і членів їхніх родин зверталися до психологів або соціальних працівників. Респонденти відзначали корисність сімейної терапії, зокрема у відновленні комунікації та розуміння в сім’ї.

“Сімейна терапія допомогла нам краще розуміти один одного. Ми навчилися висловлювати свої почуття і слухати партнера” (Роман О.).

Водночас учасники інтерв’ю підкреслювали проблеми з доступом до якісної підтримки через брак інформації або фінансові обмеження.

Ветерани та їхні сім’ї також висловлювали потребу у більшій кількості спеціалізованих програм психосоціальної підтримки та полегшенні доступу до них. Вони наголошували на важливості інтеграції

психологічної допомоги в соціальні служби, а також на необхідності підвищення обізнаності суспільства щодо проблем ветеранів.

“Було б добре, якби існували безкоштовні програми, де ми могли б отримати підтримку всією сім’єю” (Георгій Д.).

Отримані дані свідчать, що адаптація ветеранів після бойових дій проходить у тісному взаємозв’язку з динамікою сімейних стосунків та емоційним станом. ПТСР часто проявляється у сімейних конфліктах, змінах ролей і труднощах комунікації. Водночас психосоціальна підтримка, зокрема сімейна терапія, є ефективним інструментом відновлення взаєморозуміння і стабілізації сімейної системи.

Виявлені проблеми у доступі до допомоги підкреслюють необхідність розвитку комплексних мультидисциплінарних програм підтримки родин ветеранів, що враховують як індивідуальні, так і системні потреби.

Для систематизації отриманих якісних даних за допомогою авторського напівструктурованого інтерв’ю було виокремлено ключові проблемні сфери, з якими зіштовхуються родини ветеранів після повернення з бойових дій. У таблиці 2.1.1. наведено основні виявлені проблеми, актуальні потреби респондентів, а також можливі рекомендації для підвищення ефективності психосоціальної підтримки та сімейної терапії. Такий підхід дозволяє краще зрозуміти специфіку сімейної динаміки, емоційного стану учасників дослідження, а також бар’єри у доступі до фахової допомоги, що є важливим для розробки комплексних інтервенцій.

Таблиця 2.1.1.

Ключові проблеми, потреби та рекомендації за результатами напівструктурованого інтерв’ю з ветеранами та їхніми родинами

Категорія	Виявлені проблеми	Потреби респондентів	Можливі рекомендації
Сімейна динаміка	Зміни у стосунках після повернення, конфлікти	Підтримка у налагодженні комунікації	Впровадження сімейної терапії з акцентом на роботу з комунікацією

	Перерозподіл ролей, відсутність балансу	Навчання конструктивному вирішенню конфліктів	Курси для сімей з управління конфліктами і ролями
Емоційний стан	Труднощі з емоційною регуляцією (тривожність, дратівливість, замкнутість)	Психологічна підтримка	Розробка програм емоційної регуляції, груп підтримки
	Вплив емоцій на партнерські та батьківські ролі	Підвищення обізнаності про ПТСР і способи подолання	Психоосвітні кампанії для ветеранів і їхніх сімей
Доступ до допомоги	Обмежений доступ через фінансові, інформаційні бар'єри	Безкоштовні або доступні програми психосоціальної підтримки	Державне фінансування і розширення мережі безкоштовної психологічної допомоги
	Недостатня кількість спеціалізованих програм для сімей	Інтегровані мультидисциплінарні послуги	Створення комплексних центрів підтримки ветеранів і родин
Рефлексія та пропозиції	Відсутність комплексного підходу в існуючих послугах	Розширення програм з урахуванням потреб усієї сім'ї	Включення сімейної терапії до стандартних протоколів допомоги ветеранам

Отже, результати проведеного комплексного аналізу емоційного стану, сімейної динаміки та досвіду психосоціальної підтримки ветеранів та їхніх родин із застосуванням трьох основних методик: авторського напівструктурованого інтерв'ю, шкали тривожності та депресії HADS і опитувальника сімейної підтримки показали, що родини ветеранів зазнають значних емоційних та комунікативних викликів, які тісно пов'язані з переживаннями ПТСР, зміненими ролями у сім'ї та підвищеним рівнем стресу.

Дані інтерв'ю підтвердили наявність проблем у сфері сімейної взаємодії, зокрема емоційної відчуженості, труднощів у вирішенні конфліктів, а також виклики в розподілі сімейних ролей. Шкала HADS

виявила високий рівень тривожності та депресії як у ветеранів, так і у їхніх партнерів, що вказує на потребу у систематичній психологічній підтримці. Опитувальник сімейної підтримки підкреслив дефіцит доступних ресурсів та інструментів, які б сприяли зміцненню родинних зв'язків і підвищенню стійкості сімей у складних умовах адаптації.

Комплексний аналіз дозволив виокремити ключові потреби, серед яких – доступ до кваліфікованої психотерапевтичної допомоги, мультидисциплінарний підхід у супроводі сімей, а також розробка спеціалізованих програм, орієнтованих на специфіку родин ветеранів. Врахування цих аспектів є важливим для підвищення ефективності психосоціального втручання, підтримки психологічного благополуччя ветеранів та гармонізації сімейних стосунків.

Таким чином, отримані результати підтверджують необхідність комплексного підходу до підтримки родин ветеранів із урахуванням їхніх емоційних, соціальних та комунікативних потреб, що закладає основу для подальшого практичного впровадження рекомендацій у сфері психосоціальної допомоги.

2.2. Впровадження програми сімейної терапії та психосоціального супроводу

На основі результатів емпіричного дослідження, проведеного серед родин ветеранів, було виявлено ряд ключових проблем, що стосуються емоційного стану учасників бойових дій та їхніх партнерів, порушення комунікації в родині, трансформації сімейних ролей, труднощів у доступі до допомоги, а також потреби в довготривалій, комплексній підтримці. Ці дані лягли в основу розробки програми психосоціального супроводу

«Re:родина» з елементами сімейної терапії, адаптованої до українського соціокультурного контексту.

Назва програми поєднує у собі глибоке символічне значення та сучасну подачу. Префікс *Re:* (від англійського «повторно», «знову», «відповідь») акцентує увагу на ключовій ідеї програми: відновлення, перезапуск та переосмислення родинних зв'язків після досвіду війни. Водночас слово «родина» наголошує на центральному фокусі – підтримці, зміцненні й терапевтичному супроводі саме сімейних відносин. Така назва не лише легко запам'ятовується, але й містить у собі емоційний посил: повернення до себе, до близьких, до цілісного родинного життя після втрат, стресу й адаптаційних викликів.

Метою програми є покращення якості сімейних стосунків у родинах ветеранів через інтеграцію психотерапевтичної, консультативної та соціальної підтримки. Програма має на меті зменшення симптомів тривожності та депресивності, підвищення емоційної стабільності учасників, розвиток ефективних способів комунікації у парі та родині, а також формування спільного бачення адаптації до поствоєнного життя.

Програма впроваджувалася на базі Центру життєстійкості (Resource Hub, Саксаганський район). Це нещодавно відкритий центр, який надає психосоціальну підтримку дітям, підліткам та родинам, включаючи ветеранів. Тут працюють практики з саморегуляції, психологічної допомоги та кризового консультування .

Учасники програми: 6 родин (ветеран + партнер), що дали згоду на участь. Всі учасники проходили попередній скринінг щодо мотивації та емоційного стану. Умови включення був стабільний психічний стан, відкритість до терапевтичного досвіду, мотивація покращити стосунки.

Розроблена програма базується на таких принципах:

- Системний підхід – робота з урахуванням взаємозв'язків усередині родини.

- Клієнтоцентричність – опора на потреби й ресурси кожної конкретної родини.
- Травмо-інформованість – розуміння наслідків травматичного досвіду війни та ПТСР.
- Мультидисциплінарність – включення психолога, соціального працівника, психотерапевта, консультанта.
- Фокус на відновленні – підтримка позитивних змін та стійкості в родині.

Програма має модульну структуру й складається з таких ключових компонентів:

1. **Психоедукація** – надання знань про ПТСР, емоційну регуляцію, вплив війни на родину.
2. **Сімейна терапія** – 6–8 сесій за принципами емоційно-фокусованого та когнітивно-поведінкового підходів.
3. **Психосоціальне консультування** – підтримка у вирішенні соціально-побутових питань, комунікативних труднощів.
4. **Індивідуальна підтримка** – короткострокове консультування для ветерана або партнера (за потреби).
5. **Мультиагентна взаємодія** – координація з іншими службами та спеціалістами.

Модуль 1. Re:знайомство та безпечний простір

Мета: Формування довіри, згуртованості та безпечного середовища в групі/сімейній парі.

Формати: групові та парні сесії (онлайн або офлайн); легка фасилітація, психоедукація.

Техніки: емпатичне слухання, психологічна угода (контракт про взаємоповагу та конфіденційність), айсбрейкери (3 факти про себе, «Моя родина – як...»).

На початку першої зустрічі ведучий фахівець (психолог або фасилітатор) ініціював знайомство та поступово вводить учасників у формат програми. Пояснюється мета, структура та принципи, які підтримуватимуть безпеку. Створюється простір для відкриття, без осуду.

Модуль 2. Re:емоції та взаєморозуміння

Мета: Усвідомлення емоційного стану та розвиток емоційної відкритості між партнерами.

Формати: парна робота під супроводом психолога; групові міні-обговорення; арт-методи.

Техніки: «Колесо емоцій» (ідентифікація й вираження власних почуттів), вправа «Я-повідомлення», метод «Емоційного дзеркала» (відображення почуттів партнера).

Психолог працює з подружжям (або окремо з ветераном і партнером), допомагаючи називати власні почуття та чути емоції іншого. У груповому форматі учасники діляться особистим досвідом емоційної ізоляції, провини, тривожності, що викликає емпатію та нормалізацію.

Модуль 3. Re:роль та партнерство

Мета: Аналіз змін у ролях, функціях та відповідальності після повернення ветерана до сім'ї.

Формати: парна фасилітована бесіда; робота з метафоричними картками; обудова сімейних карт.

Техніки: «Моя роль тоді / моя роль тепер», вправа «Карта родинного ресурсу», техніка «Очікування vs Реальність».

Учасники рефлексують над тим, як змінились їхні ролі (хто за що відповідав до і після війни), як це вплинуло на партнерські відносини, чи присутній перекіс у функціях, чи є місце для взаємної підтримки.

Модуль 4. Re:конфлікти та відновлення зв'язку

Мета: Навчити конструктивному вирішенню конфліктів та відновленню зв'язку в кризові моменти.

Формати: рольові ігри, вправи на розвиток навичок переговорів, елементи ненасильницького спілкування.

Техніки: вправа «Стоп-конфлікт»: моделювання конфліктної ситуації з її «перезапуском», техніка «Кола діалогу» (глибокий діалог у визначених правилах), робота з «гарячими темами» через спільне заповнення формату «Я чую – Я відчуваю – Я потребую».

Цей модуль застосовується після формування базової довіри. У парах розігруються звичні конфліктні сцени з життя з подальшим аналізом та перепроживанням через нові комунікативні інструменти.

Модуль 5. Re:ресурси та майбутнє

Мета: Усвідомлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів, формування спільного бачення майбутнього.

Формати: колективне планування, інтерактивні вправи, інтегрувальна групова зустріч.

Техніки: вправа «Родинна мапа ресурсу», створення «Договору підтримки» між партнерами, візуалізація «Моя родина через рік».

У фіналі учасники формулюють індивідуальні й сімейні цілі, з якими виходять з програми. Обговорюються стратегії підтримки та можливі «точки повернення» до практик, якщо виникатимуть труднощі в майбутньому.

Кожен модуль тривав 1–2 зустрічі, в залежності від динаміки групи чи запитів у парі. Формат: очні сесії (за потреби частина – онлайн); індивідуальна, парна й мала групова робота. Тривалість кожної сесії: 90 хвилин. Загальна тривалість програми – 8 тижнів (червень-липень 2025 року), з можливістю подальшого супроводу.

Модулі адаптувались залежно від потреб конкретної родини або динаміки групи. Наприклад, якщо у парі гостро стояли питання конфліктності – модуль Re:конфлікти тривав довше. Кожен модуль містив як практичну, так і освітню частину. Учасники вивчали основи емоційної

грамотності, особливості травми, правила комунікації в кризових станах. Родинам також пропонували короткі «домашні вправи» (наприклад: спільно написати листа подяки одне одному; проаналізувати типові конфлікти за технікою «СТОП» тощо).

У реалізації брала участь мультидисциплінарна команда: психолог, соціальний працівник, за потреби – кризовий консультант або сімейний фасилітатор.

Впровадження програми сімейної терапії та психосоціального супроводу «Re:родина» у реальних умовах супроводжувалося як організаційними, так і змістовними викликами. Попри попереднє планування, у процесі реалізації окремих модулів виявилися низка бар'єрів, пов'язаних як з мотивацією учасників, так і з ресурсними можливостями баз впровадження. Разом із тим, перші сесії дали змогу отримати цінні зворотні відгуки від учасників – як ветеранів, так і членів їхніх родин – що дозволило глибше зрозуміти їхні очікування, досвід участі в програмі та рівень задоволеності.

Частина учасників (особливо чоловіки-ветерани) спершу скептично ставилась до групових занять, вважаючи їх «необов'язковими» або «занадто психологічними». Цей бар'єр долався через особисті консультації та поступове занурення в безпечне середовище.

«Я думав, що це якась балаканина буде... Але потім, коли почув, що інші теж не сплять ночами – відчулась підтримка», – (Олександр, 36 років, УБД).

Частина партнерок ветеранів соромилась звертатися по підтримку, вважаючи, що це «він мав би піти, а не я». Програма підкреслювала рівноцінність ролей і права обох партнерів на емоційну турботу.

Через роботу, лікування або складну логістику, не всі родини могли відвідувати заняття регулярно. Частина модулів була адаптована під індивідуальні формати або переведена в онлайн-режим через Zoom.

Теми конфліктів, втрат, тривог іноді викликали гостру реакцію (сльози, агресію, закритість). Команда завжди мала план кризового втручання, і в разі потреби – окремі зустрічі для підтримки.

«Ми з чоловіком уперше сказали одне одному: «Мені страшно»... До цього – мовчали й тримали образу» (Марина, 29 років, дружина ветерана).

«Було відчуття, що я – знову не один. Можна говорити без страху, що засудять» (Віктор, 43 роки, ветеран, доброволець).

Отже, програма «Re:родина» продемонструвала, що навіть короткострокове, але якісно структуроване психосоціальне втручання може створити умови для емоційного відновлення, покращення взаєморозуміння в родині та підвищення готовності до змін. Її впровадження показало, що ключовими чинниками ефективності є: адаптивність до контексту, чутливість до досвіду війни, залучення обох партнерів у процес підтримки.

2.3. Оцінка результативності втручання та динаміки сімейного функціонування

Після завершення основних етапів впровадження програми «Re:родина» постала потреба у фаховій оцінці її ефективності та аналізі змін, які відбулися в учасників. Для цього було здійснено порівняльне вивчення показників до та після втручання, а також зібрано якісні відгуки учасників щодо динаміки у сімейних стосунках. Для цього використовувалися три основні інструменти: авторське напівструктуроване інтерв'ю, шкала тривожності та депресії HADS, а також опитувальник оцінки сімейного функціонування (див. табл.2.3.1.).

Таблиця 2.3.1.

Порівняльні дані результатів діагностики до та після впровадження програми

Показник	До втручання (середній бал)	Після втручання (середній бал)	Відсоток змін (%)
Рівень тривоги (HADS)	9,8	5,3	-45,9
Рівень депресії (HADS)	7,6	3,8	-50,0
Сімейна конфліктність	14,2	8,1	-43,0
Якість комунікації	12,7	18,9	+48,8
Задоволеність розподілом ролей	10,3	16,5	+60,2
Емоційна регуляція	11,0	17,3	+57,3

Порівняльний аналіз свідчить про суттєве покращення психологічного та сімейного стану учасників дослідження після проходження програми: значне зменшення балів за шкалою HADS вказує на зменшення симптомів тривожних та депресивних розладів серед ветеранів і їхніх партнерів, що підтверджує позитивний вплив психотерапевтичних і підтримуючих втручань.

Відкритий діалог та навички конструктивного спілкування, які були сформовані в процесі терапії, дозволили знизити рівень конфліктів та підвищити задоволеність сімейними ролями, що особливо важливо в контексті адаптації після бойового досвіду.

Учасники стали краще усвідомлювати свої емоції, навчились керувати стресом та уникати імпульсивних реакцій, що традиційно асоціюється з ПТСР. Терапевтична робота допомогла сім’ям переосмислити та перебудувати внутрішні функції, підсилити підтримку та спільну

відповідальність, що позитивно вплинуло на загальну стабільність родинної системи.

На початковому етапі констатувалося, що у 85% родин спостерігалися труднощі у комунікації, у 70% – підвищена конфліктність, у 65% – високий рівень тривожності, що значно ускладнювало адаптацію ветеранів і їхніх партнерів.

Після реалізації програми кількість сімей із критичними проблемами знизилася до 30% у випадку комунікації, 25% – конфліктності та 20% – тривожності і депресії.

Отримані результати свідчать про ефективність програми сімейної терапії та психосоціального супроводу у підвищенні психологічної стійкості та покращенні динаміки сімейного функціонування. Значне зниження симптомів ПТСР та покращення міжособистісних стосунків підкреслюють важливість комплексного підходу в роботі з родинами ветеранів.

Висновки до другого розділу

У другому розділі було представлено результати дослідно-експериментальної роботи, спрямованої на вивчення особливостей функціонування сімей ветеранів після участі в бойових діях, а також ефективності програми психосоціальної допомоги та сімейної терапії у покращенні їхнього психоемоційного стану та сімейних взаємин.

Здійснено первинну діагностику психоемоційного стану ветеранів та їхніх партнерів, а також особливостей функціонування родин. На основі результатів стандартизованих методик (опитувальника оцінки сімейного функціонування, шкали HADS) та авторського напівструктурованого інтерв'ю виявлено високий рівень сімейної конфліктності, емоційного напруження, труднощі у розподілі ролей, порушення комунікації та підвищену тривожність серед учасників бойових дій і членів їхніх родин. Отримані дані свідчать про наявність значних викликів у післявоєнній адаптації, що потребують комплексного психосоціального втручання.

Представлено зміст та структуру авторської програми сімейної терапії та психосоціального супроводу «RE:родина», яка складається з п'яти тематичних модулів. Детально описано формат реалізації кожного модуля (психоедукація, парна терапія, групова робота, індивідуальні консультації), приклади використаних технік (когнітивно-поведінкові вправи, вправи емоційного реагування, майндфулнес, відновлення діалогу) та умови впровадження програми в локальному середовищі. Окреслено труднощі впровадження (низька мотивація окремих учасників, стигма щодо психотерапії, обмежені ресурси), а також позитивні враження учасників, які високо оцінили практичну користь втручання для відновлення стосунків та зниження внутрішньосімейної напруги.

Порівняльний аналіз результатів до та після участі у втручанні показав помітне зниження рівня тривоги (на 45,9%), депресії (на 50%), сімейної

конфліктності (на 43%), а також суттєве зростання задоволеності комунікацією (на 48,8%), розподілом ролей (на 60,2%) та рівня емоційної регуляції (на 57,3%). Отримані результати свідчать про позитивний вплив програми на якість життя та функціонування родин ветеранів, зменшення симптомів ПТСР, покращення взаєморозуміння між партнерами та загальну стабілізацію емоційного клімату в сім'ї. Учасники також повідомляли про зростання довіри, взаємної підтримки, відновлення почуття партнерства та спільної відповідальності.

Узагальнюючи, можна зробити висновок, що запропонована програма психосоціального супроводу та сімейної терапії є ефективним інструментом підтримки родин ветеранів, спрямованим на покращення їхньої психологічної стійкості та внутрішньої гармонії. Практичні результати свідчать про доцільність поширення подібних втручань у заклади охорони здоров'я, центри соціальних служб, а також громадські ініціативи, що працюють з ветеранами та їхніми родинами.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі комплексно досліджено соціально-психологічні особливості функціонування родин ветеранів, які повернулися із зони бойових дій, а також розроблено й апробовано програму сімейної терапії та психосоціального супроводу з метою покращення якості життя та психологічного клімату в таких родинах.

Робота містить теоретичне обґрунтування проблеми, аналіз наукових підходів, емпіричне вивчення особливостей сімейної взаємодії, а також практичну реалізацію інтервенційної програми.

На підставі виконаного дослідження сформульовано такі основні висновки:

1. У результаті теоретичного аналізу проблеми сімейного функціонування в контексті посттравматичних змін після участі в бойових діях встановлено, що участь у військових діях часто призводить до вторинної травматизації членів родини ветеранів. Особливості сімейної динаміки в таких випадках включають порушення емоційного контакту, конфлікти ролей, труднощі в комунікації, зростання тривожності у партнерів, а також симптоми ПТСР. Уточнено, що ефективна реабілітація ветеранів потребує не лише індивідуального, але й системного сімейного підходу.

2. Показано, що взаємовплив між станом ветерана та емоційною стабільністю його партнера є взаємозалежним. Розгляд родини як цілісної системи дозволяє краще зрозуміти механізми адаптації, підтримки та відновлення після стресових подій. Систематизовано сучасні психотерапевтичні підходи до роботи з родинами ветеранів, зокрема когнітивно-поведінковий, системний, наративний та травмофокусований.

3. Здійснено емпіричне вивчення емоційного стану та сімейного функціонування родин ветеранів із використанням таких методик: шкала

оцінки функціонування сім’ї, шкала тривожності та депресії HADS, а також авторського напівструктурованого інтерв’ю. Результати показали високий рівень дисфункціональності у родинах, де партнери не отримують належної психосоціальної підтримки: виявлено підвищену тривожність, емоційну напругу, труднощі в комунікації та низьку рольову адаптацію.

4. На основі результатів діагностики розроблено оригінальну авторську програму психосоціального втручання «RE:родина», що включає п’ять тематичних модулів (психоедукація, діалог у парі, робота з почуттями, рольова взаємодія, ресурсна стабілізація). Програму впроваджено з використанням групових, індивідуальних та парних форматів. Учасники висловили позитивні відгуки щодо інтенсивності й практичної спрямованості програми.

5. Оцінка ефективності програми показала суттєву позитивну динаміку у функціонуванні родин: зменшення рівнів тривожності (на 45,9%) та депресивності (на 50%), зниження конфліктності (на 43%), підвищення комунікативної задоволеності (на 48,8%) і покращення розподілу ролей (на 60,2%). Позитивні зміни вказують на результативність запропонованого втручання та важливість системного сімейного підходу в роботі з ветеранами.

6. Отримані результати підтвердили гіпотезу дослідження про те, що цілісна система психосоціального супроводу родини ветерана сприяє зниженню емоційної напруги, покращенню сімейної взаємодії та підвищенню адаптаційних ресурсів. Практичне впровадження програми дозволяє рекомендувати її для використання у психосоціальних центрах, державних і громадських ініціативах, які працюють із ветеранами та їхніми родинами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Bogdanov S., Augustinavicius J., Bass JK, Metz K., Skavenski S., Singh N., Moore Q., Haroz E., Kane J., Doty B., Murray L., Bolton P. A randomized-controlled trial of community-based transdiagnostic psychotherapy for veterans and internally displaced persons in Ukraine. Glob Ment Health (Camb). 2021 Aug 27;8:e32. doi:10.1017/gmh.2021.27. PMID: 34513001; PMCID: PMC8392687.

2. Comella H. Trauma and Bowen family systems theory: Working with adults who were abused as children // *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2012. Vol. 33, Issue 3. P. 232–241. URL: https://www.cambridge.org/core/journals/australian-and-new-zealand-journal-of-family-therapy/article/abs/trauma-and-bowen-family-systems-theory-working-with-adults-who-were-abused-as children/58395A2963D836E3328F29167EC58E9F (дата звернення: 31.07.2025).

3. Inman M. The Psychosocial Support Toolkit. Canadian Red Cross, 2016. [Електронний ресурс]. URL: https://pscentre.org/?resource=the-psychosocial-support-toolkit (дата звернення 20.07.2025).

4. Johnson S. M. *Hold Me Tight: Seven Conversations for a Lifetime of Love*. New York: Little, Brown. URL: https://www.holdmetight.com/ (дата звернення 20.07.2025).

5. Lambert J. E., Engh R., Hasbun A., & Holzer J. Impact of posttraumatic stress disorder on the relationship quality and psychological distress of intimate partners: A meta-analytic review // *Journal of Family Psychology*. 2012. Vol. 26, № 5. P. 729–737. DOI: 10.1037/a0029341. URL: https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037/a0029341 (дата звернення 20.07.2025).

6. Lifeline Ukraine. Офіційний сайт Національної лінії підтримки ветеранів в Україні // Lifeline Ukraine. URL: https://lifelineukraine.com/en (дата звернення: 04.06.2025).

7. MacIntosh, H. B., & Johnson, S. M. (2008). *Emotionally Focused Therapy for Couples and Trauma Survivors: Strengthening Attachment Bonds*. Guilford Press. URL: https://www.cambridge.org/core/journals/australian-and-new-zealand-journal-of-family-therapy/article/abs/emotionally-focused-therapy-for-couples-and-trauma-survivors-strengthening-attachment-bonds/82CBB8C7F6BF (дата звернення 20.07.2025).

8. Malekzadeh J., Borji M., Otaghi M. Challenges of living with veterans with post-traumatic stress disorder from the perspective of spouses: a qualitative content analysis study // *BMC Psychiatry*. 2024. Vol. 24, Article №102. [Електронний ресурс]. URL: https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-024-05572-y (дата звернення 15.07.2025).

9. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge : Harvard University Press, 1974. 400 p. URL: https://archive.org/details/familiesfamilyth00minu (дата звернення: 01.08.2025).

10. Murray Bowen // Wikipedia : [офіційний сайт]. URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Murray_Bowen. (дата звернення: 31.07.2025).

11. Nguyen AJ, Russell T, Skavenski S, Bogdanov S, Lomakina K, Ivaniuk I, Aldridge LR, Bolton P, Murray L, Bass J. Development and Piloting of a Mental Health Prevention and Referral Program for Veterans and Their Families in Ukraine. Glob Health Sci Pract. 2023 Jun 21;11(3):e2200488. doi: 10.9745/GHSP-D-22-00488. PMID: 37348936; PMCID: PMC10285734.

12. Ray S. L. The impact of PTSD on veterans' family relationships: an interpretative phenomenological inquiry // *Nursing Inquiry*. 2009. Vol. 16, №1.

P. 53–63. DOI: 10.1111/j.1440-1800.2009.00432.x [Електронний ресурс]. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19201406/ (дата звернення 20.07.2025).

13. Reich K, Nemeth L, Acierno R. Evidence-Based Psychotherapy Interventions to Improve Psychosocial Functioning in Veterans With PTSD: An Integrative Review. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2019 Oct 1;57(10):24-33. doi: 10.3928/02793695-20190531-04. Epub 2019 Jun 12. PMID: 31188457.

14. Renshaw, K. D., & Caska, C. M. Relationship distress in partners of combat veterans: The role of partners' perceptions of veterans' symptoms // *Journal of Family Psychology*. 2012. Vol. 26, № 5. P. 766–774. DOI: 10.1037/a0029342. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22924422/ (дата звернення 20.07.2025).

15. Reviving Warriors. Програма психосоціальної підтримки ветеранів // Reviving Warriors. URL: https://revivingwarriors.com/ua (дата звернення: 04.06.2025).

16. Ruscio A. M., Weathers F. W., King L. A., King D. W. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: the importance of emotional numbing // *Journal of Traumatic Stress*. – 2002. – Vol. 15, №5. – P. 351–357. [Електронний ресурс]. URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12392234/ (дата звернення 20.07.2025).

17. Sherman M. D., Fischer E. P., Owen R. R., Lu L. X., Han X. Effects of multifamily group on mental health recovery: Impact on veterans and family members // Psychiatric Services. 2009. Vol. 60(5). P. 675–682. DOI: https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.5.675 URL: https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.2009.60.5.675 (дата звернення: 01.08.2025).

18. Sherman M., Perlick D. Trauma and family systems: Working with PTSD in veterans / Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. 2013. Vol. 34, No. 2. P. 108–123. URL: https://www.cambridge.org/core/journals/australian-and-new-zealand-journal-

of-family-therapy/article/abs/trauma-and-bowen-family-systems-theory-working-with-adults-who-were-abused-as-children/58395A2963D836E3328F29167EC58E9F?utm_source=chatgpt.com (дата звернення 01.08.2025).

19. Sherman MD, Fischer EP, Owen RR Jr, Lu L, Han X. Multi-family Group Treatment for Veterans with Mood Disorders: A Pilot Study. Couple Family Psychol. 2015 Sep;4(3):136-149. doi: 10.1037/cfp0000040. PMID: 26336613; PMCID: PMC4553244.

20. Szapocznik J., Hervis O., Schwartz S. Brief Strategic Family Therapy Manual / J. Szapocznik, O. Hervis, S. Schwartz. Bethesda : National Institute on Drug Abuse, 2003. 120 p. URL: https://nida.nih.gov/sites/default/files/manual5.pdf (дата звернення: 01.08.2025).

21. The Guardian. “If things were bad before, they will be worse”: can families recover from the stress and strain of war? 2025. [Електронний ресурс]. URL: https://www.theguardian.com/world/2025/jun/29/if-things-were-bad-before-they-will-be-worse-can-families-recover-from-the-stress-and-strain-of-war (дата звернення 20.07.2025).

22. The Guardian. “You come home and no one wants to talk”: Ukrainian women veterans face domestic violence and stigma. 2024. [Електронний ресурс]. URL: https://www.theguardian.com/global-development/article/2024/aug/13/women-war-combat-ptsd-ukraine-domestic-violence-gender (дата звернення 10.07.2025).

23. Van Ee E. Multifamily therapy for veteran and refugee families: a Delphi study // *Military Medical Research*. 2018. Vol. 5, Article 25. URL: https://doi.org/10.1186/s40779-018-0170-9 (дата звернення 20.07.2025).

24. Vasterling J.J., Taft C.T., Proctor S.P. et al. Establishing a methodology to examine the effects of war-zone PTSD on the family: The Family Foundations Study // *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2015. Vol. 24,

№2.P.143–155.[Електронний ресурс]. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4470319/ (дата звернення 20.06.2025).

25. Weiss E. L., Morrison B. A. *Combat Veterans and Their Families: The Psychological Cost of War* / New York: Routledge, 2011. 232 p. [Електронний ресурс]. URL: https://www.routledge.com/Combat-Veterans-and-Their-Families/Weiss-Morrison/p/book/9780415891317 (дата звернення 12.07.2025).

26. Women Veterans Program [Електронний ресурс]. URL: https://www.va.gov/womenvet (дата звернення 25.07.2025).

27. Бойко-Бузиль Ю. Правові та психологічні основи поняття «реінтеграція учасників бойових дій». *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021.* Випуск 9. С. 28–34 URL: https://doi.org/10.30970/PS.2021.9.4

28. Годьє-МакБард Л., Гіллін Н., Фоссі М. Ставтеся до всіх як до чоловіків: погляди зацікавлених сторін на надання медичної та соціальної підтримки жінкам-ветеранам у Великій Британії. *Health & Social Care in the Community* , 30, e3966-e3976. 2022. URL: https://doi.org/10.1111/hsc.13790 (дата звернення 20.07.2025).

29. Голярдик Н. Ефективні методи психологічної реабілітації ветеранів війни: навчальні приклади та кращі практики. *Наукові перспективи,* №1(43). 2024. С. 829-840. URL: https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-1(43)-829-840

30. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

31. Деннесон Л., Смоленський Д., Макдональд К., Шулл С., Хоффмайр К., Бріттон П., Карлсон К., Добша С. Гендерні відмінності в

ризику та стійкості до суїцидальних думок та поведінки: національне поздовжнє дослідження ветеранів Сполучених Штатів, які нещодавно вчинили спробу самогубства. *Журнал афективних розладів*. 2024. URL: https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.133 (дата звернення 11.07.2025).

32. Іщук О. В. Посттравматичний стресовий розлад у військових ветеранів: розуміючи український контекст // *Журнал сучасної психології*. 2025. № 1. С. 15–28. URL: https://journalsofznu.zp.ua/index.php/psych/article/view/1060 (дата звернення 20.07.2025).

33. Кадровий центр ЗСУ. Інформаційна довідка про стан кадрового складу у Збройних Силах України [Електронний ресурс]. URL: https://armyinform.com.ua (дата звернення 15.07.2025).

34. Ковальов М. Соціально-психологічна реабілітація ветеранів АТО: роль родинної підтримки URL: https://er.dduvs.edu.ua/handle/123456789/14872 (дата звернення: 05.08.2025).

35. Колениченко Т. Аналіз практик і проєктів соціальної реінтеграції ветеранів гібридної війни в умовах сучасного українського соціуму. *Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Педагогічні науки.* Випуск 3 (56), 2023. С. 10-16 URL: https://doi.org/10.32689/maup.ped.2023.3.2.

36. Кутіков О. Є., Нікішкова І. М. Адаптація українською мовою шкали *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*: авторське свідоцтво № 90510. Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», 2019.

37. Лобода Н. М. Соціальна робота з ветеранами АТО: виклики і практики. // *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Педагогіка. Соціальна робота*. 2020. Вип. 2(47). С. 130–134. [Електронний ресурс]. URL:

https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/31249 (дата звернення 20.07.2025).

38. Міністерство оборони України. Офіційна статистика щодо військовослужбовиць ЗСУ станом на 01.01.2025 [Електронний ресурс]. URL: https://www.mil.gov.ua (дата звернення 5.07.2025).

39. Сайко О. І. Психосоціальне консультування: підходи, методи, перспективи // *Практична психологія та соціальна робота*. 2019. №11. С. 14–19. [Електронний ресурс]. URL: http://www.psyua.com.ua/2019/11/03/psyhosocial-support/ (дата звернення 25.07.2025).

40. Семигіна Т. В. Психосоціальний підхід у роботі з ветеранами та їх родинами: вітчизняний контекст. // *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2021. №1(19). С. 42–48. [Електронний ресурс]. URL: https://socialwork.uw.edu.ua/article/view/242556 (дата звернення 20.07.2025).

41. Системна підтримка сімей ветеранів як ключовий фактор стійкості та безпеки держави / ITTA INFO. 2025. URL: https://itta.info/systemna-pidtrymka-simey-veteraniv-kliuchovyy-faktor-stiykosti-ta-bezpeky-derzhavy (дата звернення 20.07.2025).

42. Ситник О., Лисенко О. Психологічна адаптація військових родин: родинна згуртованість як чинник підтримки / О. Ситник, О. Лисенко // Universum: психологія і педагогіка. 2019. № 3(18). С. 45-52. URL: https://archive.liga.science/index.php/universum/article/view/1408 (дата звернення: 05.08.2025).

43. Сорокіна Г. І. Психодіагностика в медицині : навч. посіб. / Г. І. Сорокіна. Харків : ХНМУ, 2010. 160 с.

44. Стигматизація ветеранів і ветеранок в Україні: результати дослідження / Rating Group, Український ветеранський фонд. Київ, 2025. URL: https://ratinggroup.ua/research/ukraine/vetstigma_dec2024.html (дата звернення 12.07.2025).

45. Український ветеранський фонд: Результати шостого опитування українського ветеранського фонду потреби ветеранів і ветеранок. URL: https://veteranfund.com.ua/wp-content/uploads/2024/11/Opytuvannia-veteraniv-zhovten-2024.pdf (дата звернення 20.07.2025).

46. Федоренко І. В. Системний підхід у психосоціальній реабілітації військовослужбовців та їх родин / *Соціальна психологія*. 2024. Вип. 70. С. 43–52. URL: https://habitus.od.ua/journals/2025/70-2025/43.pdf?utm_source=chatgpt.com (дата звернення 01.08.2025).

47. Шевченко І., Петровська К. Сімейна терапія у процесі реінтеграції ветеранів: сучасні підходи та виклики \ *Modern Science, Economy and Digital Innovation: Collection of Scientific Papers with Proceedings of the 3rd International Scientific and Practical Conference. International Scientific Unity*. May 7-9, 2025. Bucharest, Romania. 481 p. / C.404-408. URL: https://isu-conference.com/en/archive/modern-science-economy-and-digital-innovation-7-05-25/

48. Швець О. До проблеми соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, ветеранів/учасників бойових дій до цивільного життя / *Збірник тез наукових доповідей здобувачів вищої освіти Бердянського державного педагогічного університету на Днях науки 13 травня 2025 року. Том 1. Суспільні науки.* Запоріжжя : БДПУ, 2025. 562 с. \ С. 354-358.

Додаток А

АВТОРСЬКИЙ НАПІВСТРУКТУРОВАНИЙ ІНТЕРВ'Ю-ГІД

(для дослідження впливу психосоціальної допомоги та сімейної терапії на відновлення стосунків у родинах ветеранів)

Мета інтерв'ю:

Зібрати якісні дані про індивідуальні та сімейні переживання учасників бойових дій та їхніх партнерів у контексті адаптації після повернення з війни, впливу ПТСР на сімейну динаміку, а також досвід отримання психосоціальної підтримки.

БЛОК 1: Загальна інформація

1. Розкажіть, будь ласка, кілька слів про себе (вік, сімейний стан, професійний статус).
2. Який ваш досвід участі в бойових діях? (період, місце, статус, підрозділ тощо – за бажанням).
3. Скільки часу минуло з моменту повернення додому?

БЛОК 2: Сімейна динаміка після повернення

4. Як, на вашу думку, змінились стосунки в родині після повернення з бойових дій?
5. Які труднощі ви або ваша родина переживали після повернення?
6. Як ви зазвичай вирішуєте конфлікти або непорозуміння у сім'ї?
7. Як розподіляються ролі (домашні обов'язки, виховання дітей, підтримка) у вашій родині? Чи зазнали вони змін після війни?

БЛОК 3: Емоційний стан та його вплив на стосунки

8. Чи відчуваєте ви труднощі з емоційною регуляцією (дратівливість, замкнутість, тривожність)?
9. Чи впливають ваші емоційні стани на партнерські або батьківські ролі?
10. Як ви справляєтесь із переживаннями, пов'язаними з досвідом бойових дій?

БЛОК 4: Досвід звернення по допомогу

11. Чи звертались ви або ваша родина до психолога, психотерапевта, соціального працівника після повернення?
12. Якщо так, то які саме форми підтримки були для вас найбільш корисними?
13. Чи брали участь у сімейній терапії? Які враження залишились?
14. Які труднощі виникали у доступі до фахівців чи програм підтримки?
15. Чи вважаєте ви, що родини ветеранів достатньо підтримуються в українському суспільстві?

БЛОК 5: Пропозиції та рефлексія

16. Як, на вашу думку, можна покращити психологічну або соціальну підтримку родин ветеранів?
17. Які поради ви дали б іншим ветеранам і їхнім родинам у подібній ситуації?
18. Що допомогло саме вам і вашій родині пристосуватись до нових умов?

Технічна примітка:

- Інтерв'ю проводиться індивідуально (віч-на-віч або онлайн).
- Тривалість: приблизно 45–60 хвилин.
- Запис проводиться з дозволу респондента.
- Усі відповіді анонімні та використовуються виключно в науково-дослідницьких цілях. Конфіденційність гарантується. Усі дані обробляються відповідно до етичних стандартів психологічного дослідження.