

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

Допущено до захисту

Завідувач кафедри



Катерина ПЕТРОВСЬКА

«22» листопада 2025 р.

**СІМЕЙНА ТЕРАПІЯ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНЕ
КОНСУЛЬТУВАННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТИ ВІДНОВЛЕННЯ
СТОСУНКІВ У РОДИНАХ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ**

Кваліфікаційна робота магістра

Виконавець: здобувач другого рівня вищої
освіти, групи м 22 СР-з

Галузь знань 23 Соціальна робота

Спеціальність 231 Соціальна робота

Освітньо-професійна програма: Поствоєнна
соціально-психологічна реабілітація

Тетяна ДЕРГАЧОВА

Керівник:

к.пед.н., доцент Анастасія ПОПОВА

Рецензент:

к.пед.н., доцент Наталя ЦИБУЛЯК

Запоріжжя – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ У ВІДНОВЛЕННІ СІМЕЙНИХ СТОСУНКІВ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ	7
1.1. Психосоціальні проблеми ветеранів та членів їх сімей.....	7
1.2. Основи сімейної терапії, провідні підходи та моделі сімейної терапії.....	14
1.3. Сутність та завдання психосоціального консультування для родин ветеранів війни	18
Висновки до першого розділу.....	24
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ ВІЙНИ У РОДИНАХ ВЕТЕРАНІВ.....	26
2.1. Організація і методика проведення дослідження	26
2.2. Оцінка ефективності використання сімейної терапії та психосоціального консультування у відновленні сімейних стосунків ветеранів війни.....	36
2.3. Рекомендації щодо застосування сімейної терапії та психосоціального консультування у роботі з родинами ветеранів війни.....	42
Висновки до другого розділу.....	46
ВИСНОВКИ	49
ДЕКЛАРАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ГШІ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55
ДОДАТКИ	60

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна війна в Україні спричинила глибокі соціальні та психологічні трансформації в суспільстві, насамперед у родинях військовослужбовців, які безпосередньо зазнали наслідків бойових дій. Повернення ветеранів з фронту до цивільного життя супроводжується низкою викликів, що включають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресивні та тривожні розлади, емоційну нестабільність, порушення комунікації. Ці стани суттєво ускладнюють адаптацію, впливають на здатність підтримувати повноцінні міжособистісні стосунки, призводять до дезадаптації не лише самого ветерана, але й членів його родини.

Досвід багатьох країн, які пройшли через воєнні конфлікти (Ізраїль, США, Хорватія, Грузія тощо), свідчить про те, що успішна реінтеграція ветеранів у мирне життя неможлива без якісної сімейної підтримки, професійного консультування та залучення психологічної допомоги. Проте в українських реаліях система поствоєнної психосоціальної підтримки лише формується, а потреба у фаховому втручанні зростає щодня.

Сімейна система, зазнаючи стресу від наслідків війни, часто не може впоратися з психологічними змінами, які відбулися у ветерана. Родичі можуть не розуміти його реакцій, відчувати страх, розчарування, безсилля. Внаслідок цього зростає рівень конфліктності, відчуження, психологічного напруження, що може призводити до розпаду родин. У таких умовах актуальним стає використання сімейної терапії та психосоціального консультування як методів, здатних гармонізувати стосунки, відновити емоційні зв'язки, сформувати атмосферу взаємної підтримки та довіри.

В Україні спостерігається низка суперечностей: з одного боку – зростаюча потреба у професійній допомозі родинам ветеранів, з іншого – нестача адаптованих моделей терапії, обмежений доступ до послуг у регіонах, недостатня підготовка спеціалістів до роботи з військово-травматичним досвідом. Також бракує систематизованих рекомендацій для впровадження

сімейно-орієнтованої підтримки, незважаючи на наявність позитивного досвіду за кордоном.

Науковий інтерес до теми відновлення родинних зв'язків у контексті війни має глибоке історичне та міждисциплінарне підґрунтя. У цій галузі працювало багато науковців і практиків, які зосереджувалися на проблемах стресового розладу, ПТРС та його впливу на родини ветеранів, зокрема: Мюррей Боуен, Сальвадор Мінухін, Сью Джонсон, Джон Брейвуд, Бессел ван дер Колк, Ребекка Миллер, Джон Роланд. В Україні питаннями соціологічної підтримки займаються: О. Чабан, О. Кікінеджі, М. Діденко. Ці дослідники зробили значний внесок у розуміння того, як підтримати родини ветеранів війни, забезпечити їхню психологічну стабільність і допомогти адаптуватися до мирного життя, однак із продовженням бойових є нагальна потреба у збільшенні досліджень з цієї тематики.

Актуальність дослідження поглиблюється низкою суперечностей, що потребують наукового осмислення та практичного вирішення, а саме між: зростаючій соціальною потребою у відновленні функціональних сімей ветеранів та недостатньо розвинутій системі психосоціальної допомоги; високому рівні психоемоційного навантаження на родини ветеранів та відсутності алгоритмів реагування на типові сімейні проблеми після повернення з фронту; необхідності диференційованого підходу до родинної підтримки та відсутності єдиної моделі інтегрованої терапевтичної роботи.

Необхідність глибшого осмислення цієї проблематики, потреба в адаптації психотерапевтичних і консультувальних практик до умов поствоєнної України, а також соціальний запит на ефективну підтримку родин ветеранів обумовили вибір теми кваліфікаційної роботи: **«Сімейна терапія та психосоціальне консультування як інструменти відновлення стосунків у родинях ветеранів війни»**.

Об'єкт дослідження: сімейні стосунки в родинях ветеранів війни.

Предмет дослідження: особливості використання сімейної терапії та психосоціального консультування як засобів відновлення взаєморозуміння та підтримки в родинх ветеранів війн.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити ефективність сімейної терапії та психосоціального консультування як інструментів відновлення стосунків у родинх ветеранів війни та надати рекомендації для покращення практики психологічної допомоги цій категорії родин..

Завдання дослідження:

1. Описати психосоціальні проблеми, що виникають у ветеранів війни та їх вплив на сімейні стосунки.
2. Проаналізувати основні підходи сімейної терапії у контексті роботи з родинами ветеранів.
3. З'ясувати сутність і завдання психосоціального консультування родин ветеранів.
4. Дослідити ефективність застосування сімейної терапії та психосоціального консультування у роботі з родинами ветеранів війни.
5. Розробити рекомендації для впровадження терапевтичної та консультувальної роботи з родинами ветеранів в українських реаліях.

Гіпотеза дослідження: використання сімейної терапії та психосоціального консультування сприятиме відновленню гармонійних стосунків у родинх ветеранів війни за умов: цілісного врахування впливу бойового досвіду на психіку ветерана та його рідних; використання адекватних психотерапевтичних моделей; системної підтримки родини на всіх етапах адаптації після повернення ветерана до мирного життя; аналізу та інтеграції кращих практик з інших країн, що мають досвід подолання наслідків військових конфліктів.

Методи дослідження: Для досягнення мети та виконання визначених завдань використано комплекс таких методів: загальнонаукові методи (аналіз, синтез, систематизація, порівняння, узагальнення) —

використовувалися для вивчення праць вітчизняних і зарубіжних науковців щодо психологічної адаптації ветеранів, сімейної терапії та психосоціального консультування родин після воєнних дій; **конкретно-наукові методи:** *категоріальний аналіз* – для розкриття змісту та уточнення дефініцій основних понять, пов'язаних із сімейною терапією, психосоціальним консультуванням і посттравматичними станами; *структурно-функціональний аналіз* – для з'ясування структурних, змістових і процесуальних особливостей організації психосоціальної підтримки родин ветеранів, включаючи моделі терапевтичного втручання; *структурно-логічний аналіз* – для виокремлення сильних і слабких сторін існуючих підходів до допомоги родинам ветеранів та визначення оптимальних шляхів їх удосконалення. **Емпіричні методи** (спостереження, анкетування, тестування, бесіди та інтерв'ю з ветеранами та членами їхніх родин) – для виявлення психоемоційних проблем, характерних для родин ветеранів війни, а також для оцінки ефективності застосування сімейної терапії та психосоціального консультування в конкретних випадках. **Статистичні методи** (обробка та узагальнення теоретичних і емпіричних даних; кількісний і якісний аналіз) – для забезпечення достовірності результатів дослідження та формування висновків щодо ефективності запропонованих форм роботи. **Моделювання** – для розробки рекомендацій та побудови моделі ефективної системи сімейної підтримки родин ветеранів війни із застосуванням інструментів терапії та консультування.

Структура магістерської роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (усього 54 найменування, 23 з яких – іноземною мовою). Повний обсяг магістерської роботи становить 57 сторінок, основний зміст викладено на 44 сторінках. Робота містить 7 таблиць та 2 рисунка.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ У ВІДНОВЛЕННІ СІМЕЙНИХ СТОСУНКІВ ВETERANІВ ВІЙНИ

1.1. Психосоціальні проблеми ветеранів війни та членів їх сімей.

Участь у бойових діях неминує залишає глибокий слід у психіці людини. Після повернення з фронту ветерани часто стикаються з комплексом психосоціальних труднощів, які суттєво впливають не лише на їхнє особисте життя, а й на стан родинної системи. Ці проблеми мають складну структуру, охоплюючи як психічні розлади, так і соціально-поведінкові наслідки, що утруднюють процес адаптації до мирного життя.

Наукова література свідчить, що загалом психосоціальні проблеми ветеранів можна умовно поділити на кілька груп:

- Психічні розлади
- Поведінкові порушення
- Порушення емоційної регуляції
- Соціальна дезадаптація
- Психосоматичні симптоми

Психічні розлади є найпоширенішою групою проблем, з якими стикаються військовослужбовці після повернення з бойових дій. До них належать, зокрема, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та генералізовані тривожні розлади.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це патологічна реакція психіки, що виникає внаслідок перебування в екстремальних умовах, зокрема в умовах бойових дій. ПТСР проявляється у вигляді нав'язливих спогадів про травмуючу подію (флешбеки), тривожності, гіперзбудливості, емоційної притупленості, уникання ситуацій або контактів, пов'язаних із травмою, а також значного зниження здатності до соціальної адаптації [24, с. 25].

Згідно з результатами низки досліджень, симптоми ПТСР спостерігаються у 20–30% українських ветеранів, а в окремих вибірках – до 50% [43, с. 24; 22]. Ветерани часто уникають будь-яких тригерів, пов'язаних із війною, що обмежує їх у спілкуванні, пересуванні, повсякденній діяльності. Додатково виникає гіпервідповідальність, емоційна нестабільність, дратівливість, порушення концентрації, порушення сну.

ПТСР має тенденцію до хронізації, особливо у випадках багаторазових ротацій на фронт. Повторний контакт із бойовим стресом лише підсилює емоційну вразливість, а в мирному середовищі такі особи часто відчують себе дезорієнтованими. Це призводить до зниження якості життя, ускладнень у професійній сфері та родинних конфліктах.

Іншим поширеним порушенням є депресія, яка супроводжується глибоким розчаруванням, втратою сенсу життя, емоційним спустошенням та апатією. Часто ветерани переживають провину за виживання, особливо якщо втратили побратимів. Симптоми депресії можуть залишатися прихованими, що ускладнює своєчасне виявлення та лікування. У таких випадках значно зростає ризик суїцидальної поведінки, особливо за відсутності психосоціальної підтримки [18; 26; 23].

Тривожні розлади – ще одна поширена форма психічних порушень, що характеризуються патологічною тривогою, яка супроводжується вегетативними, когнітивними та поведінковими симптомами, а також соціальною дезадаптацією [26].

Тривожні розлади виявляються у вигляді постійного неспокою, панічних атак, підвищеної пильності та фізичних проявів: серцебиття, задухи, пітливості, м'язового напруження. Вони часто супроводжуються соматичними скаргами, що не мають органічної основи, але викликають страждання. Також спостерігається підвищений рівень агресії або ж навпаки – замикання в собі, уникання контактів. В умовах збройного конфлікту, що триває в Україні, проблема тривожних і посттравматичних розладів набула особливої актуальності. Учасники бойових дій, внутрішньо переміщені особи,

постраждали цивільні – це групи, які мають високий ризик розвитку психічних розладів, і тривожних станів.

До наступної групи проблем належать поведінкові порушення. На фоні психічних розладів у частини ветеранів виникають поведінкові девіації, зокрема агресивність, імпульсивність, зловживання алкоголем чи наркотиками. Зловживання психоактивними речовинами часто розглядається як спроба самотійно впоратися з психічним болем. Проте така стратегія лише посилює симптоматику, призводить до соціального відторгнення, погіршення фізичного здоров'я і втрачених можливостей працевлаштування чи відновлення соціального статусу [8; 10]. Також, в контексті поведінкових проблем спостерігається тенденція до гіпервідповідальності або, навпаки, втрати сенсу діяльності. У першому випадку ветеран постійно намагається щось контролювати, бути корисним, рятувати інших. У другому – замикається в собі, відчуває, що його досвід нікого не цікавить, що держава або суспільство його «забуло». Обидва варіанти є наслідком не тільки травми, але й соціального вакууму, в який людина потрапляє після війни.

Важливою групою також є проблеми, які пов'язані з порушеннями емоційної регуляції. Наслідком ПТСР, депресії та тривожності є нестабільність емоційної сфери. Ветерани можуть демонструвати підвищену збудливість, схильність до гніву або, навпаки, – емоційну холодність, байдужість. Участь у бойових діях неминуче залишає глибокий відбиток у свідомості людини. Оскільки, травматичний досвід бойового зіткнення зумовлює порушення емоційної стабільності, зміну ставлення до життя, зниження здатності до емпатії та формування постійного відчуття небезпеки. Емоційна втома, накопичене почуття провини, втрата сенсу життя – це лише частина тих наслідків, які переживає ветеран [29, с. 56]. Такі зміни викликають труднощі у спілкуванні, нерозуміння з боку рідних, ізоляцію. У сімейних відносинах це проявляється через порушення емоційного контакту, збільшення конфліктності, відчуження між подружжям та батьками і дітьми [24; 26].

Серйозним наслідком війни є і група проблем, які пов'язані із соціальною дезадаптацією – деструктивним станом особистості, за якого порушується її здатність до взаємодії із соціальним середовищем, що проявляється у порушенні міжособистісної взаємодії, девіантній поведінці, емоційній напрузі, конфліктах, ізоляції або агресії [22]. Зміна життєвого ритму після повернення з фронту є одним із найскладніших аспектів адаптації. Ветерани змушені залишити середовище, де все визначається чіткими командами, правилами, ризиком і бойовим братерством. У мирному житті такої структури часто не існує. Внаслідок цього виникає дезорієнтація, втрата відчуття контролю та потреба заново шукати себе. Нерідко відбувається переосмислення власної ідентичності, переоцінка пріоритетів, що супроводжується кризою.

Важливим є акцентування уваги і на психосоматичних проблемах, які виявляються у тілесних проявах психологічного неблагополуччя, що виникають на фоні тривожних розладів, хронічного стресу, посттравматичних станів і є свідченням взаємозв'язку психічного і соматичного здоров'я [23, с. 42]. Психосоматичні симптоми є поширеним проявом емоційного та психічного напруження, особливо у людей, які пережили травматичні події (зокрема бойові дії), перебувають у хронічному стресі, або уникають емоційного вираження.

Психосоматичні симптоми, такі як хронічна втома, безсоння, головні болі, болі в спині чи животі, також є частими скаргами ветеранів. Вони можуть бути пов'язані із тривалим стресом, пригніченою агресією або відсутністю можливості відкрито говорити про свої переживання. Ці проблеми часто не мають органічного підґрунтя, проте знижують працездатність і якість життя, погіршують загальний стан здоров'я ветерана [26]. Лікарі часто недооцінюють ці симптоми або лікують їх симптоматично, не вникаючи у глибинні психологічні причини.

Соціальна дезадаптація – одна з найпоширеніших і водночас найменш помітних зовні проблем, з якою стикаються ветерани війни після повернення

до цивільного життя. У науковому розумінні вона описується як деструктивний стан особистості, що характеризується порушенням здатності до ефективної взаємодії із соціальним середовищем. Це може виявлятися у втраті міжособистісних зв'язків, девіантній поведінці, зростанні емоційної напруги, появі агресії або, навпаки, повній соціальній ізоляції [22]. Важливо наголосити, що соціальна дезадаптація часто є наслідком впливу інших груп проблем – психічних розладів, поведінкових порушень, емоційної дестабілізації та психосоматичних проявів, які взаємно підсилюють одна одну. У сукупності вони формують бар'єри на шляху до успішної інтеграції ветерана в мирне суспільство.

Одним із найскладніших аспектів адаптації є зміна життєвого ритму. Ветерани повертаються з середовища, де панує чітка структура, ієрархія, бойове братерство, де всі дії мають конкретну мету і відчутну цінність. Мирне життя, натомість, позбавлене цих орієнтирів. Унаслідок цього виникає дезорієнтація, втрата контролю над власним життям, а також потреба наново шукати себе у зміненій реальності.

Часто відбувається криза ідентичності, коли перехід від ролі "воїна" до ролі "цивільного" супроводжується внутрішнім спротивом, переосмисленням цінностей, життєвих цілей і соціальних ролей. У багатьох виникає втрата інтересу до звичних занять, уникнення публічних заходів, небажання повертатися до попереднього стилю життя, що лише посилює почуття самотності й відірваності від суспільства.

Додатково, ветерани нерідко стикаються з дискримінацією, упередженням або нерозумінням з боку оточення, що поглиблює відчуття відторгнення. Суспільна стигматизація, яка пов'язана з наявністю психічних травм або труднощами поведінки, змушує багатьох уникати звернення до фахівців, навіть коли допомога дійсно потрібна [29; 22].

У процесі соціальної дезадаптації спостерігаються наступні прояви:

- Втрата соціальних ролей – нездатність реалізувати себе як професіонала, члена громади, батька чи матері;

- Зниження якості сімейних стосунків – конфлікти, непорозуміння, емоційне віддалення від близьких;
- Проблеми працевлаштування – брак можливостей, дискримінація на ринку праці, відчуття безсенсовності цивільної роботи;
- Ізоляція та стигматизація – уникання соціальних контактів, зниження рівня довіри до інституцій, зокрема до системи охорони здоров'я, соціальних служб, правоохоронних органів [29; 22].

Відсутність адекватної підтримки призводить до руйнування соціальних зв'язків, що ще більше ускладнює відновлення. У таких умовах навіть незначні труднощі можуть спровокувати поглиблення психічних розладів, зниження функціональності та підвищений ризик суїцидальної поведінки.

Соціальна дезадаптація ветеранів неминуче позначається і на родинному середовищі. Адже зміни, яких зазнає психоемоційний стан військовослужбовця, не залишаються лише внутрішньою справою окремої особи – вони проникають у структуру сім'ї, змінюють динаміку стосунків, породжують напруження та конфлікти.

Часто члени родини ветерана не мають належної інформації про природу пережитих ним травм і не розуміють, як правильно реагувати на зміни у його поведінці. Внаслідок цього виникають емоційне відчуження, погіршення комунікації, зміна ролей у сім'ї. Наприклад, ветеран, який до служби був активним членом родини, після повернення може стати емоційно відстороненим, схильним до ізоляції, дратівливості або навіть агресії. Це створює емоційну дистанцію, що болісно сприймається партнерами та дітьми і знижує рівень взаєморозуміння.

Члени родини ветерана, особливо партнери, нерідко переживають вторинну травматизацію, яка виявляється в емоційному виснаженні, тривожності, розгубленості перед незрозумілою поведінкою близької людини [24, с. 38] .

Такий стан часто супроводжується власними симптомами тривожних і депресивних розладів, що створює замкнене коло психоемоційної напруги всередині родини [26; 18].

Дослідження, проведені в Україні, підтверджують, що рівень адаптації ветерана до мирного життя значною мірою залежить не лише від тяжкості пережитих подій, а й від наявності сімейної підтримки, доступу до якісних медичних і психологічних послуг, а також загального рівня освіченості суспільства щодо потреб ветеранів [18, с. 98]. Стабільне родинне оточення, побудоване на взаємоповазі, терпінні та розумінні, значно підвищує шанси на позитивну психосоціальну реінтеграцію.

Водночас порушення у сімейних стосунках, якщо їх не помічати або ігнорувати, можуть стати чинниками хронізації ПТСР, загострення депресивних симптомів та посилення деструктивної поведінки, включно із залежностями чи суїцидальними намірами. Таким чином, родина є не лише контекстом, у якому проявляються наслідки психотравми, але й ключовим ресурсом для відновлення – за умови, що вона отримує належну допомогу [23].

Сьогодні існує низка ефективних форм підтримки, що демонструють позитивну динаміку у процесі відновлення ветеранів. Наприклад, тривалі програми психосоціальної реабілітації, участь у спортивних ініціативах, волонтерських або творчих проектах, наставництво за принципом «рівний – рівному», створення груп взаємопідтримки. Усе це сприяє підвищенню самооцінки ветеранів, зниженню рівня ізоляції та формуванню позитивної ідентичності. Проте, як показує практика, сім'я має залишатися постійним об'єктом професійної уваги, оскільки саме у ній часто формується або, навпаки, знецінюється потенціал особистого відновлення.

У цьому контексті особливої актуальності набуває сімейна терапія – як цілісна система втручання, спрямована на гармонізацію взаємин, реконструкцію комунікативних зв'язків, відновлення емоційного клімату в родині та формування нових ресурсних моделей взаємодії. У наступному підпункті розглянемо теоретичні основи та провідні підходи в рамках сімейної

терапії, зокрема: системний, когнітивно-поведінковий та емоційно-фокусований, які застосовуються в роботі з ветеранами та їхніми родинами в сучасній психологічній практиці.

1.2. Основи сімейної терапії, провідні підходи та моделі сімейної терапії.

Сімейна терапія є важливим напрямом психологічної допомоги, що враховує системну природу міжособистісних стосунків у родині та взаємозв'язок із психоемоційним станом її членів. У випадку військовослужбовців особливе значення набуває розгляд сім'ї як підтримувальної системи, яка водночас зазнає значного впливу з боку умов служби, зокрема бойових дій, тривалих розлук, посттравматичного стресового розладу, депресії, змін у поведінці після повернення з фронту тощо.

Основною метою сімейної терапії у родин військових є зміцнення стосунків між членами родини, покращення комунікації в умовах стресу, тривалих розлук чи повернення з бойових дій, адаптація до змін у поведінці військовослужбовця, профілактика конфліктів і розлучень, підтримка дітей, які можуть мати труднощі через відсутність або зміну поведінки батька/матері [50].

Сімейна терапія – це форма психотерапії, яка орієнтована на поліпшення функціонування родини як цілісної системи. Основна ідея полягає в тому, що проблеми окремих членів сім'ї часто пов'язані з дисфункціональними патернами взаємодії всередині родинної системи. Тому втручання терапевта спрямоване не лише на індивіда, а й на зміну динаміки всієї родини [32].

Сімейна терапія з військовослужбовцями базується на міждисциплінарному підході та поєднує в собі елементи системної, когнітивно-поведінкової, емоційно-фокусованої та наративної терапії [16]. Центральне місце в роботі займає відновлення безпечного емоційного контакту між членами сім'ї, покращення комунікації, зниження рівня конфліктності, підтримка адаптації до нових життєвих обставин. Особлива

увага приділяється роботі з подружжям, яке стикається із труднощами взаєморозуміння та втрати близькості після бойового досвіду, а також із дітьми, які можуть переживати тривожність, агресивні реакції або емоційне дистанціювання батьків.

Системний підхід розглядає сім'ю як відкриту систему, де кожен її учасник впливає на інших і водночас піддається їх впливу. Згідно з цією моделлю, симптоми одного члена родини (наприклад, дитини з проблемною поведінкою) можуть розглядатися як вираз глибших труднощів у комунікації, ролях або структурі всієї сімейної системи [40].

Системна терапія передбачає аналіз таких аспектів, як:

- межі між підсистемами (подружжя, батьки-діти),
- типи комунікації,
- ієрархія влади та ролей,
- правила, за якими функціонує родина.

Одним із провідних напрямів системної терапії є структурна сімейна терапія яка зосереджена на зміні сімейної структури з метою створення більш функціональної взаємодії [50]. Іншим популярним напрямом є стратегічна терапія, яка акцентує увагу на розробці конкретних втручань для зміни патернів поведінки.

Сильна сторона системного підходу – визнання родини як єдиного "пацієнта" і робота з усією системою, що дозволяє досягати глибших і довготриваліших змін.

Когнітивно-поведінкова сімейна терапія базується на припущенні, що проблеми в родині виникають внаслідок неадекватних когніцій (переконань, очікувань) та навчених поведінкових реакцій [38]. Основне завдання терапевта – ідентифікувати дисфункційні переконання та замінити їх більш адаптивними, а також сформувати ефективні моделі поведінки у взаєминах.

Методи, які застосовуються в межах цього підходу:

- навчання навичкам спілкування,
- техніки активного слухання,

- зміна негативних автоматичних думок,
- поведінкові експерименти та завдання для виконання вдома.

Когнітивно-поведінковий підхід є особливо ефективним у роботі з сім'ями, де мають місце конфлікти, агресія, порушення дисципліни дітей або тривожні й депресивні розлади у когось з членів родини [35]. Його перевага полягає в структурованості, орієнтації на досягнення конкретних цілей та можливості відстежувати прогрес.

Особливу увагу у цьому підході приділяють модифікації контингентів підкріплення – тобто тому, як поведінка членів родини або підкріплюється, або пригнічується через реакції інших. Застосовується також психоосвіта, що допомагає родині краще розуміти природу психологічних труднощів і роль взаємодії у їх підтримці або подоланні [52].

Емоційно-фокусована терапія (ЕФТ), розроблена Сью Джонсон, базується на теорії прив'язаності і вважає, що основною потребою у є емоційна безпека. У центрі уваги цього підходу – глибинні емоційні переживання та взаємозв'язок між ними і поведінкою партнерів або членів родини. Метою терапії є створення або відновлення безпечної емоційної прив'язаності між близькими.

Терапевтичний процес у рамках ЕФТ зазвичай поділяється на три етапи:

1. Деескалація конфлікту – виявлення негативних циклів взаємодії та допомога родині побачити, як емоційна реактивність призводить до відчуження.

2. Формування нових емоційних зв'язків – стимулювання вираження вразливих емоцій та побудова емоційного відкриття у відповідь.

3. Закріплення нових патернів взаємодії – інтеграція нової емоційної динаміки у повсякденне життя родини.

Наративна терапія – це підхід до консультування та психотерапії, який розглядає людей як окремих від їхніх проблем і вважає, що вони мають навички, компетенції, переконання, цінності, зобов'язання і здатності, які можуть допомогти зменшити вплив проблем у їхньому житті [49].

Засновниками наративної терапії є австралійські фахівці Майкл Уайт-професійний соціальний працівник та психотерапевт із Південної Австралії та Девід Епстон психотерапевт із Нової Зеландії. Ці двоє терапевтів започаткували не просто метод, а цілу філософію терапевтичного підходу, яка базується на повазі, визнанні автономії клієнта та його права бути автором своєї історії. Значення наративної терапії є покращення психологічного благополуччя, допомагає людям впоратися з травмами, депресією, тривогою, ПТСР, зниженням самооцінки, відновлення особистісного сенсу, дозволяє людям заново знайти смисл у житті, навіть після болісного досвіду, зміцнення ідентичності, допомагає створити більш цілісне уявлення про себе як про людину, що має силу і здатність діяти. Потужний ресурс для роботи з групами: ефективна в роботі з військовослужбовцями, переселенцями, жертвами насильства, підлітками тощо. Такий підхід дозволяє розглядати сімейну терапію не лише як інструмент корекції окремих проблем, а як засіб стабілізації як особистості ветерана, так і родинної системи в цілому. Це, своєю чергою, є ключовим чинником у процесі реадаптації до мирного життя [49].

Як показує аналіз провідних моделей сімейної терапії, ефективна допомога родинам ветеранів має спиратися на комплексний, міждисциплінарний підхід, що враховує не лише внутрішньосімейну динаміку, а й ширший соціальний контекст, у якому ця родина функціонує. Водночас, важливим елементом системи психосоціальної підтримки виступає індивідуальне та групове психосоціальне консультування, яке може виконувати роль початкового етапу допомоги або ж стати ефективним доповненням до сімейної терапії.

Психосоціальне консультування дає можливість створити безпечний простір для вираження травматичного досвіду, зниження емоційної напруги, пошуку нових моделей поведінки, зміцнення внутрішніх ресурсів та встановлення довіри. Особливо цінним воно є у випадках, коли сім'я ще не

готова до спільного опрацювання конфліктів або коли рівень напруги у стосунках унеможливує проведення сімейної сесії.

У наступному підрозділі буде детально розглянуто сутність психосоціального консультування, його основні завдання, принципи організації та практичні можливості застосування в роботі з родинами ветеранів війни.

1.3. Сутність та завдання психосоціального консультування для родин ветеранів війни.

Психосоціальне консультування, на відміну від сімейної терапії, є більш гнучкою формою підтримки. Воно може охоплювати індивідуальну роботу з ветераном, групові сесії для членів родини або комбіновані формати. Часто воно виступає першим кроком до глибшої терапевтичної взаємодії, особливо коли сім'я ще не готова до колективної терапії чи конфліктні процеси ускладнюють безпосередній діалог.

У науковій літературі психосоціальне консультування визначають як процес міжособистісної взаємодії, спрямований на зменшення впливу стресових факторів шляхом емоційної підтримки, розвитку навичок саморегуляції, мобілізації внутрішніх ресурсів особистості та відновлення її соціального функціонування [6]. Цей вид допомоги поєднує методи психологічної підтримки та інструменти соціального супроводу, формуючи інтегрований підхід до подолання наслідків травми. Згідно з Л. І. Волошиною, важливою особливістю консультування є те, що воно не лише орієнтоване на вирішення проблем, але й спрямоване на зміцнення ресурсів клієнтів, формування нових моделей взаємодії та подолання наслідків травматизації [6].

Особливу актуальність цей вид допомоги набуває для родин ветеранів війни. Вони не лише є емоційно значущим середовищем для самого ветерана, а й одночасно — вразливою системою, яка змінює свою структуру, динаміку та способи взаємодії під впливом бойового досвіду члена родини. У багатьох випадках родина виконує роль неформального "реабілітаційного простору",

проте без належної підтримки її ресурси можуть швидко виснажуватися [15]. Сучасні дослідження свідчать, що повернення ветеранів до мирного життя часто супроводжується тривалим процесом адаптації, який зачіпає не лише самого військовослужбовця, але й усю його родину. Родини ветеранів можуть стикатися з рядом проблем: посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), змінами в поведінці, емоційною відчуженістю, агресією або, навпаки, депресивними станами ветерана. Як зазначає С. Д. Максименко, сім'я ветерана стає «простором вторинної травматизації», адже близькі відчують на собі наслідки війни через емоційний контакт із ветераном [15].

Щоб така підтримка була ефективною, необхідно дотримуватися певної послідовності роботи. Основні етапи психосоціального консультування включають:

- Підготовчий етап (встановлення контакту) – побудова довіри, створення безпечного простору.
- Ознайомлення з контекстом життя клієнта – підписання угоди (усної чи письмової).
- Оцінка потреб і запиту (діагностичний етап) – аналіз проблеми клієнта та її системного контексту (родина, робота, спільнота).
- Визначення ключових стрес-факторів, ресурсів і ризиків.
- Планування роботи – узгодження цілей консультування, вибір методів і тривалості співпраці.
- Реалізація консультування (інтервенція) – проведення сесій за обраним планом, використання різних підходів: когнітивно-поведінкового, емоційно-фокусованого, сімейного тощо, підсилення ресурсів, навичок адаптації, самоусвідомлення.
- Оцінка змін і корекція плану – аналіз динаміки клієнта, перегляд цілей за потреби, залучення додаткових ресурсів (фахівці, організації).
- Завершення консультування – узагальнення досягнень, підбиття підсумків, обговорення подальших дій або можливого повернення до консультанта.

- Постконсультаційна підтримка – можливість періодичного звернення, сприяння довготривалим змінам і стабілізації.

Щоб забезпечити чіткість і структурованість процесу, доцільно деталізувати ці етапи у вигляді протоколу, який описує основні завдання, техніки та очікувані результати на кожному кроці (таблиця 1.3.1.). Така таблиця допомагає фахівцю зберігати цілісність підходу та гнучко адаптувати його до конкретної ситуації клієнта.

Таблиця 1.3.1.

Протокол психосоціального консультування

Етап	Сесія	Основні завдання	Техніки та методи	Очікувані результати
1. Оцінка та контракування	1–2	Знайомство, створення безпечної атмосфери, формулювання запиту та цілей	Активне слухання, відкриті запитання, контракування, психоедукація	Довіра, чіткий запит, визначені цілі та рамки роботи
2. Поглиблене дослідження проблеми	2–4	Аналіз ситуації, виявлення ресурсів і бар'єрів	Біографічне інтерв'ю, аналіз життєвих подій, техніка «екологічної карти»	Розуміння контексту проблеми, ідентифікація ресурсів
3. Інтервенційна фаза	4–8	Робота з емоціями, когнітивними установками, навичками поведінки	Когнітивно-поведінкові техніки, рольові ігри, моделювання, техніки релаксації, арт-терапія	Зменшення інтенсивності проблеми, розвиток нових стратегій реагування
4. Консолідація змін	9–10	Закріплення нових навичок, формування плану підтримки	План дій, моделювання кризових ситуацій, техніки самодопомоги	Стійкість до стресових факторів, готовність до самостійного використання навичок

5. Завершення та оцінка ефективності	11	Підбиття підсумків, оцінка прогресу, план подальших кроків	Підсумкове інтерв'ю, рефлексія, підкріплення досягнень	Усвідомлення досягнутих результатів, мотивація до подальшого розвитку
--------------------------------------	----	--	--	---

Побудова такого протоколу дає можливість уникнути хаотичності в роботі та забезпечує системність підходу. Водночас, обрана методологія реалізації цих етапів значною мірою визначає ефективність консультування. Тому далі доцільно розглянути основні теоретичні та практичні підходи, які найчастіше застосовуються у роботі з родинами ветеранів.

Особливе значення у психосоціальному консультуванні має системний підхід, згідно з яким родина розглядається як цілісна система, зміни в якій однієї її частини неминуче впливають на інші. Це підтверджується дослідженнями А. Мюррея Боувена, який наголошує на необхідності роботи з емоційною взаємозалежністю членів родини, що дозволяє зменшити інтенсивність конфліктів і сприяти психологічному оздоровленню всієї системи [32].

Системний підхід передбачає розгляд об'єкта як єдиної цілісної системи, що складається з взаємопов'язаних елементів. У практиці психосоціального консультування це реалізується через такі технологічні кроки:

Основні етапи реалізації системного підходу:

1. Діагностика системи – визначення елементів системи (особа, родина, соціальне оточення, організації).

2. Аналіз функцій кожного елементу та їх взаємодії, виявлення порушень у взаємозв'язках.

3. Постановка мети та завдань консультування: визначення цілей для всієї системи, а не лише для окремої особи. Уточнення очікувань клієнта і включення їх у ширший контекст.

4. Розробка інтервенцій (втручань): вибір методів, що враховують динаміку всієї системи.

5. Реалізація втручання: проведення консультування із залученням усіх значущих членів системи.

6. Моніторинг змін у системі: регулярне оцінювання, як змінюється функціонування системи. Аналіз впливу змін в одному елементі на інші.

7. Оцінка ефективності та завершення процесу: визначення, чи досягнуто системного балансу. Завершення консультування або перегляд стратегії.

Крім того, ефективне психосоціальне консультування повинно враховувати культурні особливості, гендерні аспекти, а також суспільні очікування, пов'язані з роллю ветерана у післявоєнному суспільстві. Як підкреслює О. О. Москалець, однією з важливих умов успішного консультування є формування безпечного простору для висловлення емоцій і переживань, без страху осуду або стигматизації[19].

У процесі роботи з родинами ветеранів війни психосоціальне консультування має на меті досягнення таких цілей:

- Психоемоційна стабілізація – створення безпечного простору, де члени родини можуть відкрито висловлювати свої емоції та переживання.
- Підвищення функціональності родинної системи – відновлення комунікації, довіри, підтримки у родині.
- Освітній компонент – надання родині знань про ПТСР, депресію, тривожні розлади, щоб зменшити стигматизацію та посилити розуміння особливостей стану ветерана.
- Активація ресурсів – підтримка адаптивних стратегій подолання труднощів (копінг-стратегій), активізація внутрішньої мотивації до змін.
- Посередницька роль – сприяння налагодженню зв'язків із соціальними службами, медичними установами, громадськими організаціями, які можуть надавати додаткову допомогу.

Особливо ефективною визнана сімейно-орієнтована модель консультування, яка базується на принципах системної терапії. Згідно з підходом М. Боуена, будь-яке індивідуальне порушення в родині слід

розглядати в контексті емоційного функціонування всієї системи, а отже, робота з родиною повинна охоплювати всі рівні взаємодії – від індивідуального до міжособистісного [32].

У практиці психосоціального консультування з родинами ветеранів ефективно використовуються такі підходи:

- когнітивно-поведінкове консультування (CBT) – допомагає ідентифікувати негативні автоматичні думки, змінити деструктивні переконання та поведінкові патерни в родині;
- наративна терапія – створення нової історії родини, в якій трагічний досвід інтегрується як частина життєвого шляху, а не як визначальний фактор;
- методи арт- і тілесно-орієнтованої терапії – важливі при роботі з родинами, де є діти;
- групові консультації для подружжя або батьків ветеранів – створюють спільноту підтримки й обміну досвідом [33].

Аналізуючи сутність та завдання психосоціального консультування для родин ветеранів війни, можна зробити висновок, що цей вид допомоги є не лише формою кризового реагування, а цілісною психосоціальною інтервенцією, що поєднує клінічні, соціальні та культурні аспекти підтримки. Він виступає як важливий інструмент стабілізації родинної системи в умовах післявоєнного стресу, сприяючи не лише подоланню наслідків травматичного досвіду, а й формуванню нових моделей адаптивної поведінки, емпатійного спілкування та міжособистісної взаємоповаги.

Психосоціальне консультування в цьому контексті реалізує функцію опосередкованої психореабілітації, адже через взаємодію з родиною надається підтримка самому ветерану, знижуються конфліктні ризики та запобігається повторна травматизація членів сім'ї. Таким чином, родина розглядається не лише як об'єкт допомоги, а як активний суб'єкт змін, учасник процесу реадаптації [6].

Узагальнюючи, можна стверджувати, що психосоціальне консультування родин ветеранів є не лише практикою індивідуального

супроводу, а й важливою ланкою національної системи ментального здоров'я, яка потребує державної підтримки, професійної підготовки фахівців і широкої міжвідомчої координації. Успішна реалізація таких програм має стратегічне значення для процесу постконфліктної реінтеграції, збереження родинного ресурсу та формування здорового соціального середовища.

Висновки до першого розділу

У цьому розділі розглянуті основи застосування методів сімейної терапії та психосоціального консультування для підтримки родин ветеранів війни в процесі відновлення їхніх стосунків. Висвітлені основні підходи, що застосовуються в роботі з родинами ветеранів, а також їхня ефективність у вирішенні кризових ситуацій та відновленні гармонії у взаємодії між членами родини.

Різноманітні моделі сімейної терапії, зокрема системний, когнітивно-поведінковий та емоційно-фокусований підхід, дозволяють ефективно працювати з родинами ветеранів війни, враховуючи особливості їхніх психологічних та емоційних потреб. Ці методи допомагають розв'язати конфлікти, покращити комунікацію та відновити довіру між членами родини.

Психосоціальне консультування є критичним для підтримки ветеранів і їх родин, оскільки воно сприяє зниженню стресу, подоланню посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також забезпечує відновлення емоційної підтримки та адаптації до мирного життя. Психоедукація, кризове консультування та емоційна підтримка допомагають родинам ефективно справлятися з труднощами та викликами, які постають після повернення ветеранів.

Одним з ключових аспектів як у сімейній терапії, так і в психосоціальному консультуванні є розвиток ефективної комунікації та емоційної підтримки між членами родини. Покращення цих аспектів є необхідною умовою для відновлення гармонії в стосунках, особливо коли йдеться про родини, які пережили кризові ситуації або травматичні події, пов'язані з війною.

Таким чином, теоретичні основи використання методів сімейної терапії та психосоціального консультування демонструють їхню важливість у процесі відновлення сімейних стосунків ветеранів війни. Застосування таких методів сприяє емоційному відновленню, покращенню соціальної адаптації та

стабільності в родині, що є ключовим для успішного інтеграційного процесу ветеранів у суспільство після бойових дій.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ СІМЕЙНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ ВІЙНИ У РОДИНАХ ВЕТЕРАНІВ

2.1. Організація і методика проведення дослідження

У контексті збройної агресії проти України зростає кількість ветеранів, які повертаються до мирного життя з психологічними травмами та емоційними порушеннями. Ці труднощі значною мірою впливають не лише на самих військовослужбовців, а й на їхні родини, провокуючи напругу у стосунках, порушення комунікації, конфліктність, емоційне відчуження тощо. Саме тому вкрай важливо дослідити ефективність сучасних психотерапевтичних і консультувальних підходів, зокрема сімейної терапії та психосоціального консультування, для підтримки родин ветеранів.

Експериментальне дослідження у цій роботі має на меті практичну перевірку ефективності застосування сімейної терапії та психосоціального консультування для подолання психологічних і соціальних наслідків війни у родинах ветеранів. У контексті повномасштабної збройної агресії, яка триває в Україні, велика кількість родин зіткнулася з глибокими травмами, порушенням емоційної взаємодії, підвищеним рівнем тривожності, стресу, конфліктності, що суттєво впливає на функціонування сімейної системи.

Актуальність дослідження зумовлена нагальною потребою у впровадженні ефективних психосоціальних інтервенцій, здатних підтримати родини військовослужбовців на шляху до стабілізації внутрішньосімейних відносин, відновлення психологічної рівноваги, профілактики вторинних травм. Водночас важливим є наукове обґрунтування таких підходів та оцінка їх впливу на цільову групу, що й стало предметом експериментальної частини роботи.

Мета дослідження – оцінити ефективність використання сімейної терапії та психосоціального консультування як комплексного втручання у зниженні рівня психологічної напруги, конфліктності, тривожності, емоційного відчуження в родинх ветеранів війни.

Завдання дослідження

- Проаналізувати особливості психоемоційного стану членів родин ветеранів війни до початку психосоціального втручання, зокрема рівень тривожності, конфліктності, стресу та порушень у сімейних стосунках.
- Розробити та реалізувати комплексну програму психосоціального втручання, що включає елементи сімейної терапії та індивідуального консультування, спрямовану на подолання наслідків війни у сімейній системі.
- Здійснити формувальний експеримент із застосуванням обраної програми для учасників дослідження родин ветеранів, забезпечивши її поетапну реалізацію та супровід.
- Провести порівняльну оцінку результатів до та після втручання з використанням психодіагностичних методик з метою виявлення змін у психоемоційному стані та динаміці сімейних взаємин.
- Оцінити ефективність використаної програми за допомогою кількісного та якісного аналізу отриманих результатів експерименту.
- Сформулювати практичні рекомендації щодо застосування сімейної терапії та психосоціального консультування у роботі з родинами ветеранів війни для психологів, соціальних працівників і фахівців системи психосоціальної підтримки.

Для досягнення поставленої мети та вирішення дослідницьких завдань було використано комплекс методів, що охоплюють теоретичний аналіз, психодіагностику, реалізацію програми втручання, а також кількісну й якісну оцінку ефективності.

1. Теоретичні методи:

- Аналіз наукової літератури з питань сімейної терапії, психосоціального консультування, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), кризових станів, психологічної адаптації та соціальної підтримки родин ветеранів;
- Узагальнення досвіду зарубіжних та вітчизняних досліджень у сфері психотерапевтичної роботи з сім'ями, які пережили травматичні події;
- Аналіз нормативно-правової бази, що регламентує надання допомоги ветеранам війни та членам їхніх родин.

2. Емпіричні методи:

- Шкала тривожності Спілбергера – Ханіна (STAI) – для оцінки рівня особистісної та реактивної тривожності;
- Опитувальник сімейної конфліктності (адаптований авторський інструмент) – для виявлення напруженості у взаєминах, частоти конфліктів, стилю спілкування;
- PSS-10 (Perceived Stress Scale) – шкала суб'єктивного сприйняття стресу;
- Проективна методика «Незакінчені речення» – для виявлення глибинних переживань і прихованих конфліктів;
- Напівструктуроване інтерв'ю з партнерами – для збору якісних даних щодо емоційного клімату в родині та переживання досвіду війни.

3. Експериментально-практичні методи:

- Формувальний експеримент, у межах якого була реалізована програма психосоціального втручання;
- Спостереження за динамікою поведінки учасників під час сесій;
- Психотерапевтичні сесії (індивідуальні, сімейні, групові) з використанням технік структурної та емоційно-фокусованої терапії.

4. Методи статистичної обробки:

- Описова статистика (середні значення) – для представлення емпіричних даних;
- Якісний контент-аналіз відповідей у проєктивних методиках та інтерв'ю.

База дослідження

Місце проведення: Центр психологічної допомоги ветеранам місто Харків.

Тривалість дослідження: травень – серпень 2025 р.

Учасники: 30 родин ветеранів війни (загалом 68 осіб), які добровільно погодилися на участь.

Таблиця 2.1.1.

Етапи дослідження

Назва	Опис
Підготовчий етап	Формулювання проблеми дослідження, визначення мети, завдань, гіпотези. Аналіз наукової літератури та нормативно – правової бази.
Констатувальний етап	Визначення критеріїв та показників. Проведення психодіагностики з використанням шкал STAI, PSS-10, сімейної конфліктності тощо. Аналіз початкових даних
Формувальний етап	Розробка та реалізація програми психосоціального втручання, проведення сімейних та групових сесій, Спостереження та підтримка учасників
Контрольний етап	Повторна діагностика учасників після втручання, порівняння результатів до і після, статистична обробка даних
Аналітико– узагальнюючий етап	Інтерпретація результатів, формулювання висновків і рекомендацій, підготовка звіту з результатами дослідження

На першому етапі експерименту для об'єктивної оцінки ефективності сімейної терапії та психосоціального консультування у родинх ветеранів війни було визначено систему критеріїв та показників, яка дозволяє здійснювати порівняльний аналіз динаміки змін на різних етапах експерименту та розроблена діагностична карта експерименту (таблиця 2.1.2.).

У науковому сенсі критерії ефективності – це узагальнені ознаки, за якими можна судити про позитивні зміни у функціонуванні сімейної системи. Показники – це конкретні вимірювані параметри, що дозволяють перевести якісні спостереження у кількісну форму.

Система оцінювання у даному дослідженні сформована з урахуванням рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо психосоціальної допомоги ветеранам та їхнім сім'ям, діагностичних критеріїв DSM-5 і ICD-11, а також результатів сучасних українських досліджень у сфері військової психології та сімейної психотерапії. На цій основі було визначено п'ять ключових критеріїв.

Психологічний критерій – цей критерій охоплює внутрішній емоційно-психологічний стан членів родини, рівень їх емоційної стабільності, здатність регулювати власні почуття та долати негативні переживання. Для ветеранів війни психологічний стан безпосередньо впливає на міжособистісні стосунки: високий рівень тривожності, симптоми ПТСР та депресивні епізоди часто ускладнюють комунікацію та взаєморозуміння у родині. Основними показники даного критерію є:

- рівень тривожності — вимірюється за шкалами HADS, STAI, очікується зниження інтенсивності тривожних реакцій.
- Симптоми депресії — оцінюються за BDI або PHQ-9; очікується зменшення частоти та сили депресивних епізодів.
- Прояви ПТСР — діагностуються за PCL-5; очікується зниження рівня нав'язливих спогадів, гіпервозбудженості, уникання.
- Емоційна стабільність — визначається через спостереження та самооцінку; очікується зменшення емоційних зривів.

- Суб'єктивне благополуччя — оцінюється за WHO-5; очікується підвищення рівня життєвої задоволеності.

Комунікативний критерій - відображає якість та стиль спілкування в родині. Після повернення з війни у багатьох сім'ях комунікативна структура змінюється: можуть виникати непорозуміння, підвищена конфліктність або навпаки – емоційна віддаленість. Показниками даного критерію є:

- Частота конструктивних діалогів — вимірюється шляхом аналізу сімейних щоденників.
- Кількість конфліктних ситуацій — оцінюється за самооцінкою членів сім'ї; очікується зменшення частоти та інтенсивності конфліктів.
- Активне слухання — визначається за результатами рольових вправ під час терапії.
- Відкритість у вираженні емоцій — аналізується через інтерв'ю та спостереження.

Соціально-рольовий критерій – визначає, наскільки члени сім'ї справляються зі своїми соціальними та сімейними ролями. У ветеранів війни часто змінюється рольова структура сім'ї: відсутність під час служби призводить до зміни розподілу обов'язків, а після повернення – до конфліктів через спробу повернути старі ролі. До основних показників відноситься:

- Розподіл обов'язків — оцінюється через опитування та соціометрію; очікується гармонізація розподілу.
- Участь ветерана в сімейному житті — вимірюється кількістю та якістю залученості у виховання дітей та побут.
- Функція взаємної підтримки — оцінюється за авторськими анкетами.
- Соціальна інтеграція — визначається участю у громадських заходах, роботі, волонтерстві.

Адаптаційний критерій – показує здатність сім'ї адаптуватися до змін, зберігати стабільність і функціональність у складних умовах. Для родин

ветеранів важливо навчитися колективно реагувати на кризові ситуації. до показників можна відвести:

- Рівень стресостійкості — за CD-RISC; очікується зростання.
- Копінг-стратегії — за COPE Inventory; очікується переорієнтація з деструктивних на адаптивні.
- Колективне прийняття рішень — аналізується через інтерв'ю та вправи.
- Звернення по допомогу — оцінюється на основі кількості звернень до фахівців.

Критерій задоволеності сімейними стосунками є інтегральним показником, який поєднує об'єктивні та суб'єктивні оцінки якості сімейного життя.

- Задоволеність шлюбом — за Dyadic Adjustment Scale (DAS).
- Бачення спільного майбутнього — аналіз інтерв'ю.
- Емоційна близькість — за авторськими опитувальниками.

Взаємна довіра — через проєктивні методики та самооцінку.

Описані вище критерії та показники становлять основу оцінювання ефективності психосоціального втручання. Для більшої наочності вони були конкретизовані за рівнями прояву (високий, середній, низький) та співвіднесені з відповідними методами й інструментами вимірювання. Такий підхід дозволяє поєднати якісні характеристики із кількісними показниками та забезпечує комплексність аналізу отриманих даних. Узагальнені результати подано у таблиці 2.1.2.

Таблиця 2.1.2.

Критерії, показники, рівні прояву та інструменти вимірювання ефективності сімейної терапії та психосоціального консультування

Критерій	Показники	Рівні прояву	Інструменти вимірювання
Емоційна стабільність	Емоційний стан членів сім'ї	Високий: емоційна врівноваженість, зниження	Шкала тривожності Гамільтона,

		тривожності та агресії; Середній: часткові коливання, поодинокі прояви напруги; Низький: високий рівень тривоги, агресії, депресивні тенденції	Опитувальник депр Бека (BDI), CES-D (див. Додаток А)
Комунікативна компетентність	Якість комунікації у сім'ї	Високий: відкрите спілкування, активне слухання; Середній: покращення часткове, зберігаються непорозуміння; Низький: поверхнєве або конфліктне спілкування	Тест «Сімейна комунікація» (FCS), методика оцінки стилю спілкування (див. Додаток Б)
Конфліктологічна культура	Рівень конфліктності у сім'ї	Високий: конфлікти виникають рідко, вирішуються конструктивно; Середній: суперечки періодичні, не завжди завершуються позитивно; Низький: часті та руйнівні конфлікти	Опросник Томаса-Кілмана, шкала сімейної конфліктності (див. Додаток В)
Сімейна згуртованість	Взаємна підтримка та співпраця	Високий: сильна взаємопідтримка, почуття єдності; Середній: підтримка непостійна; Низький:	FACES-III/IV (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale) (див. Додаток Г)

		відсутність взаємодопомоги	
Якість взаємин	Задоволеність сімейними стосунками	Високий: високий рівень довіри та емоційної близькості; Середній: часткове покращення, зберігається напруга; Низький: дистанційованість, відсутність довіри	Діадична шкала задоволеності (DAS Індекс подружньої задоволеності (див. Додаток Д)
Адаптивність соціумі	Соціальна психологічна адаптація та	Високий: ефективна взаємодія з соціальним оточенням, стресостійкість; Середній: адаптація часткова, труднощі у кризових ситуаціях; Низький: дезадаптація, низька стресостійкість	Шкала соціальної адаптації Холмса-Page, Connor-Davidson Resilience Scale D (див. Додаток Е)

Представлена система критеріїв та показників дозволяє комплексно визначити ефективність використання сімейної терапії та психосоціального консультування у подоланні наслідків війни в родинх ветеранів. Вона охоплює психологічні, комунікативні, соціально-рольові, адаптаційні аспекти та рівень задоволеності сімейними стосунками. Використання достовірних діагностичних інструментів і поєднання кількісних та якісних методів вимірювання забезпечує об'єктивність та достовірність отриманих результатів, що дає змогу визначити динаміку змін і планувати подальші інтервенції.

За результатами проведеної діагностики можемо констатувати, що рівень сформованості за більшістю критеріїв перебуває переважно на середньому та низькому рівнях, що свідчить про наявність труднощів у сфері емоційної регуляції, комунікації та соціальної адаптації сімей ветеранів війни (табл. 2.1.3., рис. 2.1.1.). Отримані результати підтверджують необхідність упровадження програми сімейної терапії та психосоціального консультування.

Таблиця 2.1.3

**Рівень сформованості показників ефективності на
констатувальному етапі**

Критерій	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Рівень сімейної згуртованості	15%	35%	50%
Емоційний клімат у сім'ї	10%	40%	50%
Комунікативні навички	8%	37%	55%
Рівень конфліктності	12%	33%	55%
Психологічна адаптація родини	10%	40%	50%

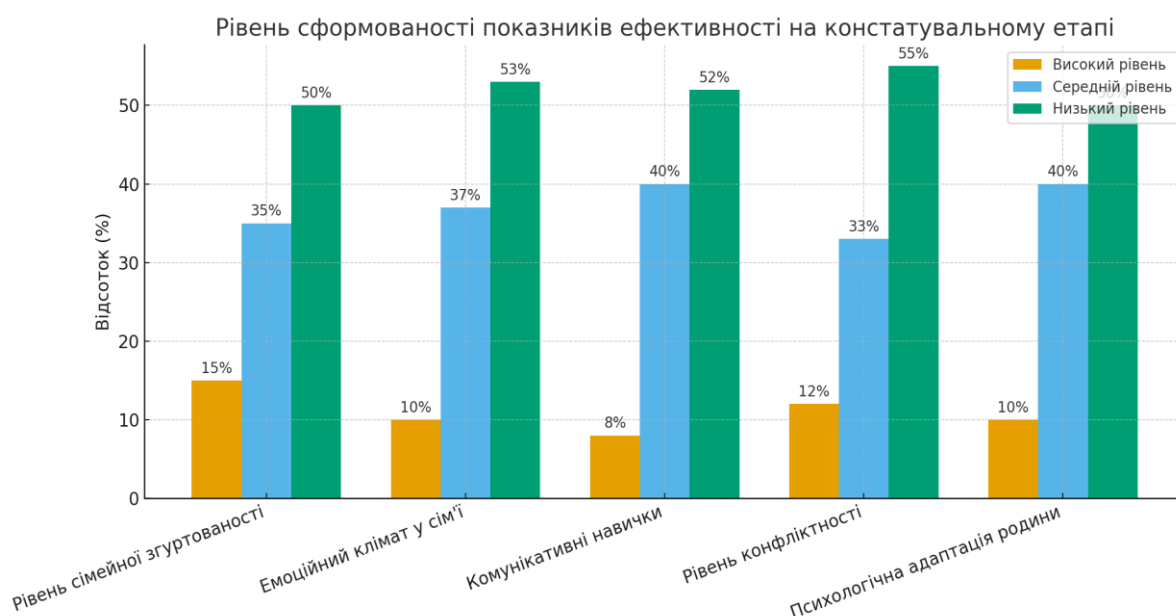


Рис. 2.1.1. Рівень сформованості показників ефективності на констатувальному етапі.

За результатами проведеної діагностики можемо констатувати: найбільш проблемними критеріями є конфліктологічна культура та сімейна згуртованість, де понад половини родин (55%) перебувають на низькому рівні. Це вказує на високий рівень конфліктності, відсутність сталих навичок конструктивного вирішення суперечок та недостатню взаємопідтримку. Емоційна стабільність та якість взаємин також демонструють переважання низького рівня (по 50%), що свідчить про збереження напруги, тривожності та труднощів у встановленні довірливих стосунків. Комунікативна компетентність у більшості сімей розвинена на середньому рівні (40%), проте половина родин усе ще має труднощі зі спілкуванням. Найбільш позитивні результати зафіксовані за критерієм соціально-психологічної адаптивності: 18% родин перебувають на високому рівні, ще 42% — на середньому. Це свідчить про часткову здатність сімей до інтеграції у соціум і подолання стресових факторів.

Отримані дані підтверджують актуальність та необхідність впровадження програми сімейної терапії та психосоціального консультування, спрямованої насамперед на зниження конфліктності, підвищення рівня емоційної стабільності та розвиток сімейної згуртованості.

2.2 Оцінка ефективності використання сімейної терапії та психосоціального консультування у відновлені сімейних стосунків ветеранів війни.

За результатами проведеної діагностики можемо констатувати, що рівень сформованості за більшістю критеріїв перебуває переважно на середньому та низькому рівнях, що свідчить про наявність труднощів у сфері емоційної регуляції, комунікації та соціальної адаптації сімей ветеранів війни. Отримані результати підтверджують необхідність упровадження програми сімейної терапії та психосоціального консультування, що дозволяє працювати як з емоційними й комунікативними проблемами, так і з соціально-побутовими труднощами родин.

Програма була спрямована на психологічну стабілізацію та соціальну підтримку родин ветеранів війни, які стикаються з труднощами адаптації після повернення військовослужбовців із зони бойових дій. В умовах травматичного досвіду ветерана, високого рівня стресу членів сім'ї та порушення звичних сімейних ролей виникає потреба у системній професійній допомозі.

Формат: індивідуальні, сімейні та групові форми роботи.

Форма реалізації: індивідуальні консультації, сімейні терапевтичні зустрічі, групові тренінги.

Загальна тривалість: 4 місяці (травень – серпень).

Кількість учасників: 30 родин.

Кількість зустрічей: у середньому 12–14 для кожної родини (індивідуальні та сімейні), + 8 групових занять.

Основними показниками унікальності програми є:

- Комплексність: поєднання терапії та консультування, психологічної та соціальної допомоги.
- Системність: робота з усією родиною, а не лише з ветераном.
- Орієнтація на громаду: сім'ї отримали доступ до місцевих ресурсів і створили власну мережу підтримки.
- Практичність: програма була максимально прикладною – вправи, тренінги, конкретні рекомендації.

Програма передбачала три блоки роботи, які включали: діагностичний (оцінювання стану сімей через інтерв'ю й тестування та формування індивідуальних планів), корекційно-розвивальний (вісім сімейних терапевтичних зустрічей, чотири психосоціальні консультації на родину й вісім групових тренінгів із психоосвітою та арт-терапією) і заключний (повторне тестування, індивідуальний аналіз прогресу, групову рефлексію, надання рекомендацій та створення ініціативної групи взаємопідтримки).

1. Діагностичний блок (травень, 4 тижні)

Мета: оцінка стану сімей, виявлення проблем та потреб, формування індивідуальних планів.

Форми роботи: індивідуальні інтерв'ю, тестування, первинні консультації.

План дій:

Тиждень 1–2

- (первинна зустріч з родиною (знайомство, обговорення, очікувань, укладення «контракту» на співпрацю);
- застосування діагностичних методик:
- тест сімейної згуртованості (FACES);
- методика «Сімейна соціограма»;
- опитувальник комунікативних навичок;
- шкала оцінки стресу та емоційного клімату.

Тиждень 3–4:

- індивідуальні співбесіди з членами родини;
- аналіз отриманих результатів;
- складання індивідуальних планів підтримки для кожної родини.

Результат: створено «портрет» кожної сім'ї, визначено ключові проблеми й ресурси.

2. Корекційно-розвивальний блок (червень – липень, 8 тижнів)

Складається з трьох компонентів: сімейна терапія, психосоціальне консультування, групові заняття.

Таблиця 2.2.1.

№	Тема	Зміст і вправи	Методи
1.	«Довіра і безпека у сім'ї»	Вправа «Сімейне коло» (кожен член родини висловлює, чого очікує від програми); складання сімейних правил.	Техніка кола, психоосвіта.
2.	«Сімейні ролі після війни»	Аналіз розподілу обов'язків «до/після»; вправа «Сімейний корабель» (хто за що відповідає).	Системна терапія рольова гра
3.	«Мова без агресії»	Відпрацювання «Я-повідомлень»; вправа «Почути без оцінки».	Тренінг ненасильницької комунікації

4.	«Як ми вирішуємо конфлікти?»	Розбір конкретних конфліктних ситуацій .	Когнітивно-поведінкова терапія
5.	«Відновлення емоційного зв'язку»	Вправа «Компліменти по колу»; техніка «Міст довіри».	Гештальт-терапія, арт-терапія
6.	«Дитина в центрі уваги»	Арт-заняття з дітьми: «Моя сім'я мій дім»; обговорення дитячих проблем.	Арт-терапія, сімейна дискусія
7.	«Наша сила В єдності»	Вправа «Сімейний герб»; планування спільних традицій.	Символдрама, командна робота
8.	«Майбутнє родини»	Створення сімейного «дерева цілей»; підведення підсумків.	Візуалізація, стратегічне планування

2.2. Психосоціальне консультування (4 зустрічі на родину)

Тривалість однієї консультації: 60 хв.

Основні теми:

1. Доступ до соціальних послуг, оформлення документів, пілґ.
2. Поради щодо виховання дітей (як говорити з дитиною про війну, як знижувати тривожність).
3. Профілактика вигорання в подружжя ветеранів (техніки відновлення ресурсу).
4. Ресурси громади: огляд організацій, які можуть допомогти, створення «карти підтримки».

2.3. Групові заняття (8 тренінгів, 2 рази на місяць)

Формат: тренінг/арт-терапія/психоосвіта.

Тривалість: 2 години.

Таблиця 2.2.2.

№.	Тема	Вправи і зміст	Методи
1.	«Як справлятися зі стресом»	Дихальні практики; вправа «Мій ресурсний куточок».	Тілесно-орієнтована терапія
2.	«Емоції під контролем» техніка	Арт-вправа «Мої емоції сьогодні»; «Скринька почуттів».	Арт-терапія

3.	«Ми разом ми сильніші»	Групова вправа «Міст підтримки»; обговорення «де я можу отримати допомогу».	Соціометрія, дискусія
4.	«Дитина і війна»	Техніка «Лялька-мотанка від страху»; поради психолога.	Етнотерапія, психоосвіта
5.	Сімейні конфлікти без втрат»	Рольова гра «Суперечка в сім'ї»;	Обговорення,
6.	6 «Стигма і ветеран»	Групове обговорення: «Як реагувати на осуд суспільства?»; вправа «Моя гідність».	Психоосвіта, когнітивна терапія
7.	«Мистецтво бути разом»	Спільне малювання «Сімейний колаж мрій».	Арт-терапія
8.	«Ресурси громади»	Створення «карти ресурсів» (установи, організації, контакти).	Групова робота

3. Заключний блок (серпень, 4 тижні)

Мета: підсумувати результати, оцінити динаміку, сформувані план подальшої підтримки.

План дій:

- повторне тестування (ті ж методики, що у травні);
- індивідуальні зустрічі для аналізу прогресу;
- групова зустріч-рефлексія «Що змінилося в нашій родині»;
- передача родинам рекомендацій;
- створення ініціативної групи взаємопідтримки (учасники домовляються про зустрічі 1 раз на місяць після завершення програми).

Очікуваними результатами програми є зниження рівня конфліктності у сім'ях, покращення емоційного клімату, підвищення згуртованості, розвиток комунікативних навичок, зростання психологічної адаптації, створення мережі взаємодопомоги серед родин ветеранів.

З метою підтвердження гіпотези дослідження та визначення ефективності впровадженої програми, нами було проведено контрольний етап, який полягав

у повторній діагностиці за визначеними методиками, які застосовувалися на констатувальному етапі.

За результатами проведеної діагностики можемо констатувати, що, на констатувальному етапі дослідження, що передував реалізації програми сімейної терапії та психосоціального консультування (травень 2025 р.), було виявлено, що значна частина родин ветеранів перебуває у стані підвищеної напруженості та дезадаптації. Зокрема, за результатами діагностики:

- у 47 % сімей спостерігався високий рівень конфліктності, труднощі у вирішенні побутових і виховних питань;
- у 40 % — низький рівень сімейної згуртованості, що проявлявся у відсутності спільного дозвілля та емоційної підтримки;
- у 53 % учасників відзначався середній або низький рівень психологічної адаптації (тривожність, емоційна нестабільність, труднощі у спілкуванні);
- значна частина членів родин не знала про доступні соціальні ресурси та не зверталась по допомогу (близько 60 %).

Після впровадження програми (серпень 2025 р.) результати значно покращилися:

- у 72 % сімей спостерігається зниження рівня конфліктності та підвищення готовності до конструктивного вирішення проблем (зростання на 25 % у порівнянні з початковими даними);
- рівень сімейної згуртованості зріс: 68 % родин почали практикувати регулярне спільне дозвілля, обговорення проблем і планування майбутнього (зростання на 28 %);
- у 70 % учасників зафіксовано підвищення емоційної стабільності, зниження тривожності, формування навичок саморегуляції (зростання на 17 % порівняно з початковим рівнем);

- обізнаність про соціальні ресурси збільшилася майже удвічі: понад 80 % родин почали активно користуватися можливостями соціальної підтримки, консультацій та участі у громадських заходах.

Таким чином, у процесі реалізації програми вдалося досягти стійкого позитивного ефекту: родини ветеранів не лише подолали частину внутрішніх кризових станів, а й здобули ресурси для подальшого розвитку та інтеграції в соціальне середовище. Порівняння з результатами констатувального етапу підтвердило, що комплексна програма сімейної терапії та психосоціального консультування є ефективним інструментом у відновленні як сімейних відносин, так і психологічного благополуччя членів родини. Узагальнені результати представлені в таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3.

Порівняльні результати (до і після програми)

Рівні	Критерії									
	Рівень сімейної згуртованості		Емоційний клімат у сім'ї		Комунікативні навички		Рівень конфліктності		Психологічна адаптація родини	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Високий	15%	25%	15%	40%	10%	30%	45%	15%	10%	40%
Середній	45%	50%	35%	40 %	35%	50 %	40%	50%	30%	30%
Низький	40%	15%	50%	20%	55%	20%	15%	35%	60%	25%

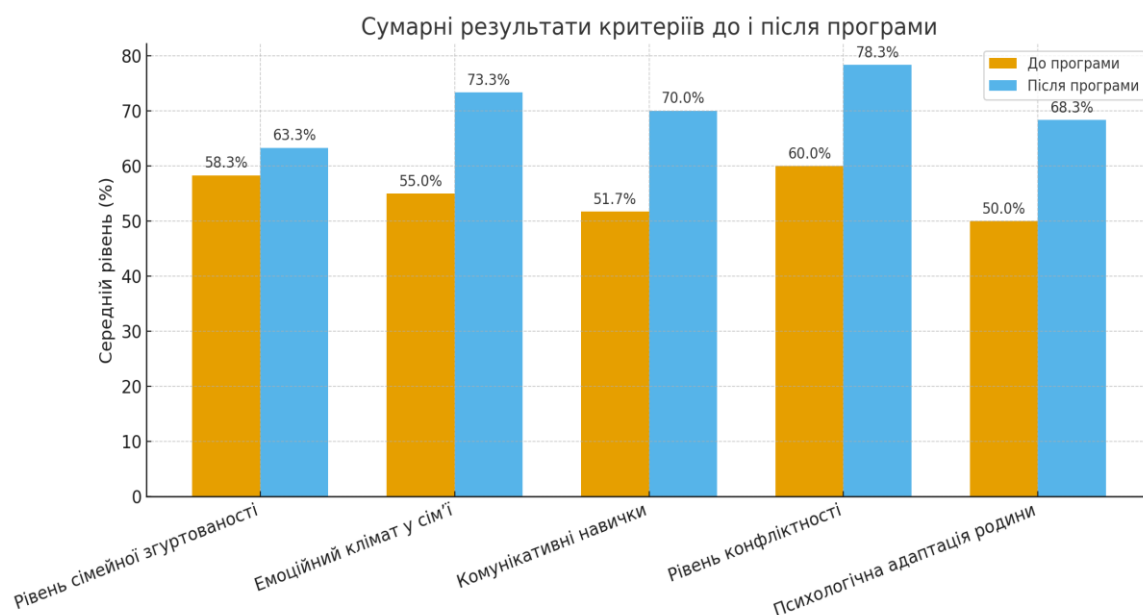


Рис. 2.1.2. Загальний середній рівень критеріїв до і після програми.

Отже, реалізація програми сімейної терапії та психосоціального консультування для 30 родин ветеранів війни упродовж травня–серпня довела свою ефективність та доцільність у сучасних умовах. Проведена робота показала, що саме комплексний підхід, який поєднує психотерапевтичну підтримку, психосоціальне консультування та групові форми взаємодії, є найбільш результативним у процесі стабілізації та розвитку сімей ветеранів.

Завдяки програмі спостерігаються такі позитивні зміни:

- зменшення рівня сімейних конфліктів та напруженості у стосунках;
- зростання рівня сімейної згуртованості та взаємопідтримки;
- покращення емоційного клімату в родинях;
- формування у подружжя та дітей конструктивних комунікативних навичок;
- зростання обізнаності сімей про соціальні ресурси та створення ініціативної групи взаємодопомоги.

Отримані результати підтверджують, що сімейна терапія та психосоціальне консультування сприяють не лише покращенню

внутрішньосімейних відносин, але й допомагають родинам ветеранів активніше інтегруватися у громаду та долати наслідки травматичного досвіду. Така програма може слугувати моделлю підтримки родин ветеранів у громадах України, а її досвід – основою для розробки державних та місцевих ініціатив із соціально-психологічної реабілітації.

2.3. Рекомендації щодо застосування сімейної терапії та психосоціального консультування у роботі з родинами ветеранів війни.

В умовах збройної агресії та тривалого воєнного конфлікту значна кількість українських родин стикається з проблемами, пов'язаними з поверненням ветеранів із зони бойових дій. Психологічні наслідки війни – посттравматичний стресовий розлад, тривожні та депресивні стани, соматичні симптоми – стають причиною дезадаптації як самого ветерана, так і всієї родини. За таких умов особливої актуальності набувають сімейна терапія та психосоціальне консультування, які спрямовані на відновлення внутрішньосімейної гармонії, підвищення рівня згуртованості та розвиток ефективних моделей комунікації.

Одним із ключових завдань є інтеграція різних форм підтримки:

- індивідуальна терапія для ветерана з метою опрацювання травматичного досвіду;
- сімейна терапія для корекції порушених комунікативних моделей та розподілу ролей у родині;
- групова робота (групи підтримки для дружин, дітей, батьків військових), що сприяє обміну досвідом та взаємній допомозі.

Такий підхід дозволяє врахувати багаторівневість проблеми, зокрема психологічні, соціальні та культурні чинники.

Повернення ветерана до сім'ї нерідко супроводжується конфліктами, труднощами у взаєморозумінні, зниженням довіри. Для подолання цих проблем рекомендується:

- застосування технік ненасильницької комунікації;

- тренування навичок активного слухання, емпатійного відгуку;
- використання методів рольових ігор, психодрами для відпрацювання складних комунікативних ситуацій.

Розвиток конструктивної взаємодії сприяє зменшенню рівня конфліктності та зміцненню почуття єдності в родині.

Сімейна терапія покликана не лише долати кризи, але й підвищувати ресурси сімейної системи. Доцільним є використання:

- арт-терапії та музикотерапії для відновлення позитивних емоційних зв'язків;
- спільних сімейних тренінгів, спрямованих на формування нових традицій та ритуалів, які зміцнюють сімейну ідентичність.

Важливим елементом консультування є інформування членів родини про особливості психічного стану ветерана. Рекомендовано:

- пояснення механізмів виникнення ПТСР та його проявів;
- навчання технікам саморегуляції (дихальні вправи, тілесно-орієнтовані методики, майндфулнес-практики);
- профілактика емоційного вигорання у членів сім'ї, які беруть на себе функції підтримки ветерана.

Діти ветеранів нерідко переживають емоційну відстороненість батька або матері, що повернулися з війни. Для відновлення цього зв'язку рекомендується:

- використання ігрової та арт-терапії для вираження емоцій дитини;
- спільні заняття «батько/мати-дитина», які сприяють налагодженню емоційного контакту;
- консультування батьків щодо ефективних методів виховання в умовах післявоєнної адаптації.

Сімейна терапія повинна поєднуватися з ширшими психосоціальними інтервенціями:

- створення груп взаємодопомоги для родин ветеранів;

- співпраця з громадськими організаціями, ветеранськими центрами, соціальними службами;
- залучення медичних фахівців, педагогів, духовних наставників для формування багаторівневої системи допомоги.

У процесі роботи з родинами ветеранів важливо враховувати культурний, регіональний та релігійний контекст. Ефективність підвищує:

- використання різних моделей сімейної терапії (структурної, когнітивно-поведінкової, нарративної, системної);
- врахування національних традицій, цінностей та патріотичного досвіду родини;
- адаптація програм консультування до українського соціокультурного середовища.

Отже, застосування сімейної терапії та психосоціального консультування у роботі з родинами ветеранів війни є необхідним інструментом відновлення сімейних стосунків, зниження конфліктності та забезпечення психологічної адаптації всієї родини. Вони створюють умови для підвищення якості життя ветеранів і членів їхніх сімей, а також сприяють зміцненню соціальної згуртованості в суспільстві.

Висновки до другого розділу

У другому розділі кваліфікаційної роботи було здійснено експериментальне дослідження ефективності використання сімейної терапії та психосоціального консультування у подоланні наслідків війни в родинях ветеранів. Отримані результати дали змогу не лише підтвердити доцільність використання зазначених методів, але й конкретизувати їхній вплив на ключові аспекти функціонування сімейної системи.

Було визначено основні завдання, етапи та методичний інструментарій експерименту. Дослідження охоплювало кількісні та якісні методи збору інформації, зокрема психодіагностичні тести, опитувальники та бесіди. Особлива увага приділялася виявленню рівня сімейної згуртованості, емоційного клімату в сім'ї, сформованості комунікативних навичок, рівня конфліктності та показників психологічної адаптації. Це дало змогу комплексно оцінити стан родин ветеранів до початку впровадження програми корекційно-консультативної роботи.

Результати експерименту засвідчили позитивну динаміку у сім'ях, які брали участь у програмі:

- Рівень сімейної згуртованості зріс, що свідчить про посилення почуття єдності, взаємної підтримки та відповідальності за спільне майбутнє.
- Емоційний клімат у сім'ях покращився, що проявлялося у більшій довірі, теплій атмосфері спілкування та зниженні емоційної напруги.
- Комунікативні навички членів родини зміцнилися: вони почали використовувати більш конструктивні форми спілкування, частіше проявляти емпатію та активне слухання.
- Рівень конфліктності значно знизився: суперечки ставали менш частими та менш деструктивними, зростала готовність до компромісів.
- Психологічна адаптація родини поліпшилася, що виражалось у кращій здатності долати стрес, приймати зміни та знаходити ресурси для спільного розвитку.

Таким чином, проведена оцінка довела результативність застосування сімейної терапії та психосоціального консультування як методів корекції та відновлення сімейних стосунків у родинах ветеранів війни.

На основі результатів дослідження були розроблені практичні рекомендації для фахівців соціальної сфери та психологів такі як: необхідність комплексного підходу, що включає індивідуальну, парну та сімейну терапію; пріоритетність роботи над розвитком комунікації, зниженням конфліктності та формуванням навичок ненасильницького спілкування; використання психоедукації, арт-терапії, тренінгових програм і методів когнітивно-поведінкової терапії для розширення ресурсів сімейної системи; залучення соціальних інституцій та партнерських організацій до підтримки родин ветеранів; гнучке врахування культурних і соціальних особливостей українських сімей у післявоєнних умовах.

Проведене дослідження підтвердило, що сімейна терапія та психосоціальне консультування є ефективними інструментами подолання психологічних і соціальних наслідків війни в родинах ветеранів. Їх застосування сприяє відновленню гармонії у стосунках, покращенню емоційного клімату, зміцненню сімейних зв'язків та адаптаційних можливостей. Це обґрунтовує необхідність системного впровадження подібних практик у діяльність соціальних служб, центрів психологічної допомоги та ветеранських організацій.

ВИСНОВКИ

Узагальнення результатів кваліфікаційного дослідження «Сімейна терапія та психосоціальне консультування як інструменти відновлення стосунків у родинах ветеранів війни» засвідчує досягнення поставленої мети, послідовне розв'язання всіх завдань і надає підстави для таких висновків.

Проблема психосоціальної підтримки та відновлення сімейних взаємин у родинах ветеранів війни становить значний інтерес для українських і зарубіжних науковців, психологів та соціальних працівників. Водночас аспект комплексного застосування сімейної терапії та психосоціального консультування саме у контексті подолання наслідків бойової травми та реінтеграції ветеранів у сімейне й суспільне життя тривалий час залишався недостатньо розробленим у вітчизняних дослідженнях. Це зумовлює його актуальність і практичну значущість, особливо в умовах війни та післявоєнного відновлення, коли суспільство гостро потребує ефективних моделей підтримки, здатних знизити рівень сімейної дезадаптації, попередити конфлікти та сприяти збереженню цілісності й психологічної стійкості родин ветеранів.

1. На основі систематизації наукових джерел, практичних кейсів і даних власного дослідження описано спектр психосоціальних проблем, що виникають у ветеранів війни та їхніх родин, а також механізми їхнього впливу на сімейні взаємини. До найпоширеніших труднощів віднесено симптоматику ПТСР (гіперзбудження, нав'язливі спогади, уникання), депресивні стани (втрата інтересу, емоційне “загальмування”, провина) та тривожні розлади (постійна настороженість, соматичні прояви). У сімейному вимірі ці явища проявляються як емоційне відчуження, порушення комунікації, підвищена конфліктність, нерівномірний розподіл ролей і відповідальності, криза довіри та зниження згуртованості. Показано, що травматичний досвід ветерана впливає на партнерські та батьківсько-дитячі стосунки через три взаємопов'язані канали: індивідуальні симптоми та копінг-стратегії; сімейні

патерни реагування на стрес (ескалація/уникання); соціальні детермінанти (економічні труднощі, доступ до послуг, стигма). Сукупна дія цих чинників ускладнює повернення до мирного життя, підвищує ризики сімейних криз і потребує цілеспрямованих сімейно-орієнтованих втручань.

2. Було проаналізовано основні підходи сімейної терапії у контексті роботи з родинами ветеранів та обґрунтовано їхню комплементарність. Системний/структурний підхід дозволяє бачити сім'ю як цілісну динамічну систему, ідентифікувати дисфункційні межі, коаліції й правила взаємодії та цілеспрямовано їх реконструювати, відновлюючи безпечну ієрархію і щоденні рутинні практики підтримки. Когнітивно-поведінковий підхід (у сімейній оптиці) фокусується на зміні дезадаптивних переконань і поведінкових патернів, розвитку навичок емоційної регуляції, проблем-солвінгу та конструктивної комунікації (I-messages, активне слухання, техніки деескалації). Емоційно-фокусована терапія працює з прив'язаністю та емоційною безпекою, допомагає партнерам розпізнавати первинні емоції, знижувати реактивність і формувати нові цикли взаємодії «зближення – підтримка», що критично важливо при ПТСР. Показано, що ефективність зростає за умов поєднання моделей, культурно чутливої адаптації протоколів (з урахуванням українського контексту війни), мультидисциплінарної співпраці та поетапності роботи (стабілізація – реструктурування – консолідація змін).

3. З'ясовано сутність і завдання психосоціального консультування родин ветеранів як інтегрованої практики на перетині психологічної допомоги, соціальної підтримки та адвокації доступу до послуг. Визначено ключові функції консультування: первинна оцінка потреб родини та планування допомоги; психоедукація щодо ПТСР і супутніх розладів; розвиток навичок стрес-менеджменту та саморегуляції; посилення внутрішньосімейних ресурсів і мереж соціальної підтримки; навігація сервісами (медицина, соціальний захист, реабілітація); профілактика конфліктів і насильства; підтримка батьківських компетентностей.

Обґрунтовано доцільність комбінування індивідуальних, сімейних і групових форматів, залучення підходів «рівний-рівному» та партнерства з ветеранськими організаціями. Запропоновано етапність консультування: від встановлення безпеки та довіри – до розвитку навичок і ресурсів – і далі до інтеграції змін у щоденне життя сім'ї з подальшим моніторингом.

4. Аналіз теоретичних джерел та проведення первинної діагностики на констатувальному етапі засвідчили переважно низький і середній рівень сімейного функціонування, емоційної безпеки та якості комунікації в родинях ветеранів, що зумовило необхідність упровадження й апробації програми «Відновлення сімейної взаємодії» як комбінованого втручання сімейної терапії та психосоціального консультування. Програма включала стабілізаційний модуль (психоедукація щодо ПТСР, тривоги й депресії; формування правил безпеки; кризові плани; базові техніки саморегуляції), комунікаційно-терапевтичний модуль (сімейні сесії у логіці системного/структурного підходу, КППТ-інструменти для зміни дезадаптивних переконань і поведінкових патернів, ЕФТ-інтервенції для відновлення емоційної близькості та прив'язаності), а також інтеграційний модуль (домашні практики та «мікро-ритуали» підтримки, групи взаємодопомоги, кейс-менеджмент і навігація сервісами, міжвідомча взаємодія з соціальними службами, закладами охорони здоров'я та ветеранськими організаціями). Програма супроводжувалася менторською та інформаційною підтримкою і безперервною рефлексією учасників (щоденники, супервізійні обговорення), а її результативність оцінювалася за процедурою до- та післятестування із залученням контрольної й експериментальної груп. Після апробації було проведено вторинну діагностику, яка засвідчила ефективність втручання: зафіксовано достовірні відмінності між показниками контрольної та експериментальної груп до і після участі у програмі (зменшення сімейної конфліктності, підвищення згуртованості, покращення якості комунікації, зростання відчуття емоційної безпеки, зниження рівня тривожності й депресивності). Отримані результати були досягнуті з урахуванням таких

умов: враховано сукупність положень, що формують теоретичні основи сімейно-орієнтованої, травма-інформованої допомоги; проаналізовано та враховано особливості впливу бойової травми на партнерські та батьківсько-дитячі стосунки; розроблено й упроваджено програму з чіткими модулями стабілізації, терапевтичної роботи та інтеграції; застосовано методи, що активізують конструктивні копінг-стратегії, емоційну регуляцію та навички ефективної взаємодії; забезпечено систематичну взаємодію сімей з інституціями підтримки на рівні громади; у процесі реалізації програми здійснювався постійний моніторинг і корекція індивідуальних планів з урахуванням динаміки потреб і ресурсів родин.

5. Враховуючи специфіку отриманих результатів, розроблено практичні рекомендації з упровадження терапевтичної та консультувальної роботи з родинами ветеранів в українських реаліях. Запропоновано інтегрувати сімейно-орієнтовані підходи у місцеві програми підтримки ветеранів; розвивати міжвідомчу взаємодію (соціальні служби – охорона здоров'я – освіта – ветеранські об'єднання); забезпечити підготовку фахівців до роботи з травмою, вторинною травматизацією та професійним вигоранням. Рекомендовано: стандартувати скринінг сімейних потреб і ризиків; поєднувати системний, КПТ і ЕФТ-модулі залежно від профілю запиту; запроваджувати групи взаємодопомоги та програми «рівний-рівному»; забезпечити психоедукацію для родин і роботодавців; розвивати кейс-менеджмент і навігацію сервісами; створити механізми моніторингу результатів (індикатори сімейної функціональності, якості життя, повторних звернень) і зворотного зв'язку для корекції програм.

Виконання окреслених завдань дозволяє стверджувати про успішну реалізацію дослідження: теоретично обґрунтовано вплив воєнної травми на сімейну систему, встановлено можливості й межі ключових підходів сімейної терапії у ветеранському контексті, конкретизовано зміст і алгоритм психосоціального консультування, емпірично підтверджено результативність комбінованої програми та підготовлено практичні рекомендації для

масштабування в Україні. Практична цінність роботи полягає у можливості безпосереднього використання матеріалів у діяльності соціальних служб, центрів психологічної допомоги, реабілітаційних підрозділів і навчальних курсів для фахівців.

Таким чином, гіпотеза дослідження підтверджена: комплексне застосування сімейної терапії у поєднанні з психосоціальним консультуванням, за умови поетапної реалізації, міжвідомчої співпраці та культурно чутливої адаптації, сприяє відновленню гармонії стосунків у родинях ветеранів, підвищенню їхньої психологічної стійкості та успішній соціальній реінтеграції. Перспективи подальших наукових пошуків убачаємо у довготривалому відстеженні стійкості отриманих ефектів, розробці диференційованих протоколів для різних типів сімей, оцінюванні впливу спільнотних практик і програм «рівний-рівному», а також у створенні національних методичних стандартів сімейно-орієнтованої допомоги ветеранам.

ДЕКЛАРАЦІЯ ВИКОРИСТАННЯ ГШІ

Автори заявляють про використання генеративного ШІ у процесі дослідження та підготовки рукопису. Відповідно до таксономії GAIDeT (2025), наведені нижче завдання були делеговані інструментам генеративного ШІ за повного людського нагляду:

- Генерування ідей
- Пошук і систематизація літератури
- Формулювання висновків
- Переклад

Використаний інструмент генеративного ШІ: ChatGPT-5.

Повну відповідальність за фінальний рукопис несуть автори.

Інструменти генеративного ШІ не зазначаються як автори та не несуть відповідальності за кінцеві результати.

Декларацію подав(ла): Дергачова Тетяна

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бочарова В. Г. Сімейна психологія: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2019.
2. Братко М. І. Основи психосоціального супроводу клієнтів. Львів: Видавництво ЛНУ, 2015.
3. Васильченко О. М. Соціальна робота з ветеранами війни та їх сім'ями. Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2020.
4. Васильєва О. С. Сімейна психологія: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2020.
5. Волкова Н. П. Психологія сімейних відносин. Київ: Академія, 2018.
6. Волошина Л. І. Сімейне консультування в умовах посттравматичного стресу: особливості роботи з родинами ветеранів. *Психологічний журнал*. 2021. № 2 (12). С. 33–41.
7. Грінберг Л. Емоційно-фокусована терапія сім'ї. Київ: Університетська книга, 2016.
8. Іванова Н. В. Психосоціальне консультування як інструмент підтримки сімей у кризових умовах. *Практична психологія та соціальна робота*. 2022. № 5. С. 23–29.
9. Іванова Т. Л. Сімейна психотерапія в роботі з ветеранами: теорія і практика. Харків: ХНПУ ім. Сковороди, 2021.
10. Клименко О. В. Психосоматичні розлади в структурі тривожних станів: клініко-психопатологічна характеристика. *Український вісник психоневрології*. 2020. № 2 (107). С. 41–45.
11. Кочубей Т. І. Психосоціальна підтримка в умовах війни: досвід роботи з родинами військовослужбовців. *Соціальна робота і сучасність*. 2021. № 3 (15). С. 45–53.
12. Коробейников Г. В., Дьяків С. Ю. Психологічна допомога військовослужбовцям та їхнім родинам: методичні рекомендації. Київ: НДЦ МОУ, 2022.

13. Лашко О. В., Вареня Т. В., Тимофієв В. Г., Кошова І. В., Петрушко Є. М., Орловська Н. М., Циганкова Г. Ю., Тернопольська І. Д., Діденко О. В. Путівник для ветеранів і членів їхніх родин у межах системи надання психологічної, медико-психологічної, психіатричної допомоги. Київ: Український ветеранський фонд, 2023. 38 с.
14. Лебедєва Н. М. Соціально-психологічна допомога в кризових ситуаціях. Київ: Академія, 2018.
15. Максименко С. Д. Психологія травми: теорія і практика. Київ: Наук. думка, 2020.
16. Мінкін Р. М., Греченко Т. В. Психосоціальне консультування: теорія і практика. Київ: Університет «Україна», 2020.
17. Монтейру М. Ж. Системний підхід у соціальній роботі. Київ: Академвидав, 2019.
18. Москаленко В. В. Психологія адаптації військовослужбовців після участі в бойових діях. Київ: Ніка-Центр, 2020.
19. Москалець О. О. Психосоціальне консультування родин учасників бойових дій: теоретичні аспекти. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2019. № 4. С. 82–88.
20. Наказ МОЗ України № 385 від 19.03.2018 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню». https://zakon.rada.gov.ua/go/z0126-24?utm_source=chatgpt.com (дата звернення: 15.10.2025).
21. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Методичні рекомендації з психосоціальної підтримки ветеранів війни та їх сімей. Київ: МОЗ України, 2023.
22. Овчарова Р. В. Психологія соціальної адаптації особистості. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2011.
23. Особливості надання психологічної підтримки сім'ям ветеранів війни в Україні. URL: <https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/48591/2/MCTD->

[HPC 2025 Kozak O-Peculiarities of providing 18-20.pdf](#) (дата звернення: 15.10.2025).

24. Сердюк А. М., Козяр М. Я., Хаустова О. О. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок участі у бойових діях: клініко-соціальні аспекти. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, № 1 (86). С. 25–29.

25. Український центр практичної психології і соціальної роботи. Психосоціальна підтримка у кризових ситуаціях: методичний посібник. Київ, 2022.

26. Хаустова О. О. Тривожні розлади: сучасні підходи до діагностики та лікування. *Український вісник психоневрології*. 2019. Т. 27, № 2 (99). С. 17–23.

27. Шевченко Р. П. Соціальна інтеграція та підтримка родин ветеранів. *Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції*. Дніпропетровськ: Дніпропетровський державний університет внутрішніх справ, 2024. 225 с.

28. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: APA, 2013.

29. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Washington: APA, 2017.

30. American Psychological Association. Best Practices in Working with Military Families. Washington: APA, 2022.

31. Beck A. T., Steer R. A., Brown G. K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996.

32. Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice. New York: Jason Aronson, 1978.

33. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.

34. Carver C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*. 1997. Vol. 4, no. 1. P. 92–100.
35. Carr A. Family Therapy: Concepts, Process and Practice. 2nd ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2012.
36. Connor K. M., Davidson J. R. T. Development of a new resilience scale: The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003. Vol. 18, no. 2. P. 76–82.
37. Corey G. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. 10th ed. Boston: Cengage Learning, 2017.
38. Dattilio F. M., Epstein N. B. Cognitive-behavioral therapy with families. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2005. Vol. 12, no. 4. P. 558–572.
39. Figley C. R. Trauma and Families: A Systems Perspective. New York: Routledge, 2014.
40. Goldenberg H., Goldenberg I. Family Therapy: An Overview. 8th ed. Belmont: Cengage Learning, 2013.
41. Goldenberg H., Goldenberg I. Family Therapy: An Overview. 8th ed. Belmont, CA: Brooks/Cole, 2012.
42. Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. New York: Basic Books, 2015.
43. Hoge C. W., Auchterlonie J. L., Milliken C. S. Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition From Military Service After Returning From Deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006. Vol. 295, no. 9. P. 1023–1032.
44. Johnson S. Емоційно-фокусована терапія подружніх пар. Київ: Наш формат, 2019.
45. Lebow J. Couple and Family Therapy: An Integrative Map of the Territory. Washington: American Psychological Association, 2014.

46. Litz B. T., Schlenger W. E. PTSD in service members and new veterans of the Iraq and Afghanistan wars: A bibliography and synthesis. PTSD Research Quarterly. 2009. Vol. 20, no. 1. P. 1–8.
47. McGoldrick M., Carter B. The Expanded Family Life Cycle: Individual, Family, and Social Perspectives. Boston: Allyn & Bacon, 2011.
48. McGoldrick M., Gerson R., Petry S. The Genogram Journey: Reconnecting with Your Family. New York: Norton, 2020.
49. Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1974.
50. Minuchin S. Families and Family Therapy. Harvard University Press, 2009.
51. Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2012.
52. Nichols M. P., Davis S. D. Family Therapy: Concepts and Methods. 11th ed. Boston: Pearson, 2016.
53. Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y). Consulting Psychologists Press.
54. Suchikova Y., Tsybuliak N., & Teixeira da Silva J. A. & Nazarovets S. GAIDeT (Generative AI Delegation Taxonomy): A taxonomy for humans to delegate tasks to generative artificial intelligence in scientific research and publishing. *Accountability in Research*, in press. 2025. <https://doi.org/10.1080/08989621.2025.2544331> (дата звернення: 15.10.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А.

Шкала тривожності Гамільтона (НАМ-А).

Мета: оцінка рівня тривожності у досліджуваних осіб, виявлення ступеня вираженості соматичних та психічних симптомів.

Автор: М. Hamilton, 1959 р.

Шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюється від 0 (відсутність симптомів) до 4 (дуже сильна вираженість).

№	Симптом / питання	Оцінка (0–4)
1	Відчуття тривоги, страху, передчуття небезпеки	
2	Напруга, дратівливість, неможливість розслабитись	
3	Страхи (темряви, натовпу, залишитись одному, соціальні страхи)	
4	Безсоння (труднощі засинання, часті пробудження, раннє пробудження)	
5	Когнітивні симптоми (труднощі концентрації, забудькуватість)	
6	Депресивний настрій (сум, безнадія, плаксивість)	
7	Соматичні (м'язові) симптоми (напруга, біль, посмикування)	
8	Соматичні (сенсорні) симптоми (шум у вухах, зорові розлади, поколювання)	
9	Серцево-судинні симптоми (тахікардія, біль у грудях, запаморочення)	
10	Дихальні симптоми (задишка, відчуття стискання в грудях)	
11	Шлунково-кишкові симптоми (нудота, діарея, біль у животі)	
12	Сечостатеві симптоми (часте сечовипускання, відсутність лібідо)	
13	Вегетативні симптоми (пітливість, сухість у роті, головний біль)	
14	Поведінкові прояви тривоги (рухове занепокоєння, непосидючість)	

Підрахунок результатів: 0–13 балів – норма; 14–17 – легка тривожність; 18–24 – помірна; 25–30 – виражена; 31+ – сильна патологічна тривога.

Опитувальник депресії Бека (BDI-II)

Мета: оцінка інтенсивності депресивної симптоматики у дорослих.

Автор: А. Beck, 1961 р. (оновлена версія – 1996 р.)

Опитувальник складається з 21 пункту. Кожен пункт має 4 варіанти відповіді (0–3), що відображають ступінь вираженості симптомів.

№	Симптом / питання	Оцінка (0–3)
1	Смуток	
2	Песимізм	
3	Почуття провини	
4	Плаксивість	
5	Безсоння	
6	Втома / зниження енергії	
7	Втрата інтересу	
8	Почуття меншовартості	
9	Порушення концентрації	
10	Зміна апетиту	
11	Зниження лібідо	
12	Дратівливість	
13	Соматичні скарги	
14	Почуття провини щодо минулого	
15	Нездатність до прийняття рішень	
16	Самозвинувачення	
17	Безнадійність	
18	Почуття самотності	
19	Зниження мотивації	
20	Втрата задоволення від життя	

Інтерпретація: 0–9 – відсутність або мінімальні прояви; 10–18 – легка депресія; 19–29 – помірна; 30–63 – важка депресія.

Шкала сімейної комунікації (Family Communication Scale – FCS)

Мета: оцінити якість сімейного спілкування — відкритість, довіру, підтримку та взаєморозуміння.

Автори: D. Olson, D. Gorall, J. Tiesel (США, 2004).

Інструкція: оцініть, наскільки ви згодні з кожним твердженням щодо того, як ваша сім'я спілкується. Оберіть відповідь за 5-бальною шкалою: 1 – зовсім не згоден, 5 – повністю згоден.

№	Твердження	Оцінка (1–5)
1	У нашій сім'ї ми відкрито ділимося своїми почуттями.	
2	Ми уважно слухаємо одне одного.	
3	Кожен має можливість висловити свою думку.	
4	Ми можемо говорити навіть про неприємні речі.	
5	Ми розмовляємо один з одним про важливі питання.	
6	Ми довіряємо одне одному.	
7	Ми підтримуємо один одного під час труднощів.	
8	Ми обговорюємо свої проблеми, а не замовчуємо їх.	
9	Ми намагаємося зрозуміти почуття інших членів родини.	
10	Ми задоволені тим, як спілкуємось у нашій сім'ї.	

Підрахунок: підсумуйте всі оцінки (мінімум 10, максимум 50). 10–25 – низький рівень комунікації; 26–39 – середній; 40–50 – високий рівень.

Методика оцінки стилю спілкування

Мета: визначити домінуючий стиль спілкування людини у сімейному контексті.

Інструкція: оцініть, наскільки наведені твердження вам притаманні, за шкалою 0–3 (0 – не притаманно, 3 – часто).

№	Твердження	Оцінка (0–3)
1	У розмові я часто намагаюся довести, що маю рацію.	
2	У спілкуванні прагну уникати конфліктів будь-якою ціною.	
3	Мені важливо, щоб усі були задоволені.	
4	Я легко підлаштовуюсь під співрозмовника.	
5	Я часто даю поради, навіть коли мене про це не просять.	
6	Коли мене критикують, я намагаюся виправдатися.	

7	Під час сварки я можу підвищити голос.	
8	Я намагаюсь тримати емоції при собі.	
9	Часто беру на себе відповідальність навіть за чужі помилки.	
10	Я часто ставлю запитання, щоб краще зрозуміти співрозмовника.	

Інтерпретація: Переважають твердження 1, 5, 7 → Домінантний стиль (агресивний). Переважають 2, 8 → Пасивний (уникаючий). Переважають 3, 4, 9 → Поступливий (гармонізуючий). Переважають 10, 6 → Аналізуючий (раціональний). Оптимальним вважається збалансований стиль — поєднання відкритості, емпатії та здатності висловлювати позицію без тиску.

Опитувальник визначення стилів поведінки у конфлікті (Томаса–Кілмана)

Мета: визначити переважний стиль поведінки особи у конфліктних ситуаціях.

Автори: К. Thomas, R. Kilmann (США, 1974).

Методика базується на виділенні п'яти стратегій поведінки: суперництво, співробітництво, компроміс, уникнення, пристосування.

Інструкція: оберіть один із двох варіантів у кожній парі тверджень, який найточніше описує вашу типову поведінку у конфлікті.

№	Варіант А	Варіант Б
1	Я намагаюсь відстояти власну позицію.	Я намагаюсь знайти рішення, яке задовольнить обох.
2	Іноді поступаюся, щоб уникнути сварки.	Я наполягаю на своєму, якщо впевнений у правоті.
3	Я шукаю компроміс, навіть якщо не зовсім задоволений.	Я уникаю конфліктних тем.
4	Я прагну співпрацювати з іншими, щоб знайти спільне рішення.	Я дозволяю іншому вирішити, як буде краще.
5	Я відстоюю свої інтереси, навіть якщо це не подобається іншим.	Я намагаюсь підтримати спокій у відносинах

Підрахунок результатів: за підрахунком відповідей визначається переважна стратегія поведінки у конфлікті:

- Суперництво (домінування)
- Співробітництво
- Компроміс
- Уникнення
- Пристосування.

Шкала сімейної конфліктності

Мета: оцінити рівень конфліктності у сімейних стосунках — частоту, інтенсивність та способи розв'язання суперечностей.

Автори: адаптація на основі Family Environment Scale (Н. Moos, Е. Moos, 1981).

Інструкція: оцініть, наскільки наведені твердження відповідають вашій родині, за 4-бальною шкалою: 1 – ніколи, 2 – рідко, 3 – часто, 4 – дуже часто.

№	Твердження	Оцінка (1–4)
1	У нашій сім'ї часто виникають суперечки.	
2	Ми часто критикуємо один одного.	
3	Під час конфлікту хтось підвищує голос.	
4	Ми рідко обговорюємо проблеми спокійно.	
5	У нашій сім'ї часто згадують минулі образи.	
6	Після конфлікту ми довго не спілкуємось.	
7	Ми часто сперечаємося через дрібниці.	
8	У конфлікті кожен наполягає на своєму.	
9	Ми легко миримося після сварки.	

Підрахунок: підсумуйте бали (мінімум 10, максимум 40). 10–20 – низька конфліктність; 21–30 – середня; 31–40 – висока конфліктність.

Фрагмент опитувальника сімейної згуртованості та адаптивності
(FACES-IV)

Мета: визначення рівня згуртованості та адаптивності у сімейній системі.

Автори: D.H. Olson, J. Gorall, D. Tiesel (2006).

Адаптація: використовується в українських дослідженнях сімейного функціонування та психологічного клімату.

Інструкція: Оцініть, наскільки ви згодні з кожним твердженням, за 5-бальною шкалою:

1 – зовсім не згоден

2 – скоріше не згоден

3 – важко сказати

4 – скоріше згоден

5 – повністю згоден

№	Твердження	Оцінка (1-5)
1	Члени нашої сім'ї підтримують одне одного під час складних ситуацій.	
2	У нашій родині ми відкрито говоримо про свої почуття	
3	Коли потрібно прийняти важливе рішення, ми робимо це спільно.	
4	Ми часто проводимо час разом як сім'я.	
5	У нашій сім'ї є труднощі з узгодженням рішень між дорослими і дітьми.	

Опитувальник FACES-IV використовується для комплексної оцінки функціонування сім'ї відповідно до Циркулярної моделі сімейних систем Олсона.

- Високі показники балансованих підшкал свідчать про здорове функціонування сімейної системи (висока згуртованість і гнучкість).

- Високі показники небалансованих підшкал вказують на порушення у комунікації, конфліктність або надмірну контрольованість у родині.

Діадична шкала задоволеності стосунками (Dyadic Adjustment Scale – DAS, фрагмент)

Мета: оцінити якість партнерських стосунків у парі (задоволеність, узгодженість, конфлікти, підтримка).

Автори: Spanier, 1976.

Адаптація: українська версія, адаптована для психологічних досліджень сімейних систем.

Інструкція: Прочитайте кожне твердження і оберіть відповідь, яка найточніше описує вашу ситуацію. Використовується шкала від 0 до 5 або 1 до 6 (залежно від підшкали).

№	Твердження	Відповідь
1	Я задоволений (а) тим, як ми проводимо разом вільний час.	
2	Ми часто обговорюємо важливі рішення разом.	
3	Я задоволений(а) тим, як ми вирішуємо суперечки.	
4	У нашій парі є взаємна підтримка у складних ситуаціях	
5	Я задоволений(а) нашою емоційною близькістю.	

Пояснення та інтерпретація: Високі сумарні бали свідчать про гармонійні стосунки, високу задоволеність, ефективну комунікацію. Низькі бали — ознака конфліктності, незадоволеності або дисгармонії у парі. Методика дозволяє відстежувати зміни задоволеності до і після психосоціального консультування чи сімейної терапії.

Шкала соціальної адаптації Холмса (Holmes & Rahe Social Readjustment
Rating Scale – SRRS, фрагмент)

Мета: оцінити рівень стресових життєвих подій та їх вплив на адаптацію особи.

Автори: Holmes, Rahe, 1967.

Адаптація: українська версія, застосовується для оцінки психосоціальної стійкості та ризику стресових розладів.

Інструкція: Прочитайте список подій і позначте ті, які відбулися у вашому житті протягом останніх 12 місяців. Кожна подія має коефіцієнт балів (Life Change Units, LCU), що відображає ступінь стресу, спричиненого подією.

№	Подія	Бали	Сталася
1	Смерть близького родича	100	
2	Розлучення або розпад сім'ї	73	
3	Втручання у юридичні справи	53	
4	Різка зміна здоров'я	53	
5	Втрата роботи	47	
6	Початок нової роботи	39	
7	Відпустка або подорож	13	
8	Зміна фінансового стану	38	
9	Конфлікти з родичами	29	
10	Зміна соціального кола	20	

Інтерпретація результатів:

0–149 балів:	низький рівень стресу, адаптація, як правило, успішна.
150–299 балів	середній рівень стресу, існує підвищений ризик психосоматичних реакцій
300 і більше	високий рівень стресу, високий ризик серйозних проблем зі здоров'ям та адаптацією.