МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

на тему: ВПЛИВ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ УЧАСТІ У БОЙОВИХ ДІЯХ НА ПОБУДОВУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ ВЗАЄМОВІДНОСИН У СІМ'Ї

Виконала: студентка IV курсу,
групи 6.0533-з-с2
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми: «Психологія»
Зінченко Інна Юріївна
Керівник: канд. педагог. наук, доцент
кафедри дошкільної та початкової освіти
Самсонова О.О.
Рецензент: канд. психол. наук, доцент
кафедри психології Грандт В.В.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти бакалаврський
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітня програма: «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
В.о. завідувача кафедри психології
к.психол.н., доцент Н.О. Губа
_____
«___» _____ 2026 р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Зінченко Інні Юріївні

Тема роботи: Вплив психологічних наслідків участі у бойових діях на побудову військовослужбовцями взаємовідносин у сім'ї
керівник роботи Самсонова О.О., канд. педагог. наук, доцент кафедри дошкільної та початкової освіти
затверджені наказом ЗНУ від «08» грудня 2025 року №1780-с
2. Строк подання студентом роботи ____
3. Вихідні дані до роботи: аналіз психологічної, соціологічної та медичної літератури
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити ґрунтовний аналіз сутності психологічних наслідків участі у бойових діях; розкрити специфіку функціонування сімей військовослужбовців; виокремити ключові чинники дестабілізації подружньої взаємодії; провести емпіричне дослідження впливу ПТСР та агресивності на якість шлюбу; розробити практичні рекомендації щодо гармонізації сімейних взаємин та реадаптації ветеранів.
5. Перелік графічного матеріалу: 13 таблиць, 9 рисунків.

6. Консультанти розділів роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видала	Завдання прийняла
Вступ	Самсонова О.О., доцент		
Розділ 1	Самсонова О.О., доцент		
Розділ 2	Самсонова О.О., доцент		
Висновки	Самсонова О.О., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	грудень 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	січень 2026 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	лютий 2026 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	березень 2026 р.	Виконано
5	Написання висновків	квітень 2026 р.	Виконано
6	Передзахист	травень 2026 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	травень 2026 р.	Виконано

Студентка _____ І. Ю. Зінченко

Керівник роботи _____ О. О. Самсонова

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ І. І. Менсітов

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра складає: 53 сторінки, 13 таблиць, 9 рисунків, 60 джерел, 4 додатки.

Об'єкт дослідження – система сімейних та подружніх взаємовідносин військовослужбовців – учасників бойових дій.

Предмет дослідження – вплив психологічних наслідків участі у бойових діях (бойового стресу, посттравматичних станів, моральної травми) на побудову, функціонування та дестабілізацію взаємовідносин у сім'ї.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у комплексному теоретико-емпіричному аналізі механізмів впливу психологічних наслідків участі у бойових діях на функціонування сімейної системи військовослужбовця, а також у виокремленні ключових чинників, що детермінують порушення подружньої взаємодії.

Теоретико-методологічні засади: системний підхід до вивчення сім'ї, структурно-функціональний аналіз, комплекс стандартизованих психодіагностичних інструментів (опитувальники PCL-5, BPAQ-29, FACES-3, DAS) та методи непараметричної математичної статистики (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, U-критерій Манна-Уїтні).

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що систематизований у роботі теоретичний матеріал, наведені класифікації конфліктогенів та розкриті механізми вторинної травматизації можуть бути використані у практичній діяльності військових психологів, фахівців із соціальної роботи, кризових консультантів та сімейних терапевтів під час розробки протоколів психологічної реабілітації військовослужбовців.

УЧАСТЬ В БОЙОВИХ ДІЯХ, БОЙОВА ПСИХІЧНА ТРАВМА, ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, СІМ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ, ПОДРУЖНІ ВЗАЄМИНИ, СІМЕЙНА АДАПТАЦІЯ, АГРЕСИВНІСТЬ, ДІАДИЧНА ЗГУРТОВАНІСТЬ.

SUMMARY

Zinchenko I.Yu. The influence of psychological consequences of participation in combat operations on the building of family relationships by military personnel

The bachelor's qualification work consists of: 53 pages, 13 tables, 9 figures, 60 sources, 4 appendices.

Object of the study: the system of family and marital relations of military personnel – combat participants.

Subject of the study: the impact of the psychological consequences of participation in combat actions (combat stress, post-traumatic states, moral injury) on the development, functioning, and destabilization of family relationships.

The main aim of the paper consists in a comprehensive theoretical and empirical analysis of the mechanisms of the influence of psychological consequences of participation in combat actions on the functioning of the serviceman’s family system, as well as in the identification of key factors determining the disruption of marital interaction.

Theoretical and methodological basis: the systemic approach to family study, structural-functional analysis, a complex of standardized psychodiagnostic tools (PCL-5, BPAQ-29, FACES-3, DAS questionnaires), and methods of non-parametric mathematical statistics (Spearman's rank correlation coefficient, Mann-Whitney U-test).

The results obtained: the destructive impact of combat mental trauma on the quality of marital life has been empirically proven and statistically verified. It was found that 44% of the surveyed servicemen have clinically significant PTSD symptoms, which has a strong inverse relationship with a decrease in dyadic adjustment (r_s = -0.75). The main factors of marriage destabilization were identified: emotional avoidance, which blocks the ability to empathize, chronic hyperarousal, and a high level of verbal aggression and hostility. It is proved that the families of traumatized veterans lose cohesion, moving to a disengaged or rigid

type of functioning, where a rapid drop in intimacy and communicative distress is recorded. Based on the collected data, a three-level model of family readaptation (individual, dyadic, and systemic levels) has been developed, containing practical tools for psychoeducation, ecological anger management (tactical de-escalation algorithm), and the restoration of emotional intimacy through the creation of new safe rituals.

Key words: participation in combat actions, combat mental trauma, post-traumatic stress disorder, serviceman's family, marital relations, family adaptation, aggressiveness, dyadic cohesion.

ЗМІСТ

ВСТУП 8

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ БОЙОВОГО СТРЕСУ НА СІМЕЙНІ ВЗАЄМОВІДНОСИНИ 11

1.1. Психологічні наслідки участі у бойових діях: бойовий стрес, посттравматичні стани та моральна травма 11

1.2. Специфіка побудови та функціонування взаємовідносин у сім'ях військовослужбовців 16

1.3. Чинники дестабілізації сімейної системи та порушення подружньої взаємодії внаслідок бойової психічної травми 22

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЇХ ВПЛИВУ НА ВЗАЄМОВІДНОСИНИ У СІМ'ЯХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 28

2.1. Організація, процедура та методичне забезпечення емпіричного дослідження 28

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження 36

2.3. Практичні рекомендації щодо гармонізації сімейних взаємовідносин та психологічної реадаптації військовослужбовців після участі у бойових діях 47

ВИСНОВКИ 52

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 54

ДОДАТКИ 60

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Повномасштабна війна докорінно та незворотно змінила соціальний ландшафт українського суспільства. Безпрецедентна кількість громадян була залучена до сил оборони, і їхнє повернення із зони бойових дій у мирне, а точніше умовно мирне, середовище супроводжується глибокими психологічними трансформаціями. Досвід екстремального насильства, постійної вітальної загрози, втрати побратимів та надмірного фізичного виснаження не зникає після демобілізації чи ротації. Він перетворюється у складну сукупність психологічних наслідків: від тимчасових реакцій бойового стресу до стійких посттравматичних розладів та глибинної моральної травми.

Саме сім’я стає тим першим і головним реципієнтом, який приймає на себе основний удар цих «невидимих поранень». Традиційно родина військовослужбовця розглядається як ключовий терапевтичний ресурс у процесі адаптації. Проте на практиці вона сама виявляється надзвичайно вразливою до вторинної травматизації. Пов’язано це з тим, що бойова травма одного з членів родини неминуче вражає всю сімейну систему, призводячи до відчуження, рольових конфліктів, емоційного оніміння та, нерідко, до розпаду шлюбу.

Незважаючи на значний масив наукових праць, присвячених психологічним наслідкам участі у бойових діях (дослідження Дж. Біссона, Н. Грінберга, О. Кокуна, Т. Комар, Ю. Бриндікова, Ю. Попика, А. Меркера, Дж. Шея, Ш. Магвен та Б. Літца), специфіка саме сімейного виміру досліджуваного феномену в українських реаліях потребує глибшого теоретичного осмислення. Дефіцит розуміння того, як саме деформуються механізми подружньої взаємодії під тиском бойового досвіду, та як цивільним партнерам належним чином реагувати на ці зміни, зумовлює високий ризик сімейних криз. Гостра соціальна потреба у систематизації

знань щодо шляхів збереження сімей військовослужбовців та розробці ефективних механізмів їхньої реінтеграції визначає безперечну актуальність та важливість теми даної кваліфікаційної бакалаврської роботи.

Об’єкт дослідження – система сімейних та подружніх взаємовідносин військовослужбовців – учасників бойових дій.

Предмет дослідження – вплив психологічних наслідків участі у бойових діях (бойового стресу, посттравматичних станів, моральної травми) на побудову, функціонування та дестабілізацію взаємовідносин у сім’ї.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у комплексному теоретико-емпіричному аналізі механізмів впливу психологічних наслідків участі у бойових діях на функціонування сімейної системи військовослужбовця, а також у виокремленні ключових чинників, що детермінують порушення подружньої взаємодії.

Відповідно до поставленої мети було сформульовано такі завдання дослідження:

– здійснити ґрунтовний аналіз сутності психологічних наслідків участі у бойових діях (бойового стресу, посттравматичних станів та моральної травми);

– розкрити специфіку побудови та функціонування взаємовідносин у сім’ях військовослужбовців;

– виокремити та описати ключові чинники дестабілізації сімейної системи та порушення подружньої взаємодії внаслідок бойової психічної травми;

– провести емпіричне дослідження психологічних наслідків бойових дій та з’ясувати їх вплив на взаємовідносини у сім’ях військовослужбовців;

– за наслідками емпіричного дослідження розробити практичні рекомендації щодо гармонізації сімейних взаємовідносин та психологічної реадаптації військовослужбовців після участі у бойових діях.

Методи та методики дослідження. Для розв’язання поставлених завдань та досягнення мети роботи застосовувався комплекс

загальнонаукових методів пізнання. Провідними виступали методи теоретичного аналізу, синтезу, порівняння та узагальнення психологічної, соціологічної та медичної вітчизняної і зарубіжної літератури. Метод систематизації та класифікації застосовувався для групування чинників сімейної дестабілізації; структурно-функціональний аналіз – для вивчення механізмів трансформації сімейних ролей та дезадаптивних захисних стратегій; метод моделювання дозволив візуалізувати цикли руйнування подружньої взаємодії.

З метою досягнення цілей емпіричного дослідження в роботі використано наступні психодіагностичні методики: Шкала посттравматичного стресового розладу для DSM-5 (PCL-5); Опитувальник агресивності Басса-Перрі (BPAQ-29); Шкала сімейної адаптації та згуртованості Д. Олсона (FACES-3); Шкала діадичної адаптації Г. Спаньє (DAS).

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що систематизований у роботі теоретичний матеріал, наведені класифікації конфліктогенів та розкриті механізми вторинної травматизації можуть бути використані у практичній діяльності військових психологів, фахівців із соціальної роботи, кризових консультантів та сімейних терапевтів під час розробки протоколів психологічної реабілітації військовослужбовців. Крім того, матеріали дослідження мають високу психоосвітню цінність і можуть слугувати орієнтиром безпосередньо для членів родин військовослужбовців з метою кращого розуміння природи сімейних криз та шляхів їх екологічного подолання.

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна бакалаврська робота складається зі вступу, двох розділів з відповідними підрозділами, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 60 найменувань (з них 40 – іноземною мовою) та 4 додатків. Загальний обсяг роботи становить 72 сторінки, з яких основний текст викладено на 53 сторінках. Робота містить 13 таблиць та 9 рисунків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ БОЙОВОГО СТРЕСУ НА СІМЕЙНІ ВЗАЄМОВІДНОСИНИ

1.1 Психологічні наслідки участі у бойових діях: бойовий стрес, посттравматичні стани та моральна травма

У контексті сучасних збройних конфліктів проблема психологічної реабілітації військовослужбовців набуває безпрецедентної гостроти. Трансформація методів ведення війни, застосування зброї високої руйнівної сили, постійна загроза життю та перебування у стані перманентної вітальної загрози зумовлюють глибокі зміни у психічному функціонуванні комбатантів. Розглядаючи психологічні наслідки бойового досвіду, варто виходити з того, що вони представляють собою складне утворення, яке бере початок від нормативних адаптивних реакцій організму, таких як бойовий стрес, і за несприятливих умов може перерости у глибокі патологічні розлади (ПТСР) та екзистенційно-ціннісні кризи, відомі як моральна травма. Саме цей психологічний базис військовослужбовець переносить із зони бойових дій у мирне середовище, і саме він стає визначальним фактором, що опосередковує процес побудови та підтримки взаємовідносин у його сім'ї.

Найпоширенішим наслідком впливу екстремальних умов є бойовий стрес. У сучасній військовій психології цей феномен прийнято розглядати не як патологічне відхилення, а як закономірну психофізіологічну відповідь організму на аномальні обставини [38]. В умовах безпосередньої небезпеки бойовий стрес виконує життєво важливу мобілізаційну функцію. Відбувається миттєва активація симпатоадреналової системи, що призводить до загострення сприйняття, пришвидшення реакцій, зниження больового порогу та фокусування уваги виключно на джерелі загрози.

Проте адаптаційні резерви людської психіки мають свої межі. За даними С. Стевелінка та співавторів, у разі тривалого, кумулятивного впливу стресорів (що є характерним для затяжних ротацій без належного відновлення) фізіологічний стрес переходить у фазу виснаження. На цьому етапі формуються дезадаптивні реакції бойового стресу [55]. Вони можуть проявлятися досить різноманітно: від гострих панічних атак і психомоторного збудження до апатії, ступору та виражених соматичних розладів.

Варто зазначити, що залишкові прояви бойового стресу створюють перші серйозні бар'єри у внутрішньосімейній комунікації одразу після повернення військового додому. Центральна нервова система ветерана продовжує інерційно функціонувати в режимі «виживання», незважаючи на зміну об'єктивної обстановки на безпечну. Це проявляється у підвищеній настороженості, різких реакціях на гучні побутові звуки (грюкіт дверей, плач дитини), емоційній лабільності та порушеннях сну. Члени родини часто виявляються непідготовленими до того, що фізичне повернення близької людини не означає її миттєвого психологічного повернення з війни.

Якщо інтенсивність бойової травми перевищує здатність психіки інтегрувати цей досвід, або якщо військовослужбовець не отримує своєчасної психологічної підтримки, бойовий стрес має високу ймовірність перерости у стійкі посттравматичні стани. Центральне місце серед них посідає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [9]. Відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5, ПТСР виникає як наслідок впливу події, що передбачала реальну загрозу життю, серйозну травму або сексуальне насильство [21].

У сучасній клінічній практиці прийнято виокремлювати чотири основні кластери симптомів ПТСР, кожен з яких по-своєму деструктивно впливає на сімейну систему [23]. Перший кластер охоплює симптоми інтрузії – нав'язливі, мимовільні спогади, нічні жахи та дисоціативні реакції (флешбеки), під час яких людина втрачає зв'язок з реальністю і переживає

травматичну подію знову. Другий кластер стосується симптомів уникнення. Ветеран може свідомо чи підсвідомо уникати будь-яких думок, почуттів, розмов або зовнішніх стимулів (місць, людей, ситуацій), які асоціюються з пережитим. Для сім'ї це часто виглядає як емоційна холодність, небажання спілкуватися або відмова брати участь у спільному дозвіллі.

Третій кластер включає негативні зміни у когнітивній сфері та настрої. Сюди відносять стійке спотворення переконань про себе та навколишній світ (наприклад, «світ абсолютно небезпечний», «нікому не можна довіряти»), нездатність відчувати позитивні емоції (радість, задоволення, ніжність) та почуття тотального відчуження від оточуючих. Четвертий кластер – це симптоми гіперзбудливості та реактивності. Вони проявляються у вигляді дратівливості, спалахів неконтрольованого гніву, гіперпильності та порушень концентрації уваги [24]. Очевидно, що постійна роздратованість і агресивні реакції на незначні побутові подразники різко підвищують рівень конфліктогенності у родині, руйнуючи відчуття безпеки у партнерів та дітей.

Необхідно також відзначити важливі зміни у міжнародній класифікації хвороб (МКХ-11), яка ввела поняття «Комплексний посттравматичний стресовий розлад» (К-ПТСР). Як зазначає група дослідників на чолі з А. Меркером, цей діагноз застосовується у випадках, коли травматичний вплив був пролонгованим, повторюваним і людина не мала можливості його уникнути, що є типовим для полону, тортур або тривалого перебування під обстрілами [44]. Особливість К-ПТСР полягає у наявності специфічних порушень самоорганізації, які супроводжуються серйозними проблемами з регуляцією афектів, стійким переконанням у власній нікчемності, а також глибокими і тривалими труднощами у підтримці стосунків [60].

В Україні правовий механізм допомоги таким особам закріплений на законодавчому рівні. Зокрема, Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» гарантує безоплатну психологічну, медико-психологічну реабілітацію учасникам бойових дій (Закон України 1991). Крім того, на рівні Міністерства охорони здоров'я діє

Уніфікований клінічний протокол, який регламентує порядок надання допомоги при ПТСР з урахуванням сучасних доказових практик (Наказ МОЗ України 2012). Проте, незважаючи на інституційну підтримку, проблема стигматизації звернень за психологічною чи психіатричною допомогою залишається актуальною. Багато військовослужбовців намагаються самостійно впоратися з наслідками травми, нерідко вдаючись до дезадаптивних копінг-стратегій (наприклад, зловживання алкоголем), що перекладає основний тягар подолання кризи на плечі найближчого сімейного оточення.

Нарівні з ПТСР, в останні роки наукова спільнота звертає прискіпливу увагу на ще один специфічний феномен – моральну травму. Якщо клінічна картина ПТСР традиційно розглядається через призму моделі страху і загрози життю, то моральна травма лежить у площині порушення глибинних ціннісних та етичних установок. За визначенням Б. Літца та С. Магвен, моральна травма являє собою психологічне, біологічне та соціальне ушкодження, яке виникає внаслідок здійснення, нездійснення, споглядання або неможливості запобігти діям, що суперечать глибоко вкоріненим моральним переконанням особистості [45].

Мета-аналіз, проведений В. Вільямсон та її колегами, дозволяє розділити тригери моральної травми на дві умовні категорії. Перша пов’язана з власними діями чи бездіяльністю комбатанта. Це можуть бути ситуації, коли військовослужбовець змушений приймати рішення, що призводять до втрат серед побратимів, або коли він відчуває провину за те, що вижив, тоді як інші загинули (так звана «провина вцілілого»). Друга категорія стосується травми зради. Вона виникає тоді, коли військовослужбовець стикається з несправедливістю, некомпетентністю або цинізмом з боку командування чи державних інституцій, що сприймається як зрада базових ідеалів, заради яких він ризикував життям [59].

На відміну від ПТСР, де ключовою емоцією є страх, ядром моральної травми виступають токсичний сором, глибока провина, відраза до себе та

втрата віри у справедливість світу. Д. Шей характеризує цей стан як «руйнування характеру», коли людина втрачає здатність сприймати себе як гідну і моральну особистість [53]. З точки зору впливу на сімейні стосунки, моральна травма має надзвичайно руйнівний потенціал. Відчуваючи себе «поганим» або «брудним», ветеран починає свідомо відмежовуватися від сім'ї. Виникає парадоксальна ситуація: чим сильніше він любить своїх рідних, тим більше він намагається дистанціюватися від них, підсвідомо вважаючи, що його присутність «отруїть» їхнє життя, або що вони відвернуться від нього, якщо дізнаються правду про його бойовий досвід.

Водночас досвід травми зради може екстраполюватися на всі міжособистісні стосунки. Втративши довіру до інституцій чи командирів, людина проєктує цю недовіру на своє найближче оточення. Дослідження Дж. Боргеса та його співавторів підтверджують, що ветерани з моральною травмою частіше демонструють цинізм, підозріліть та нездатність до формування близьких довірчих стосунків, що є фундаментом сімейного благополуччя [25]. Партнери часто зіштовхуються зі знеціненням сімейних проблем, які військовослужбовцю здаються мізерними порівняно з питаннями життя і смерті на фронті.

Таким чином, участь у бойових діях залишає глибокий відбиток на психіці військовослужбовця, формуючи складний спектр наслідків. Бойовий стрес виснажує нервову систему і порушує механізми саморегуляції. Посттравматичні розлади фрагментують досвід, руйнують відчуття базової безпеки та призводять до дезадаптивних змін у когнітивно-емоційній сфері. Своєю чергою, моральна травма розщеплює ціннісне ядро особистості, породжуючи руйнівні почуття провини та сорому. Усі ці явища не існують ізольовано, вони безпосередньо втручаються у простір щоденної життєдіяльності військовослужбовця. Відтак, процес відновлення особистості полягає не в механічному витісненні пережитого, а в його поступовій інтеграції у нову структуру ідентичності, де воєнне минуле перестає бути домінуючим чинником деструкції. Це вимагає системного підходу до

реабілітації, орієнтованого на повернення ветерану повної суб'єктності та здатності до продуктивного самоздійснення у соціокультурному просторі мирного життя.

1.2 Специфіка побудови та функціонування взаємовідносин у сім'ях військовослужбовців

Сім'я військовослужбовця – це не просто осередок суспільства, а закрита, високоорганізована соціальна мікросистема, що функціонує в умовах хронічного стресу та високого ступеня невизначеності. Якщо цивільна родина будує свої стосунки навколо спільних планів та стабільного побуту, то військова сім'я вимушена адаптувати свою внутрішню архітектуру під вимоги держави в особі армії. Ця специфіка зумовлена феноменом «паралельних кар'єр», де професійна діяльність одного з подружжя диктує графік, місце проживання та навіть психологічний клімат для всіх інших членів родини [52]. У сучасних вітчизняних реаліях, коли країна перебуває у стані повномасштабної війни, ці особливості набувають екстремального характеру, перетворюючи звичну сімейну динаміку на процес безперервної кризової адаптації.

Фундаментальною характеристикою функціонування такої сім'ї є циклічність, пов'язана з етапами розгортання військ. Кожен етап цього циклу вимагає повної перебудови сімейних ролей та механізмів комунікації. На етапі підготовки до ротації сім'я переживає період «передчуття втрати», що часто проявляється через неусвідомлені конфлікти – це своєрідна захисна реакція психіки, спрямована на емоційне відсторонення, щоб легше перенести фізичну розлуку [50]. Під час самої відсутності військовослужбовця структура родини стає матріархальною (або одноосібною), де той з партнерів, хто залишається в тилу, бере на себе всі функції життєзабезпечення: від фінансового менеджменту до виховання дітей та технічного обслуговування дому.

Особливе значення має феномен «переговорів про владу» під час реінтеграції. Повертаючись додому, військовослужбовець часто виявляє, що сім'я навчилася функціонувати без нього. Партнер, який тримав тил, набув високого ступеня автономії та компетентності, і спроба військового миттєво відновити свій попередній статус «голови родини» або авторитарного керівника наражається на супротив [43]. Як зазначають Д. Карней та Б. Краун, успіх адаптації залежить не від повернення до старих правил, а від здатності обох партнерів до гнучкого перегляду кордонів та відповідальності [41].

Ще одним специфічним аспектом є вплив військової культури на побутову комунікацію. Армія виховує в особистості специфічні риси: емоційну стриманість, лаконічність, ієрархічність та орієнтацію на виконання наказу. Ці якості, корисні в бою, часто стають токсичними вдома. Військовослужбовець може сприймати емоційні запити дружини як «непотрібний шум», а діти можуть відчувати брак теплоти через командно-адміністративний стиль спілкування батька чи матері [34]. Цей розрив між «культурою виживання» та «культурою близькості» створює передумови для відчуження.

Збереження так званої «мілітарної ідентичності» після демобілізації часто стає серйозним випробуванням для міжособистісної взаємодії. За спостереженнями А. Артеменко та К. Батаєвої, жорсткі поведінкові патерни та специфічні цінності, сформовані в екстремальних умовах, важко піддаються швидкій трансформації у цивільному середовищі, що нерідко провокує ціннісні конфлікти з близькими [1]. Додатковим деструктивним чинником стає емоційна дестабілізація. Як зазначають вітчизняні дослідники Ю. Бриндіков та Ю. Попик, постійне перебування у стані вітальної загрози призводить до виснаження нервової системи, що в домашніх умовах виливається у неконтрольовані спалахи агресії та різкі перепади настрою [4; 15]. Нездатність ветерана повноцінно донести глибину та складність свого бойового досвіду породжує стіну непорозуміння та ускладнює повсякденну комунікацію у родині.

Не менш важливим є вплив вторинної травматизації та стресу співзалежності. Члени сім'ї військового, навіть не будучи безпосередніми учасниками бойових дій, «інфікуються» травматичним досвідом через розповіді, зміну поведінки партнера або постійне очікування поганих новин. Ч. Фіглі визначає це як «втому від співчуття», коли емоційний ресурс партнера виснажується настільки, що він більше не може надавати підтримку військовослужбовцю, що призводить до кризи системи підтримки [33].

Надзвичайна небезпека некомпенсованих сімейних криз підтверджується і невтішною статистикою. Вітчизняні дослідниці Р. Лелека та Н. Миропольцева наголошують, що майже третина суїцидальних випадків серед учасників бойових дій прямо чи опосередковано детермінована саме родинними негараздами та відчуттям тилу, що руйнується. При цьому деструктивний вплив конфлікту має симетричний характер і вражає обох партнерів. Спираючись на концепцію позитивної психотерапії, науковці доводять, що у дружин військових домінує так звана «тілесна» форма переробки стресу. Невисловлена тривога та перманентне напруження трансформуються у важкі психосоматичні розлади, порушення сну та загальне виснаження організму, що фактично паралізує здатність жінки бути емоційним ресурсом для свого чоловіка [12].

З огляду на такий масштаб психологічного навантаження, важливо з'ясувати, що саме дозволяє однім військовим родинам зберігати міцність, тоді як інші швидко руйнуються. Відтак, стійкість цих стосунків завжди визначається протиборством кількох факторів. Одні з них слугують надійним захисним буфером, а інші діють як приховані каталізатори криз. Для більш наочного розуміння цих механізмів, у таблиці 1.1 нами було узагальнено основні ресурси та деструктори сімейної стабільності.

Таблиця 1.1 – Порівняння факторів стабільності сім'ї в умовах війни

Фактор	**Позитивний вплив (ресурс)**	**Негативний вплив (деструктор)**
Комунікація	Відкрите обговорення страхів	«Стіна мовчання» (захист партнера від правди)

Продовження таблиці 1.1

Ролі	Гнучкість та взаємозамінність	Жорстка ієрархія, боротьба за владу
Соціальна підтримка	Включеність у спільноту сімей ветеранів	Ізоляція, відчуття «нас ніхто не розуміє»
Спільні цінності	Патріотизм, усвідомлення важливості місії	Беззмістовність жертви, розчарування

Як засвідчують наведені у таблиці 1.1 дані, стабільність військової сім'ї не є статичною даністю чи простою випадковістю: вона прямо залежить від здатності партнерів свідомо обирати конструктивні полюси взаємодії. Якщо гнучкий перерозподіл ролей та відкрите проговорювання страхів формують міцний психологічний імунітет родини, то так звана «стіна мовчання» та боротьба за втрачене домашнє лідерство неминуче наближають емоційний колапс. Більше того, таблиця наочно демонструє, що виключно внутрішніх зусиль подружжя часто виявляється недостатньо – критичну роль у збереженні стосунків відіграє зовнішня соціальна підтримка та глибоке усвідомлення суспільної значущості місії військового. Саме розуміння того факту, що сім'я далеко не завжди здатна самостійно впоратися з таким масивом деструктивного навантаження, зумовлює гостру необхідність інституційного втручання.

Зазначимо, що нормативно-правове регулювання життя таких сімей в Україні базується на системі пільг та гарантій, проте воно часто ігнорує тонкі психологічні потреби. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» чітко прописує майнові та медичні права (Закон України 1991), але механізми психологічного супроводу сімей як цілісних систем досі перебувають на стадії формування. Постанова Кабінету Міністрів України № 1338 визначає порядок проведення психологічної реабілітації, де вперше акцентується на важливості сімейного консультування (Постанова КМУ 2022). Проте практична реалізація часто стикається з браком фахівців, які розуміють специфіку військового побуту.

Проблема ускладнюється тим, що наслідки посттравматичного стресу часто спонукають військовослужбовців до свідомої самоізоляції. Намагаючись впоратися з тривожними думками або захистити рідних від власних переживань, ветеран відсторонюється, що неминуче руйнує базову довіру всередині сімейної системи [14]. Вчені Г. Бондарев і П. Круть вбачають корінь цієї кризи у втраті навичок конструктивної комунікації в обох сторін: родина не завжди може збагнути специфіку травми, а колишній військовий не знає, як екологічно виразити свої потреби [3]. З огляду на це, О. Кокун наголошує на критичній необхідності впровадження програм психоосвіти та спільного сімейного консультування, які б дозволили членам родини усвідомити власні ролі у процесі відновлення та навчитися реагувати на ознаки психоемоційного виснаження партнера [7].

Варто також звернути увагу на феномен «невизначених втрат», описаний П. Босс. Для сім'ї військового партнер може бути «фізично присутнім, але емоційно відсутнім» (через ПТСР чи моральну травму) або «фізично відсутнім, але емоційно присутнім». Ця невизначеність не дозволяє сім'ї завершити процес адаптації, тримаючи її у підвішеному стані [26].

Окремого аналізу потребує дитячо-батьківський вектор у структурі військової сім'ї, який суттєво відрізняється від цивільних моделей виховання. Специфіка побудови взаємовідносин із дітьми у таких родинах визначається феноменом «батьківства на відстані» та необхідністю частої зміни виховних парадигм. Як зазначає С. Козза, діти у сім'ях комбатантів часто проходять через процеси передчасного психологічного дорослішання, беручи на себе частину обов'язків відсутнього батька чи матері [28]. Проте повернення військовослужбовця додому не завжди автоматично відновлює виховну ієрархію. Часто виникає конфлікт між «авторитарним» стилем, принесеним з армії, та новою автономією дитини, що може призводити до емоційного відчуження. Дослідження Н. Парк підтверджують, що стабільність дитячої психіки у таких системах прямо залежить від емоційної стійкості того з батьків, хто залишався в тилу, що ще раз підкреслює системний характер військової травми [49].

Крім того, в умовах постійної відсутності одного з батьків діти гостро відчувають дефіцит фізичної та емоційної залученості дорослих у їхнє життя. Тривала розлука руйнує базове відчуття безпеки та порушує механізми здорової прив'язаності, що, як підтверджують спільні дослідження вітчизняних та зарубіжних науковців, часто трансформується у соціальну ізоляцію, підвищену тривожність та поведінкові девіації всередині дитячих колективів [8].

Функціонування сучасної української сім'ї військовослужбовця в умовах повномасштабної війни також неможливо розглядати поза контекстом цифрової комунікації. Соціальні мережі та месенджери створили умови для «віртуальної присутності» військового у сімейному побуті, що, з одного боку, полегшує емоційний зв'язок, а з іншого – стає джерелом додаткового напруження. С. Кріч та її колеги вказують на появу таких явищ, як «цифровий дистрес»: раптове зникнення зв'язку під час бойового виходу або перегляд тривожних новин у реальному часі тримає сімейну систему в стані перманентної гіперпильності [30]. Це змінює характер інтимності, роблячи її фрагментарною та залежною від технічних факторів.

Попри численні деструктивні чинники, специфіка побудови стосунків у військових родинах має і значний ресурсний потенціал, пов'язаний із феноменом посттравматичного зростання. Спільне подолання криз може сформувати унікальний рівень сімейної резильєнтності [11]. За словами К. Палмер, сім'ї, які успішно інтегрують воєнний досвід у свою ідентичність, часто демонструють вищий рівень згуртованості, ніж до війни [48]. Побудова стосунків у таких випадках базується на глибокому переосмисленні цінностей, де спільна місія та вірність обов'язку стають фундаментом, що скріплює родину навіть у найтемніші періоди невизначеності.

Важливим етапом стабілізації сімейної системи є також професійна та соціальна реінтеграція ветерана. С. Мартиненко слушно зауважує, що успішне працевлаштування та залучення до суспільно корисної діяльності повертають військовослужбовцю почуття соціальної значущості, що, у свою

чергу, підвищує його самооцінку та безпосередньо покращує психологічний клімат у домі [13]. Узагальнюючи ці аспекти, Л. Балачій у своєму новітньому дослідженні підкреслює, що процес адаптації родини до змінених реалій вимагає комплексного, системного підходу, де поєднуються сімейна терапія, групова підтримка дружин та цілеспрямована соціалізація ветерана [2].

Отже, специфіка побудови та функціонування взаємовідносин у сім'ях військовослужбовців визначається постійним динамічним балансуванням між жорсткими вимогами інституції армії та крихкими потребами емоційної близькості. Сім'я військового постає як жива, відкрита система, що перебуває у стані безперервної трансформації під впливом різних факторів, пов'язаних із військовою службою та її наслідками. Успішна життєдіяльність такої родини можлива лише за умови відмови від спроб повернутися до дотравматичного минулого і переходу до моделі спільного зростання. Побудова нової, адаптивної ідентичності, де кожен член сім'ї визнається активним суб'єктом подолання кризи, є єдиним шляхом до збереження цілісності стосунків та успішної реінтеграції військовослужбовця у простір цивільного життя.

1.3 Чинники дестабілізації сімейної системи та порушення подружньої взаємодії внаслідок бойової психічної травми

Повернення з фронту ніколи не є миттєвим процесом. Війна, що трансформувалася у бойову психічну травму (далі – БПТ), перетинає поріг дому разом із ветераном, неминуче перетворюючи приватний простір родини на нове поле адаптаційної боротьби. Якщо раніше сім'я функціонувала як безпечний тил, то під впливом невидимих поранень одного з її членів вона сама починає давати тріщини. Дійсно, бойова травма – це завжди системне ураження. Найтяжчого удару при цьому зазнає саме подружня підсистема, оскільки інтимність та емоційна близькість є найбільш вразливими до тих симптомів, які формує досвід БПТ.

Щоб зрозуміти анатомію цієї кризи, необхідно чітко ізолювати та класифікувати ті тригери, що руйнують рівновагу. Західні фахівці Т. Галовскі та Дж. Лайонс у своїх фундаментальних працях доводять, що дестабілізуючий ефект БПТ рідко буває монолітним. Він проникає у сімейне життя через безліч паралельних каналів, руйнуючи як побутову, так і світоглядну єдність пари [35]. Для систематизації цих деструктивних механізмів, у таблиці 1.2 варто виокремити первинні чинники ризику дестабілізації сімейної системи при БПТ.

Таблиця 1.2 – Класифікація чинників дестабілізації сімейної системи при БПТ

Група чинників	Специфіка прояву в домашніх умовах	Системний наслідок для родини
Афективні (емоційні)	Блокування емоцій, неможливість відчувати та транслювати любов і радість	Емоційний вакуум, почуття відкинутості у цивільних членів сім'ї
Поведінково-реактивні	Неконтрольовані спалахи гніву, порушення сну, прагнення до ізоляції	Тотальна напруга в побуті
Когнітивно-ціннісні	Чорно-біле мислення, цинізм, знецінення «мирних» проблем як мізерних та неважливих	Втрата спільних життєвих орієнтирів та поваги до потреб одне одного

Як можна побачити з таблиці 1.2, найглибші розломи відбуваються зовсім не у площині фізичного побуту. Сім'я припиняє функціонувати як єдиний організм саме через руйнування когнітивних та емоційних містків. Цивільний партнер швидко усвідомлює, що людина, яка повернулася, мислить і реагує інакше, а її захисні механізми (наприклад, апатія чи агресія) б'ють по найближчих. Сучасні вітчизняні дослідниці В. Крамченкова та Н. Чепелєва слушно аргументують, що саме такі структурні деформації перетворюють звичайні побутові розбіжності на руйнівні конфліктогени, позбавляючи родину внутрішньої рівноваги [10].

Цей процес відчуження ніколи не відбувається за один день. Це тривала, виснажлива динаміка. Дослідниця К. Бешам дуже влучно

охарактеризувала етап повернення не як завершення війни, а як відкриття «нового фронту» для подружжя, де процеси прив’язаності та сепарації постійно зіштовхуються між собою [22]. Цю закономірність слід графічно проілюструвати на рис. 1.1.

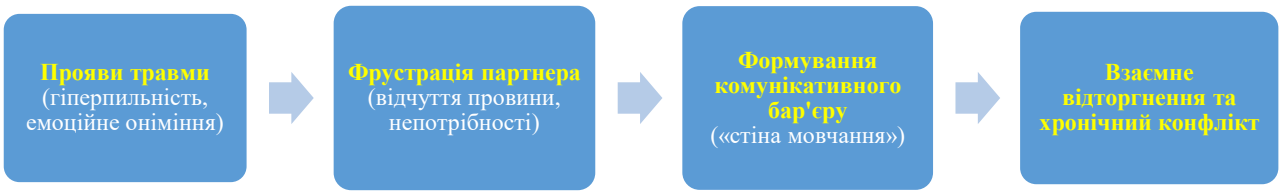


Рисунок 1.1 – Цикл руйнування подружньої взаємодії

Запропонована схема розкриває дуже болючу правду: поведінка травмованого ветерана неминуче викликає зворотну реакцію у його партнера. Дружина або чоловік, стикаючись із холодом чи немотивованим гнівом, спочатку намагаються «врятувати» ситуацію, але згодом відчувають гостре безсилля та образу. Метааналіз, проведений групою вчених на чолі з К. Тафтом, емпірично підтверджує цей факт: існує пряма, математично доведена кореляція між тяжкістю симптомів посттравматичного розладу та рівнем дистресу в інтимних стосунках [57].

Поглиблюючи розуміння природи такого дистресу, вітчизняні дослідниці І. Сингаївська та Ю. Лукаш пропонують розглядати деструкцію через призму трьох основних типів порушення шлюбної взаємодії. В реаліях післявоєнної адаптації ці моделі набувають гіпертрофованих форм. Так, за умови домінування суперництва, дім перетворюється на арену безперервних сутичок, де нечіткість сімейних ролей змушує партнерів агресивно перекладати відповідальність одне на одного. Натомість псевдоспівробітництво створює небезпечну ілюзію благополуччя: цивільний партнер може оточити військовослужбовця майже задушливою турботою, свідомо ігноруючи при цьому справжні причини напруги, які лежать у площині пережитої травми. Проте найбільш руйнівною для пари стає

ізоляція. Подружжя починає нагадувати сусідів, які емоційно відмежувалися і підтримують шлюб виключно через побутову зручність, а будь-яка спроба порушити ці невидимі кордони провокує жорсткий конфлікт [20].

Щоб деталізувати, як саме цей дистрес проявляється у щоденному житті, варто зробити акцент на рівні мікрокомунікацій. Відтак, порушення подружньої взаємодії не є абстрактним поняттям – воно складається з цілком конкретних деструктивних патернів, які доцільно структурувати у таблиці 1.3.

Таблиця 1.3 – Патерни порушення подружньої взаємодії на фоні бойової травми

Сфера порушення	Деструктивна модель поведінки	Реакція та стан цивільного партнера
Інтимно-особистісна	Уникнення фізичних дотиків, втрата сексуального потягу, відмова від відвертих розмов	Зниження самооцінки, підозри у зраді або згасанні почуттів
Побутово-рольова	Ігнорування домашніх обов’язків або спроба встановити жорсткий, армійський диктат у сім’ї	Втома від подвійного навантаження, опір авторитаризму
Комунікативна	Відповіді односкладовими реченнями, різка критика, відмова обговорювати спільне майбутнє	Самотність у шлюбі, страх спровокувати черговий скандал

Аналіз цієї таблиці дозволяє зробити невтішний висновок: цивільний партнер фактично змушений перейти у режим «вторинного виживання». Замість того, щоб спиратися одне на одного, подружжя починає співіснувати паралельними курсами. С. Сейєрс та його колеги у своїх працях зазначають, що понад 70% ветеранів із некомпенсованою психічною травмою повідомляють про серйозні проблеми в сім’ї, починаючи від частих сварок і закінчуючи спалахами домашнього насильства, що є прямим наслідком втрати навичок мирної комунікації [51].

Не менш важливим каталізатором руйнування стосунків є нашарування зовнішніх криз на змінену війною психіку. Як доводять дослідження науковців І. Сингаївської та Ю. Лукаш, сімейна напруга ніколи не висить у

вакуумі. Вона формується на перетині макросередовищних викликів (соціальної нестабільності, загальної загрози) та мікросередовищних проблем всередині родини. Утім, найнебезпечнішим наслідком бойової травматизації стає різке зростання суб'єктивної схильності до конфліктів. У військовослужбовця під впливом стресу часто формується консерватизм мислення, надмірна прямолінійність та неадекватна оцінка побутових ситуацій. Через це звична для мирного часу динаміка суперечки повністю ламається: партнери блискавично проскакують етап обговорення проблеми і миттєво переходять до стадії неконтрольованої ескалації та відкритих звинувачень [20].

Враховуючи катастрофічні наслідки таких процесів для суспільства, держава змушена формувати нові механізми стримування цих криз на макрорівні. Аналіз вітчизняного законодавства свідчить про поступовий перехід від суто медичної моделі лікування до біопсихосоціальної. Зокрема, ухвалений Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (Закон України 2020) заклав правовий фундамент для комплексного відновлення. Крім того, Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року (Розпорядження КМУ 2017) прямо визнає мультиплікативний ефект травми, вказуючи на необхідність превентивної роботи не лише з військовослужбовцями, а й з їхнім найближчим оточенням, що є критично важливим для збереження інституту сім'ї.

Таким чином, бойова психічна травма виступає потужним чинником, який докорінно дестабілізує функціонування сімейної системи. Вона породжує цілий комплекс руйнівних факторів: від емоційного оніміння та гіперпильності до глибинної втрати довіри між партнерами. Порушення подружньої взаємодії в таких умовах стає результатом хворобливого зіткнення фронтового досвіду з реаліями мирного побуту. Це проявляється у виникненні комунікативних бар'єрів, деформації звичних ролей та хронічній напрузі, що поступово перетворює колишню близькість на джерело конфліктів. Відтак, дестабілізація родини є складним системним процесом,

де травма одного з членів стає спільним викликом. Успішне відновлення стосунків за таких обставин можливе лише через усвідомлення цих чинників та спільну побудову нових, безпечних моделей взаємодії та співіснування.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЇХ ВПЛИВУ НА ВЗАЄМОВІДНОСИНИ У СІМ'ЯХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1 Організація, процедура та методичне забезпечення емпіричного дослідження

Організація емпіричного етапу дослідження вимагала ретельного підходу до формування вибірки, вибору діагностичного інструментарію та дотримання етичних стандартів роботи з вразливими категоріями респондентів.

Метою емпіричного дослідження стало виявлення специфіки впливу бойового досвіду (зокрема, проявів посттравматичного стресу та агресивності) на рівень сімейної адаптації, згуртованості та загальної якості діадичної взаємодії у сім'ях військовослужбовців.

Емпіричне дослідження проводилося у три логічно послідовні етапи, які схематично відображено на рис. 2.1.



Рисунок 2.1 – Етапи проведення емпіричного дослідження

Дослідження проводилося в онлайн-форматі з використанням інструментарію Google Forms. Вибір саме дистанційного методу збору даних не був випадковим і диктувався кількома критично важливими факторами. По-перше, військовослужбовці, які мають травматичний досвід, часто демонструють симптоми уникнення та недовіри до зовнішнього втручання в їхній особистий простір [31]. Зважаючи на це, електронна форма дозволила гарантувати повну анонімність, знижуючи ефект соціальної бажаності та спонукаючи до більш відвертих відповідей на сенситивні запитання щодо сімейних конфліктів чи спалахів гніву. По-друге, такий підхід забезпечив можливість пройти тестування у будь-який зручний і безпечний для респондента час, без відчуття зовнішнього тиску чи обмеження в часі.

Посилання на Google Forms з комплексом методик для вивчення впливу психологічних наслідків участі у бойових діях на побудову військовослужбовцями взаємовідносин у сім'ї: URL: https://forms.gle/8wBXZMj13jx8ANFq6.

Зазначимо, що у дослідженні взяли участь 50 респондентів. Основними критеріями включення до вибірки були: чоловіча стать, наявність підтвердженого досвіду участі у бойових діях, перебування в офіційному або тривалому цивільному шлюбі, а також спільне проживання з партнеркою на момент (або безпосередньо перед) проходження тестування.

Посилання на діагностичний інструментарій розсилалось у популярних месенджерах (Telegram, Viber, Signal). З метою залучення цільової аудиторії ми вдалися до застосування так званого методу «снігової грудки»: первинні респонденти з числа знайомих військовослужбовців добровільно пересилали запрошення своїм побратимам безпосередньо у закриті ветеранські чати та локальні спільноти. Такий, на перший погляд, неформальний підхід до рекрутингу виявився напрочуд ефективним з практичної точки зору. Він дозволив суттєво знизити первинний бар'єр обережності та скепсису, оскільки лінк на опитування надходив до бійців не від незнайомої людини, а від цілком перевірених людей із їхнього близького кола довіри.

З метою формування цілісного уявлення про специфіку нашої вибірки, соціально-демографічні характеристики військовослужбовців було систематизовано та зведено у таблицю 2.1.

Таблиця 2.1 – Соціально-демографічний профіль учасників дослідження (n=50)

Критерій	Категорія	Кількість осіб	Відсоток (%)
Вікові групи	Від 20 до 30 років	12	24%
	Від 31 до 40 років	26	52%
	Від 41 року і старше	12	24%
Тривалість шлюбу	До 3 років (молода сім’я)	14	28%
	Від 3 до 7 років	21	42%
	Більше 7 років	15	30%
Наявність дітей	Немає дітей	16	32%
	Одна дитина	22	44%
	Двоє і більше дітей	12	24%

Як свідчать результати аналізу представлених в табл. 2.1 даних, ядро вибірки (52%) складають чоловіки віком від 31 до 40 років, що є найбільш соціально та професійно активним віком. Більшість опитаних (72%) перебувають у шлюбі понад 3 роки, тобто їхні сім’ї вже пройшли етап первинної адаптації, і їхня поточна сімейна криза з високою ймовірністю детермінована саме впливом зовнішнього стресору (військового досвіду), а не класичними кризами першого року спільного життя.

Методологічним підґрунтям нашої розвідки виступив системний підхід, який розглядає сім’ю як цілісний, взаємопов’язаний організм. Відповідно, для комплексного вивчення проблеми було сформовано діагностичний комплекс з чотирьох стандартизованих методик. Структурно цей комплекс поділяється на два основні блоки (рис. 2.2).

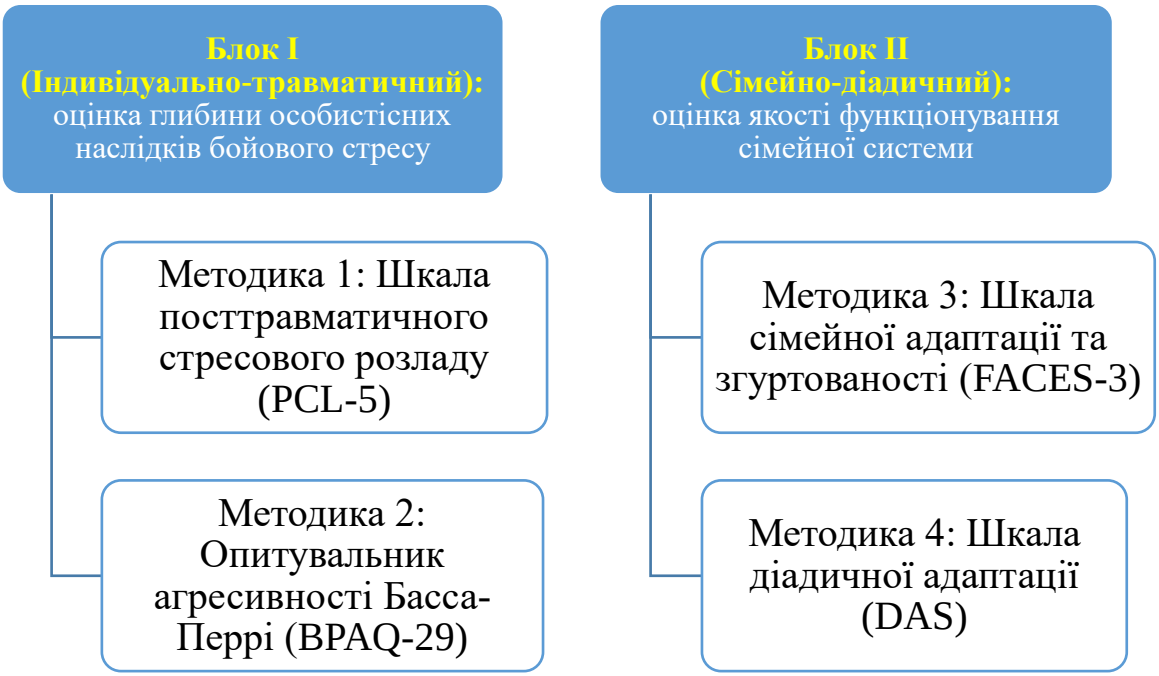


Рисунок 2.2 – Структура психодіагностичного комплексу

Детальний розгляд кожної з методик дозволяє стверджувати їхню високу валідність та релевантність завданням та меті дослідження.

1. Шкала посттравматичного стресового розладу для DSM-5 (PCL-5). Цей інструмент, розроблений Національним центром ПТСР США, на сьогодні є «золотим стандартом» скринінгу посттравматичних симптомів. Опитувальник складається з 20 пунктів, які повністю відповідають діагностичним критеріям DSM-5. Респондентам пропонувалося оцінити ступінь вираженості симптомів протягом останнього місяця за 5-бальною шкалою (від 0 до 4).

Особливої уваги потребує те, що PCL-5 дозволяє оцінити не лише загальний рівень дистресу, але й виокремити чотири специфічні кластери: симптоми інтрузії (нав’язливі спогади), симптоми уникнення, негативні зміни у когнітивній сфері та настрої, а також гіперзбудливість [24]. Саме останні два кластери, як було показано в нашому теоретичному розділі, найсильніше корелюють із відчуженням у сім’ї.

2. Опитувальник агресивності Басса-Перрі (BPAQ-29). Оскільки бойова травма часто супроводжується втратою емоційного контролю, було включено до комплексу опитувальник А. Басса та М. Перрі [27]. Методика

містить 29 тверджень і вимірює рівень агресивності як комплексної властивості особистості. Було обрано саме цей інструмент через його здатність диференціювати агресію на чотири автономні субшкали:

1) Фізична агресія (готовність до застосування фізичної сили);

2) Вербальна агресія (схильність до словесних конфліктів, крику);

3) Гнів (емоційний компонент, запальність);

4) Ворожість (когнітивний компонент, підозрілість та відчуття несправедливості).

У контексті нашого дослідження високі показники за шкалою «Ворожість» можуть вказувати на наявність моральної травми, а «Вербальна агресія» та «Гнів» виступають прямими конфліктогенами у подружній комунікації [57].

3. Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3). Розроблена Д. Олсоном у співавторстві з Дж. Портнером та І. Лаві, ця методика базується на Циркумплексній моделі сімейних систем [47]. Вона містить 20 тверджень і дозволяє виміряти два фундаментальні параметри життєдіяльності сім'ї:

1) Згуртованість (емоційний зв'язок між членами сім'ї, межі між «Я» та «Ми»).

2) Адаптація (гнучкість сімейної системи, її здатність змінювати правила та ролі у відповідь на стрес).

Перевагою FACES-3 є можливість типологізації сімей. Враховуючи екстремальний характер життєвого досвіду наших респондентів, ця методика дозволить перевірити гіпотезу про те, чи призводить бойовий стрес до формування крайніх (дисфункціональних) типів сімей, таких як «роз'єднано-ригідний» або «заплутано-хаотичний» [42].

4. Шкала діадичної адаптації Г. Спанье (DAS). Для глибинного аналізу саме подружньої підсистеми ми застосували методику DAS, яка є одним з найнадійніших інструментів у сучасній сімейній психології [54]. Опитувальник складається з 32 пунктів та вимірює загальний рівень задоволеності стосунками, розбиваючи його на чотири вектори:

1) Діадична згода (ступінь порозуміння у питаннях фінансів, виховання, вільного часу);

2) Діадичне задоволення (відсутність думок про розлучення, рівень напруги);

3) Діадична згуртованість (спільна активність, комунікація);

4) Вираження почуттів (інтимність та емоційна теплота).

Як стверджували у своєму мета-аналізі Дж. Грем та колеги, DAS дозволяє дуже тонко вловити мікротріщини у стосунках ще до того, як вони призведуть до відкритого розриву [37].

Щоб наочно продемонструвати логіку застосування методик та їх зв’язок із завданнями емпіричного аналізу, було узагальнено цю інформацію у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Розподіл діагностичного інструментарію відповідно до завдань дослідження

Завдання емпіричного дослідження	**Використана методика**	**Досліджувані показники (змінні)**
1. Визначення рівня та специфіки травматизації респондентів	PCL-5	Загальний рівень ПТСР; інтрузія, уникнення, когнітивні зміни, гіперзбудливість
2. Аналіз рівня агресивності як деструктивного чинника	BPAQ-29	Фізична та вербальна агресія, гнів, загальна ворожість до світу
3. Діагностика структурних змін у сімейній системі	FACES-3	Сімейна згуртованість (дистанція), сімейна гнучкість (адаптація до змін)
4. Оцінка якості подружньої взаємодії та комунікації	DAS	Діадична згода, задоволеність шлюбом, інтимність та емоційне вираження

Особлива увага в нашому дослідженні була приділена процедурі обробки даних. Відтак, кількісна обробка результатів здійснювалася за

допомогою табличного редактора (для первинного зведення балів) та подальшого ручного розрахунку основних показників за класичними статистичними формулами. Це дозволило нам глибше зануритися в масив даних та забезпечити максимальну точність інтерпретації. Процес обробки включав три основні стадії (рис. 2.3).

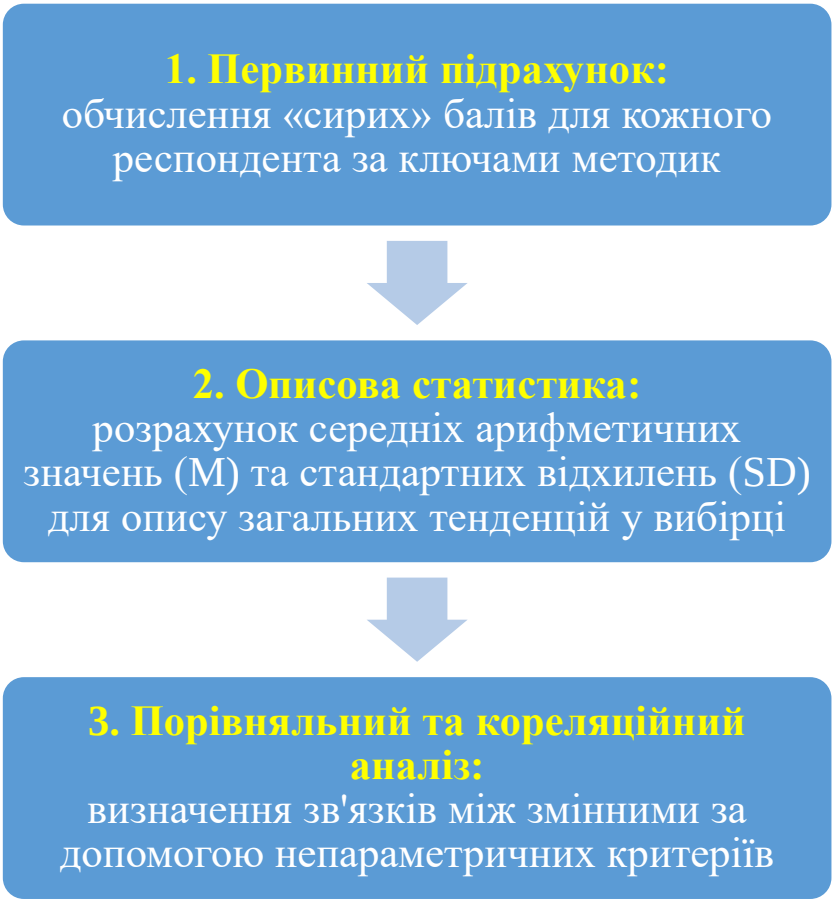


Рисунок 2.3 – Етапи математичної обробки результатів

Для виявлення взаємозв’язку між психологічними наслідками бойових дій та сімейною адаптацією було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s). Вибір цього методу зумовлений тим, що психологічні ознаки часто не підпорядковуються закону нормального розподілу, а коефіцієнт Спірмена є стійким до відхилень і дозволяє встановити силу та напрям зв’язку між двома явищами (наприклад, рівнем ПТСР та рівнем задоволеності шлюбом). Розрахунок проводився за формулою:

$$r_s = 1 - (6 * \Sigma d^2) / (n * (n^2 - 1)),$$

де r_s – шуканий коефіцієнт рангової кореляції Спірмена;

Σd^2 – розрахована нами сума квадратів різниць рангів;

n – вибірка (n = 50);

6 – математична константа формули [39].

Для порівняння показників у різних групах ветеранів (наприклад, з високим та низьким рівнем травматизації) було використано U-критерій Манна-Уїтні. Цей непараметричний критерій дозволяє оцінити статистичну значущість відмінностей між двома незалежними вибірками за рівнем ознаки, що вимірюється кількісно. Такий підхід гарантує об’єктивність висновків навіть за умови невеликої чисельності груп.

Перелік використаних математичних методів наведено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Математико-статистичний апарат дослідження

Метод аналізу	**Розрахунковий параметр**	**Призначення**
Описовий	Середнє арифметичне (M)	Виявлення типового рівня ознаки у вибірці
Варіаційний	Стандартне відхилення (SD)	Оцінка ступеня розбіжності даних
Кореляційний	Коефіцієнт Спірмена (r_s)	Пошук зв'язків між травмою та якістю стосунків
Порівняльний	U-критерій Манна-Уїтні	Оцінка відмінностей між групами респондентів

Дотримання етичних стандартів було пріоритетним на всіх етапах. Дослідження базувалося на принципах добровільності, конфіденційності та нешкідливості. Кожен учасник був поінформований про мету роботи та мав можливість припинити опитування у будь-який момент. Знеособлення даних (використання номерів замість імен) забезпечило захист приватного життя військовослужбовців та їхніх родин.

Таким чином, розроблена програма дослідження, що поєднує валідний інструментарій, ретельний підбір вибірки та адекватний математичний апарат, дозволяє отримати достовірні дані про вплив участі в бойових діях на

сімейне життя. Використання методів ручного статистичного розрахунку забезпечує прозорість наукових висновків, а отримані результати стануть підґрунтям для глибокого аналізу та розробки практичних рекомендацій у наступних підрозділах.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Після завершення етапу збору первинної емпіричної інформації, акумульований масив даних було піддано комплексній процедурі математико-статистичного та якісного психологічного аналізу. Головний вектор цього етапу полягав не просто у констатації наявності чи відсутності певних симптомів у вибірці, а у виявленні глибинних, системних закономірностей того, як саме невидимі рани війни деформують архітектуру міжособистісної взаємодії вдома.

Процес інтерпретації було побудовано за принципом «від індивідуального до діадичного»: на першому кроці було проаналізовано особистісний стан військовослужбовців (рівень ПТСР та агресивності), на другому – оцінено структурні параметри сімейних систем, а на третьому – здійснено пошук статистично значущих кореляцій між цими змінними.

Аналіз індивідуально-травматичних показників (PCL-5 та BPAQ-29)

Першим і фундаментальним кроком нашого аналізу стало визначення загального рівня посттравматичної симптоматики серед досліджуваного контингенту (n=50). Використання Шкали посттравматичного стресового розладу (PCL-5) дозволило нам не лише зафіксувати наявність проблеми, але й диференціювати респондентів за ступенем її вираженості. Отримані узагальнені результати представлено у таблиці 2.4 та на рисунку 2.4.

Таблиця 2.4 – Розподіл респондентів за рівнем вираженості симптомів ПТСР (за PCL-5)

Рівень вираженості ПТСР (бали)	Кількість респондентів (осіб)	Частка у вибірці (%)	Характеристика стану респондента
Низький (0-22 бали)	11	22%	Нормативна адаптація, успішна інтеграція бойового досвіду, відсутність клінічних проявів дистресу
Помірний / субклінічний (23-32 бали)	17	34%	Наявність окремих посттравматичних реакцій, які періодично заважають у побуті, але загалом піддаються самоконтролю
Високий / клінічно значущий (33 і вище)	22	44%	Виражена симптоматика ПТСР, гостра психологічна дезадаптація, потреба у фаховій реабілітації

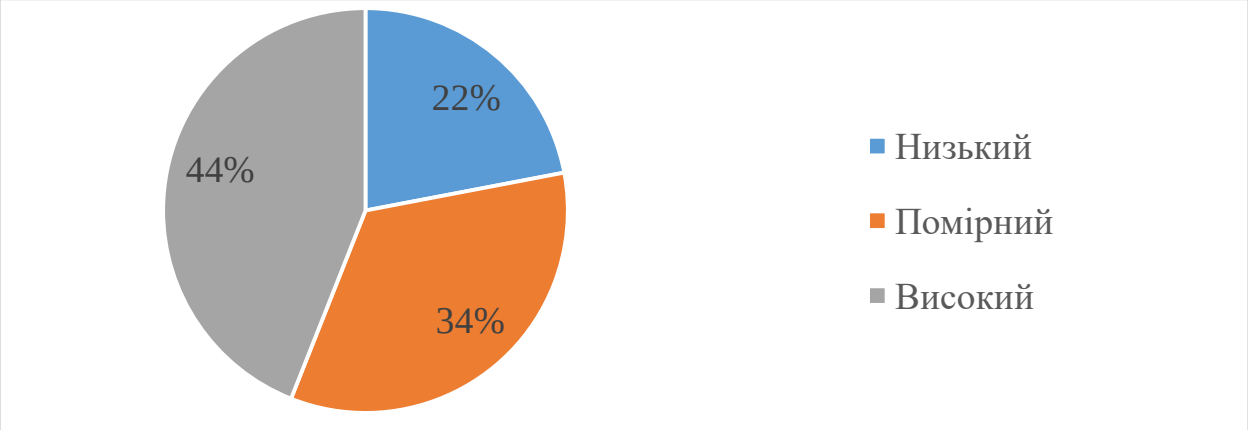


Рисунок 2.4 – Рівні вираженості симптомів ПТСР у військовослужбовців

Звертає на себе увагу той факт, що майже половина опитаних (44%) подолала діагностичний поріг у 33 бали, що свідчить про наявність клінічно значущих ознак посттравматичного стресового розладу. Ці дані є надзвичайно тривожними, адже вони екстраполюються не лише на самих ветеранів, але й на 22 сім'ї, які щодня співіснують із наслідками цієї травми. Ще 34% перебувають у так званій «сірій зоні» (субклінічний рівень): їхня нервова система балансує на межі виснаження, і будь-який додатковий

стресор (зокрема, звичайний сімейний конфлікт) здатний спровокувати повноцінний зрив адаптації. Лише 22% опитаних змогли належним чином переробити екстремальний досвід без критичних втрат для власної психіки.

Проте загальний бал є лише верхівкою айсберга. Щоб зрозуміти, які саме цілі вражає бойовий стрес, було проаналізовано середні показники за чотирма симптоматичними кластерами PCL-5 (табл.2.5).

Таблиця 2.5 – Вираженість окремих кластерів симптомів ПТСР у вибірці (середній бал)

Кластер симптомів (DSM-5)	**Середній бал у вибірці (M)**	**Максимально можливий бал за кластером**	**Ступінь вираженості (у % від максимуму)**
Інтрузія (нав'язливі спогади)	11,4	20	57,0%
Уникнення стимулів	5,2	8	65,0%
Когнітивні зміни та порушення настрою	16,8	28	60,0%
Гіперзбудливість та реактивність	17,5	24	72,9%

Якісний аналіз цих даних відкриває анатомію сімейних проблем. Домінуючим кластером у вибірці виявилася гіперзбудливість (72,9% від максимального значення). У площині щоденного сімейного побуту це означає, що центральна нервова система більшості досліджуваних військових продовжує інерційно функціонувати в режимі постійного сканування загроз. Це проявляється у неадекватно гострих реакціях на гучні звуки (плач дитини, грюкіт посуду), хронічному безсонні та постійній роздратованості. Партнерки таких ветеранів часто змушені ходити вдома «навшпиньки», що неминуче формує у них вторинний дистрес та емоційне виснаження.

Другим потужним чинником руйнування шлюбу виступає високий показник симптомів уникнення (65,0%). Намагаючись врятуватися від болючих тригерів, ветеран свідомо чи несвідомо вибудовує навколо себе емоційну стіну, відмежовуючись від розмов, спільних поїздок чи сімейних свят.

Цей внутрішній дискомфорт нерозривно пов'язаний із рівнем конфліктогенності, який було виміряно за допомогою Опитувальника агресивності Басса-Перрі (BPAQ-29). Результати цього зрізу систематизовано у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 – Показники агресивності респондентів за шкалами BPAQ-29

Шкала опитувальника	Низький рівень (%)	Середній рівень (%)	Високий рівень (%)
Фізична агресія	46% (23 особи)	40% (20 осіб)	14% (7 осіб)
Вербальна агресія	18% (9 осіб)	38% (19 осіб)	44% (22 особи)
Гнів	24% (12 осіб)	34% (17 осіб)	42% (21 особа)
Ворожість	12% (6 осіб)	42% (21 особа)	46% (23 особи)
Загальний індекс	16% (8 осіб)	48% (24 особи)	36% (18 осіб)

Інтерпретація отриманих профілів агресивності демонструє дуже цікавий психологічний феномен. Незважаючи на стереотипні уявлення суспільства, показники прямої фізичної агресії у вибірці є найнижчими (лише 14% мають високий рівень). Це свідчить про те, що військовослужбовці загалом зберігають здатність до вольового контролю над своїми діями і намагаються убезпечити свої родини від фізичного насильства (рис. 2.5).

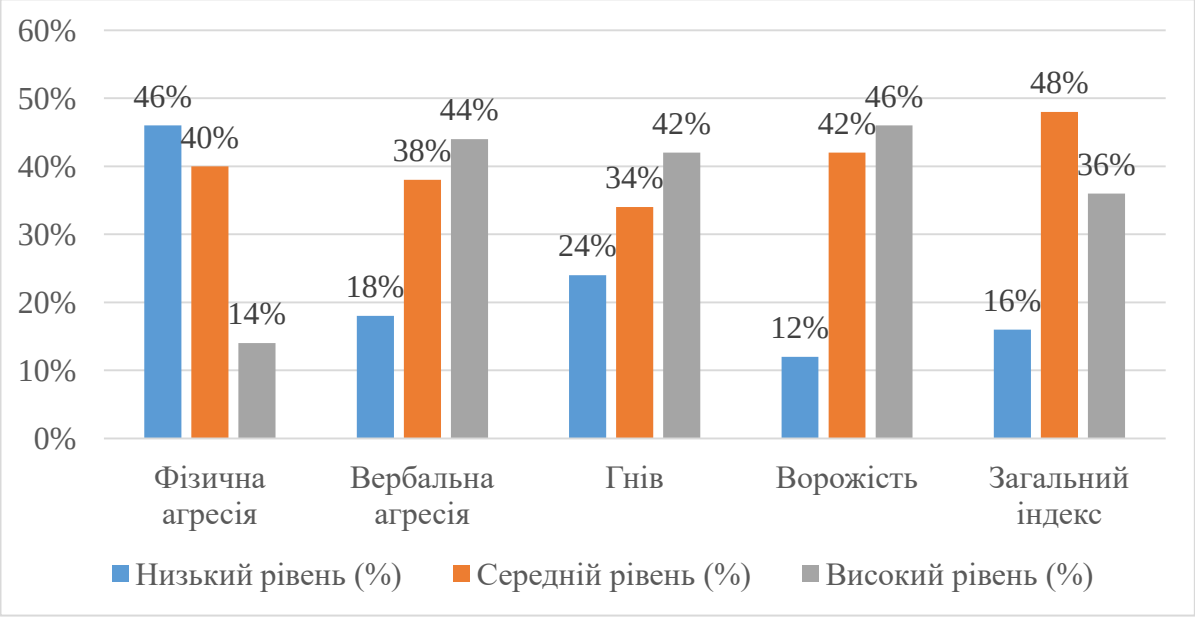


Рисунок 2.5 – Співвідношення видів агресивності у військовослужбовців

Проте вся акумульована напруга знаходить інший вихід, трансформуючись у непрямі форми. Майже половина вибірки демонструє критично високі бали за шкалами Ворожості (46%) та Вербальної агресії (44%). Ворожість, як когнітивний компонент агресії, вказує на наявність глибокої моральної травми та екзистенційної кризи. Військовослужбовець починає дивитися на світ через призму недовіри та цинізму. Він гостро відчуває несправедливість, знецінюючи «мирні» проблеми своєї дружини як мізерні. Своєю чергою, висока вербальна агресія у поєднанні з гнівом перетворюють повсякденну комунікацію на мінне поле. Замість конструктивного обговорення побутових розбіжностей, комунікація миттєво зривається на крик, жорсткий сарказм та взаємні звинувачення, що є прямим шляхом до дестабілізації подружньої системи.

Аналіз сімейного та діадичного функціонування (FACES-3 та DAS)

Наступний етап емпіричного аналізу був сфокусований безпосередньо на якості сімейного життя. Від індивідуальних психологічних особливостей ми перейшли до оцінки системи взаємин за допомогою методики FACES-3. Розподіл сімей за типами функціонування представлено у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Типологія сімей військовослужбовців за параметрами згуртованості та адаптації (FACES-3)

Параметр сімейної системи	**Типи функціонування**	**Кількість сімей**	**Відсоток (%)**
Рівень згуртованості	Дисфункціональні: Роз’єднаний	21	42%
	Функціональні: Розділений	14	28%
	Функціональні: Зв’язаний	9	18%
	Дисфункціональні: Заплутаний	6	12%
Рівень адаптації	Дисфункціональні: Ригідний	19	38%
	Функціональні: Структурований	15	30%
	Функціональні: Гнучкий	11	22%
	Дисфункціональні: Хаотичний	5	10%

Якісний аналіз цих даних повністю підтверджує руйнівний вплив бойового досвіду на базові параметри існування сім'ї. Нормативні, збалансовані типи систем (Розділений та Зв'язаний) спостерігаються менше ніж у половині випадків. Натомість домінуючим (42%) виявився Роз'єднаний тип згуртованості. У таких родинах емоційна дистанція між партнерами стала критично великою. Вони функціонують не як цілісний організм, а скоріше як сусіди, що мешкають на спільній території. Військовослужбовці в таких сім'ях демонструють надмірну автономію та не залучаються до спільних інтересів, тоді як їхні дружини страждають від глибокого почуття відкинутості. Показово, що Заплутаний тип (де кордони розмиті) зустрічається рідко (лише 12%), що означає: травма провокує саме відторгнення, а не патологічне злиття.

Щодо здатності сім'ї до гнучкої перебудови правил гри (шкала Адаптації), то тут 38% родин продемонстрували Ригідний тип. Це наслідок так званої «мілітаризації» побуту. Повертаючись з умов жорсткої армійської ієрархії, ветеран намагається перенести цю директивну модель управління у власний дім. Він прагне контролю, не допускає дискусій щодо встановлених правил і болісно реагує на будь-які прояви непокори з боку дружини чи дітей. Система втрачає здатність до компромісів, що неминуче продукує постійні бунти та сварки.

Ще більш деталізовану картину мікротріщин у стосунках було отримано під час аналізу результатів за Шкалою діадичної адаптації (DAS) (табл. 2.8).

Таблиця 2.8 – Рівень якості подружніх взаємин за методикою DAS

Рівень якості шлюбу	Кількість пар	Відсоток (%)
Дисфункціональні стосунки (високий дистрес, <97 балів)	23	46%
Нормативний рівень адаптації (97-114 балів)	18	36%
Високий рівень адаптації (щасливий шлюб, >114 балів)	9	18%

Відобразимо це графічно на рис. 2.6.

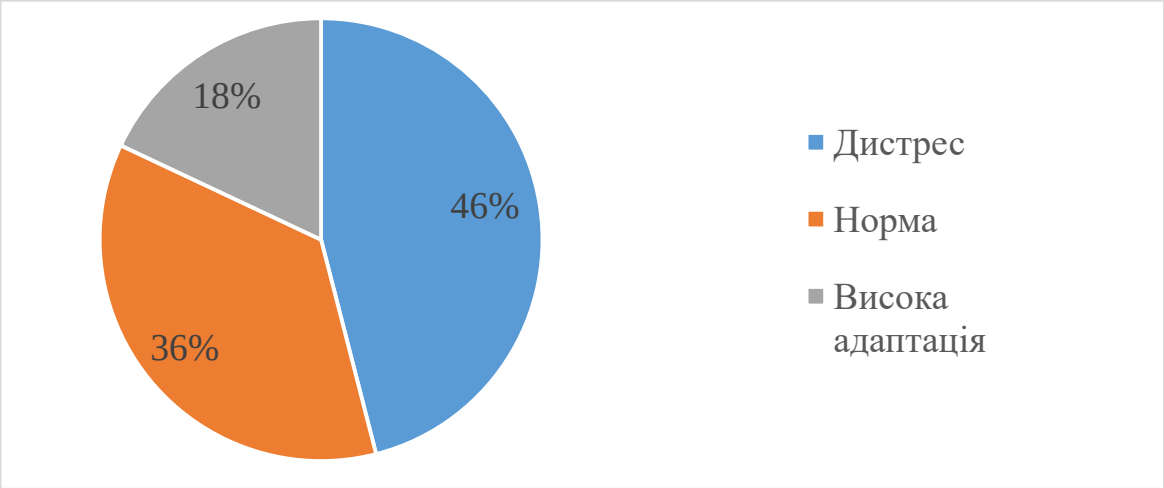


Рисунок 2.6 – Оцінка загальної якості подружніх взаємин у сім'ях військовослужбовців

Як бачимо з рис. 2.6, майже половина вибірки (46%) опинилася у зоні глибокого подружнього дистресу. Аналізуючи відповіді респондентів за субшкалами DAS, було зафіксовано катастрофічне падіння балів за шкалою «Вираження почуттів». Партнери уникають проявів ніжності, спостерігається згасання інтимно-сексуального потягу, що часто є прямим фізіологічним наслідком прийому антидепресантів або наслідком емоційного оніміння (симптом уникнення при ПТСР).

Також критично просіла субшкала «Діадична згода». Отримані дані свідчать, що найбільші розбіжності у парах викликають не глобальні світоглядні питання, а повсякденна рутина: управління сімейним бюджетом, розподіл домашніх обов'язків та способи проведення вільного часу. Цивільному партнеру здається, що ветеран ігнорує побут, а ветерану здається, що від нього вимагають неможливого у той час, коли він намагається просто повернутися до нормального психологічного стану. Наслідком цієї невідповідності очікувань є висока частота відповідей «часто» або «увесь час» на запитання №16 з опитувальника DAS: «Як часто ви думаєте про розлучення або розрив стосунків?».

Попередній якісний аналіз дозволив нам припустити, що саме симптоматика ПТСР та високий рівень агресивності є головними

деструкторами сімейного благополуччя. Проте у науковому дослідженні будь-яка гіпотеза потребує суворої математичної верифікації. З цією метою було проведено кореляційний аналіз масиву емпіричних даних, розрахувавши коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r_s). Матрицю ключових кореляцій наведено у таблиці 2.9.

Аналіз отриманих кореляцій дозволяє зробити низку надзвичайно важливих, емпірично доведених висновків. Практично всі розраховані коефіцієнти мають знак «мінус» (обернений зв'язок) та є високими і статистично надійними ($p \leq 0,01$).

Таблиця 2.9 – Матриця кореляційних зв'язків між психологічними наслідками травми та параметрами сімейної взаємодії (за критерієм Спірмена)

Досліджувані змінні (чинники впливу)	**Сімейна згуртованість (FACES-3)**	**Сімейна гнучкість (FACES-3)**	**Загальний індекс адаптації шлюбу (DAS)**
Загальний рівень ПТСР (PCL-5)	-0,68**	-0,52**	-0,75 **
Симптоми гіперзбудливості (PCL-5)	-0,61**	-0,58**	-0,69**
Симптоми уникнення (PCL-5)	-0,71 **	-0,44*	-0,64**
Загальна агресивність (BPAQ-29)	-0,55**	-0,60**	-0,62**
Ворожість до світу (BPAQ-29)	-0,64**	-0,51**	-0,68**
Вербальна агресія (BPAQ-29)	-0,42*	-0,67**	-0,59**

*Примітка: ** – статистично значущий зв'язок на рівні $p \leq 0,01$; * – значущий на рівні $p \leq 0,05$.*

Аналізуючи дані з таблиці 2.9, можна зробити деякі висновки.

По-перше, виявлено надзвичайно сильний обернений зв’язок між загальним рівнем ПТСР та індексом діадичної адаптації (r_s = -0,75). Це математично неспростовно доводить головну гіпотезу нашого дослідження: чим вищий рівень бойового стресу у військовослужбовця, тим гіршою є якість його шлюбу і тим більша ймовірність розлучення. Травма буквально з’їдає ресурс стосунків.

По-друге, було виявлено точкову кореляцію між симптомами уникнення (PCL-5) та сімейною згуртованістю (r_s = -0,71). Психологічно це пояснюється дуже чітко: коли військовослужбовець блокує в собі болючі спогади, його психіка заодно блокує і здатність відчувати позитивні емоції (цей механізм відомий як емоційне оніміння). Відповідно, він не може повноцінно транслювати любов чи емпатію своїй партнерці. Згуртованість сім’ї розпадається саме через неможливість поділитися почуттями.

По-третє, звертає на себе увагу сильний обернений зв’язок між вербальною агресією та сімейною гнучкістю (адаптацією) (r_s = -0,67). Це свідчить про те, що коли в домі домінує крик і жорстке відстоювання своєї правоти, сім`я втрачає здатність гнучко домовлятися. Вона стає ригідною, застрягаючи у нескінченних циклах взаємних образ. Гнів ветерана діє як цемент, що паралізує будь-які спроби цивільного партнера змінити ситуацію конструктивним шляхом. Ворожість (r_s = -0,68 з DAS) працює як отрута уповільненої дії: постійна підозрілість чоловіка руйнує базову довіру, яка є фундаментом будь-якого шлюбу.

Для остаточного підтвердження отриманих тенденцій було використано методику порівняльного аналізу незалежних вибірок. З усього масиву респондентів виокремлено дві полярні групи:

Група 1 (n=22): Військовослужбовці з високим (клінічним) рівнем ПТСР (бали 33 і вище за PCL-5).

Група 2 (n=11): Військовослужбовці з низьким рівнем ПТСР (відсутність дистресу).

Зазначимо, що респонденти із помірним (субклінічним) рівнем ПТСР (n=17) для цього етапу розрахунків були навмисно виключені з порівняння. Такий методологічний крок – аналіз полярних груп – дозволив забезпечити максимальну чистоту статистичного експерименту та виявити найбільш контрастні відмінності між станом вираженої травми та станом нормативної адаптації.

Далі ми порівняли ці дві групи за показниками якості їхнього сімейного життя за допомогою непараметричного U-критерію Манна-Уїтні. Результати розрахунків представлені у таблиці 2.10.

Таблиця 2.10 – Порівняння показників сімейної адаптації у військовослужбовців з різним рівнем посттравматичної симптоматики (за U-критерієм Манна-Уїтні)

Показник подружньої взаємодії (DAS)	**Середній бал у Групі 1 (ПТСР+)**	**Середній бал у Групі 2 (ПТСР-)**	**Емпіричне значення ($U_{емп}$)**	**Статистична значущість (p)**
Діадична згода	38,4	51,2	34,5	$p < 0,01$ (значимо)
Діадичне задоволення	27,1	42,6	21,0	$p < 0,01$ (значимо)
Діадична згуртованість	10,2	19,5	45,5	$p < 0,01$ (значимо)
Вираження почуттів	5,1	9,8	48,0	$p < 0,01$ (значимо)
Загальний бал адаптації	80,8	123,1	18,5	$p < 0,01$ (значимо)

Розраховані емпіричні значення U за всіма без винятку шкалами виявилися значно меншими за критичні табличні значення для відповідної кількості спостережень, що підтверджує статистично значущі відмінності на найвищому рівні довірчої ймовірності ($p<0,01$).

Змістовна інтерпретація цих цифр приголомшує своєю контрастністю. Сім'ї військовослужбовців, яким вдалося уникнути формування ПТСР (Група 2), демонструють показники високофункціональних, щасливих родин (середній загальний бал DAS = 123,1). Вони легко знаходять спільну мову, мають спільні захоплення та відкриті у проявах ніжності. Спільне подолання стресу розлуки (в умовах служби) навіть зміцнило їхню прив'язаність, перевівши стосунки у фазу посттравматичного зростання.

Натомість Група 1 (особи з високим рівнем бойової психічної травми) опинилася у зоні глибокої сімейної деструкції (середній бал 80,8 при нормі від 97). Розрив у показниках задоволення шлюбом між цими групами є колосальним. Особливо драматично виглядає провал за субшкалою «Діадична згуртованість» (10,2 проти 19,5) та «Вираження почуттів» (5,1 проти 9,8). Це математичне свідчення того, що клінічний бойовий стрес фактично паралізує здатність пари до емпатійної співприсутності. Травмований військовослужбовець стає заручником у власному негативному досвіді, а його родина розпадається під вагою вторинного стресу, нерозуміння та перманентних конфліктів.

Отже, результати проведеного емпіричного дослідження дозволяють зробити обґрунтований і статистично підтверджений висновок. Психологічні наслідки участі у бойових діях не є ізольованою проблемою індивіда. Вони діють як потужний вірус, що інфікує та систематично руйнує всю мікросистему сім'ї. Ключовими механізмами цієї дестабілізації виступають гіперзбудливість, емоційне уникнення та трансформація невідреагованого стресу у вербальну агресію та ворожість. За відсутності своєчасного психологічного втручання та фахової сімейної терапії, такі сім'ї стрімко втрачають згуртованість, стають ригідними або дисфункціональними, що у підсумку неминуче призводить до тотального розриву подружніх зв'язків. Отримані дані зумовлюють критичну необхідність розробки ефективних практичних рекомендацій щодо гармонізації сімейних взаємовідносин та психологічної реадаптації військовослужбовців після участі у бойових діях.

2.3 Практичні рекомендації щодо гармонізації сімейних взаємовідносин та психологічної реадаптації військовослужбовців після участі у бойових діях

Отримані на попередньому етапі нашого дослідження емпіричні результати засвідчили досить тривожну тенденцію. Математично доведений факт глибокого подружнього дистресу майже у половини респондентів вимагає переходу від простої констатації проблеми до пошуку дієвих механізмів її вирішення. Очевидним є те, що фізичне повернення військовослужбовця додому не означає автоматичної демобілізації його психіки. Відтак, процес відновлення гармонії у шлюбі не може пускатися на самоплив, він потребує цілеспрямованих, поетапних зусиль обох партнерів.

Спираючись на виявлені нами специфічні наслідки впливу бойового стресу (висока вербальна агресія, гіперзбудливість, ригідність сімейних правил та емоційне уникнення), було розроблено структурований комплекс практичних рекомендацій. Логіка цих рекомендацій базується на принципі поступового розширення зони втручання: від стабілізації індивідуального стану до зцілення всієї сімейної системи. Цей підхід наочно візуалізовано на рис. 2.7.

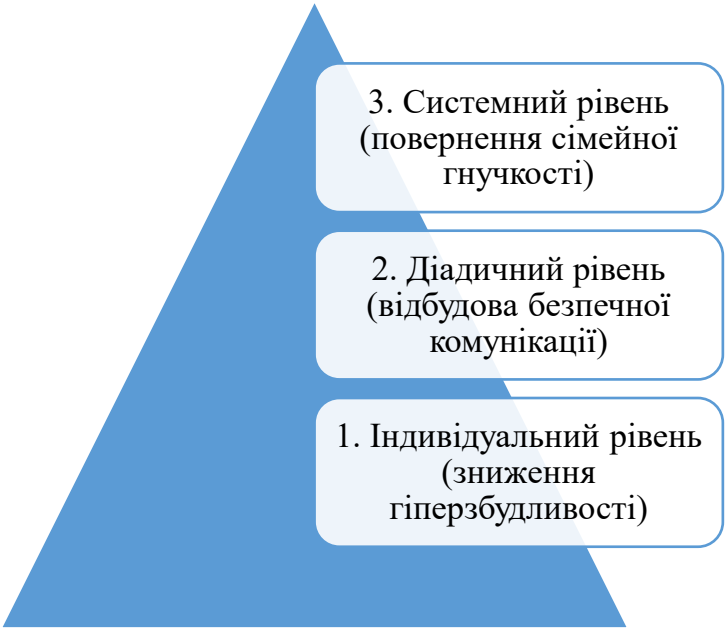


Рисунок 2.7 – Трирівнева модель сімейної реадаптації

Перший блок рекомендацій: Подолання бар'єрів емоційного уникнення

Як було з'ясовано під час аналізу за методикою PCL-5, симптоми уникнення є чи не найсильнішим фактором руйнування сімейної згуртованості (r_s = -0,71). Цивільний партнер часто сприймає мовчазність та відстороненість військовослужбовця як свідчення того, що «він мене більше не любить».

Для подолання цієї прірви провідна канадська дослідниця К. Монсон, розробниця когнітивно-поведінкової терапії для пар із ПТСР, наголошує на критичній ролі психоосвіти [46].

Рекомендується:

1) Правило «декодування симптомів»: Дружині важливо усвідомити, що емоційне оніміння чоловіка – це не персональна образа, а захисний рефлекс перевантаженої психіки. Військовослужбовець не «не хоче» відчувати радість, він тимчасово втратив доступ до цієї опції через законсервований стрес.

2) Дозування близькості: Не варто вимагати від травмованого партнера негайних довгих розмов по душах чи гучних сімейних свят. Відновлення емоційного контакту має відбуватися через мікро-інтеракції: спільне чаювання в тиші, короткі дотики, перегляд фільму без обов'язкового обговорення. Це знімає напругу та поступово повертає відчуття безпеки.

Другий блок рекомендацій: Екологічне управління гнівом та агресією

Наше дослідження зафіксувало критично високий рівень вербальної агресії та ворожості у військовослужбовців. В умовах сімейного побуту це означає блискавичну ескалацію будь-якої дрібної сварки. Відомий американський психолог Дж. Готтман довів, що жорстка критика та словесна агресія є найшвидшими «вершниками апокаліпсису» для будь-якого шлюбу, оскільки вони безповоротно випалюють довіру [36].

Щоб перервати цей деструктивний цикл, пропонується запровадити чіткий алгоритм дій, який відображено на рис. 2.8.

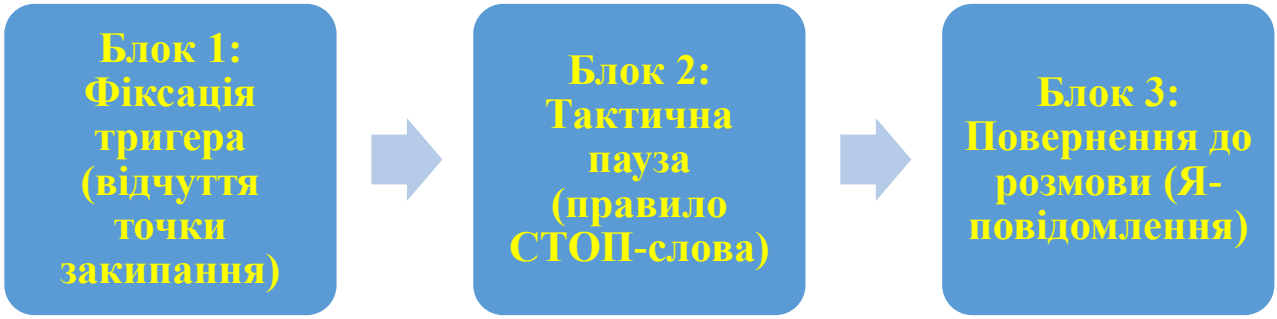


Рисунок 2.8 – Алгоритм деескалації конфлікту в умовах бойової травми

Практичне впровадження цього алгоритму вимагає наступних кроків:

1) Використання «СТОП-слова»: Подружжя заздалегідь, у спокійній обстановці, домовляється про умовний сигнал або слово. Як тільки один із партнерів відчуває, що гнів виходить з-під контролю і зараз почнеться крик (вербальна агресія), він вимовляє це слово. Це означає негайний, беззаперечний розрив контакту на 20-30 хвилин.

2) Тактична пауза: Цей час категорично заборонено використовувати для прокручування образ у голові. Його мета – суто фізіологічна: дати симпатоадреналовій системі ветерана знизити рівень гормонів стресу. Згідно з дослідженнями Ч. Тафта, який спеціалізується на проблемах агресії у ветеранів, такий тайм-аут рятує до 80% пар від переходу конфлікту у стадію відкритої війни [56].

3) Техніка «Я-повідомлень»: Після повернення до розмови партнери мають відмовитися від звинувачень на кшталт «Ти завжди на мене кричиш» або «Ти мене не розумієш». Натомість комунікація будується через призму власних почуттів: «Коли ти підвищуєш голос, я відчуваю страх і розгубленість». Це блокує агресивний захист у відповідь.

Третій блок рекомендацій: Повернення сімейної гнучкості та згуртованості

Наші дані за методикою FACES-3 яскраво підсвітили домінування роз’єднаного та ригідного типів сімей. Військовий досвід привчив ветерана до жорсткої ієрархії, де накази не обговорюються. Спроба принести цей

директивний стиль (ригідність) у дім неминуче наражається на спротив дружини, яка за час його відсутності навчилася самостійно керувати побутом. З цього приводу С. Джонсон, засновниця емоційно-фокусованої терапії, наголошує, що зцілення пари відбувається не через перерозподіл влади, а через створення спільного поля безпечної прив'язаності [40].

Рекомендується:

1) М'який перерозподіл обов'язків: Не варто вимагати від військовослужбовця одразу взяти на себе дотравматичний обсяг домашніх справ. Процес повернення до ролі «господаря дому» має бути поступовим. Спочатку це може бути лише одна невелика зона відповідальності (наприклад, прогулянки з собакою або оплата комунальних послуг), яка не викликає у нього гіперзбудливості.

2) Запровадження нових сімейних ритуалів: Старі сімейні традиції можуть більше не працювати або викликати болючі асоціації. Сім'ї необхідно створити нові, спільні ритуали, які будуть комфортними для зміненої психіки обох партнерів. Це може бути недільна прогулянка у тихому парку, спільне приготування сніданку або перегляд серіалу. Головне завдання тут – спільне проживання позитивного, нетравматичного досвіду, що поступово зшиватиме розірвані тканини згуртованості.

3) Профілактика вторинної травматизації (втоми від співчуття): Ч. Фіглі, видатний дослідник сімейного стресу, слушно зазначає, що цивільний партнер виступає своєрідним емоційним контейнером для болю ветерана [32]. Якщо дружина не матиме власних джерел відновлення (хобі, спілкування з друзями, групи підтримки для дружин військових), її ресурс швидко вичерпається, і шлюб зазнає краху. Тому турбота про власний психологічний стан цивільного партнера є не егоїзмом, а базовою умовою виживання сім'ї.

Отже, реадаптація військовослужбовця та гармонізація його сімейних відносин – це не спонтанний процес, а складна, ювелірна робота обох партнерів. Вона вимагає глибокого терпіння, базового розуміння механізмів

функціонування посттравматичної психіки та готовності трансформувати старі моделі спілкування. Наведені рекомендації, спрямовані на деескалацію агресії, подолання емоційного уникнення та відбудову довірчої близькості, утворюють надійний фундамент для того, щоб наслідки участі у бойових діях стали не вироком для шлюбу, а точкою спільного посттравматичного зростання.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі бакалавра вирішено актуальне науково-практичне завдання, яке полягало у комплексному теоретичному та емпіричному дослідженні впливу психологічних наслідків участі у бойових діях на функціонування сімейної системи військовослужбовця. Відповідно до поставленої мети та завдань, дійшли до наступних висновків.

1. Здійснений ґрунтовний аналіз сутності психологічних наслідків війни показав, що екстремальний бойовий досвід формує складну сукупність станів. Він бере свій початок від нормативних мобілізаційних реакцій (бойового стресу) і, за відсутності належної переробки, глибоко вкорінюється у психіку у вигляді патологічних форм – посттравматичного стресового розладу та моральної травми. З’ясовано, що ядром цих трансформацій є не просто фізіологічне виснаження організму, а деконструкція базових ціннісних орієнтирів, руйнування відчуття безпеки та кардинальна зміна когнітивних установок особистості щодо себе та навколишнього світу.

2. Дослідження специфіки побудови взаємовідносин у сім’ях військовослужбовців засвідчило, що такі родини функціонують як надзвичайно специфічні, високоорганізовані, але вкрай вразливі мікросистеми. Їхня життєдіяльність повністю підпорядкована жорстким вимогам інституції армії та циклам розгортання військ. Визначено, що ключовим викликом для збереження стосунків стає необхідність постійної, виснажливої адаптації до тривалої розлуки, вимушеного перерозподілу ролей та подальшої складної реінтеграції військового у домашній простір.

3. Розкриваючи чинники дестабілізації сімейної системи, встановлено, що бойова психічна травма має яскраво виражений системний ефект. Вона вражає не лише самого військовослужбовця, а й загрожує його найближчому оточенню. Ключовими деструкторами подружньої взаємодії виступають механізми емоційного уникнення (яке цивільний партнер зчитує як холодність і втрату почуттів) та гіперзбудливість. Саме втрата навичок

безпечної комунікації, неконтрольовані спалахи гніву та неможливість проговорити травматичний досвід формують нездоланну «стіну мовчання», що неминуче призводить до вторинної травматизації членів родини.

4. Проведене емпіричне дослідження (n=50) повністю верифікувало наші теоретичні припущення, перевівши їх у площину беззаперечних математичних фактів. Зафіксовано критично високий рівень травматизації: 44% опитаних військовослужбовців мають клінічно значущі симптоми ПТСР. За допомогою кореляційного аналізу (за критерієм Спірмена) математично доведено сильний обернений зв'язок ($p \leq 0,01$) між інтенсивністю бойового стресу та якістю шлюбу. Сім'ї травмованих військовослужбовців втрачають згуртованість, стають роз'єднаними та масово опиняються у зоні глибокого подружнього дистресу, де фіксується стрімке падіння інтимності та високий ризик розлучення. Натомість родини ветеранів без вираженого ПТСР зберігають високу функціональність, що доводить першочергову деструктивну роль саме некомпенсованої травми.

5. За наслідками емпіричного аналізу нами розроблено практичні рекомендації, які утворюють трирівневу модель сімейної реадаптації (індивідуальний, діадичний та системний вектори). Доведено, що гармонізація взаємин має розпочинатися з обов'язкової психоосвіти – вміння партнерки правильно «декодувати» симптоми травми. Обґрунтовано ефективність алгоритмів тактичної деескалації конфліктів (зокрема, техніки «СТОП-слова» для гасіння вербальної агресії). Підкреслено гостру потребу у поступовому, нетравматичному поверненні ветерана до домашніх обов'язків та формуванні нових спільних ритуалів, здатних відбудувати втрачену довірчу близькість.

Підсумовуючи, зазначимо, що бойова травма – це спільний виклик для родини. Реадаптація військовослужбовця буде успішною лише за умови, що сім'я відмовиться від спроб повернути «дотравматичне» минуле, а натомість розпочне складну, але життєво необхідну роботу з побудови нової моделі стосунків, заснованої на глибокій емпатії, гнучкості та спільному посттравматичному зростанні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артеменко А., Батаєва К. Мілітарна ідентичність та соціальна адаптація ветеранів АТО/ООС : монографія. Харків : Вид-во ХГУ «НУА», 2022. 192 с. URL : https://surl.lu/tdjqzl (дата звернення: 07.03.2026).

2. Балачій Л. О. Психологічний вплив військової служби на сімейні стосунки: адаптація військових та їх родин. *Universum.* 2024. № 14. С. 409-416.

3. Бондарев Г. В., Круть П. П. Основи військової психології : навч. посіб. Харків : Харків. нац. ун-т внутр. Справ. 2020. 272 с.

4. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.05. Тернопіль, 2019. 559 с.

5. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб: Постанова Кабінету Міністрів України; Порядок, Умови, Перелік від 29.11.2022 № 1338. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-п#Text (дата звернення: 07.03.2026).

6. Зінченко І.Ю. Комплекс методик для вивчення впливу психологічних наслідків участі у бойових діях на побудову військовослужбовцями взаємовідносин у сім'ї. *Google Forms.* URL : https://forms.gle/8wBXZMj13jx8ANFq6

7. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

8. Коломієць Т. В., Івіна М. Ю. Конфлікти в сім'ях військовослужбовців: теоретичні засади дослідження та практичні підходи до вирішення. *Вісник НТУУ «КПІ».* Серія : Політологія. Соціологія. Право. 2024. Вип. 4 (64). С. 6-14. URL : https://visnyk-psp.kpi.ua/article/view/322677/313034 (дата звернення: 14.02.2026).

9. Комар Т., Берегова Н., Жмуд Л. Психологічні наслідки участі у бойових діях для особистості ветерана. *Psychology Travelogs.* 2025. Вип. 5. С. 6-13. URL : https://pt.khmnu.edu.ua/index.php/pt/article/view/366/362 (дата звернення: 04.02.2026).

10. Крамченкова В. О., Чепелєва Н. І. Подружні конфліктогени як ознака сімейної кризи на різних етапах життєвого циклу сім'ї. Н*ауковий вісник Ужгородського національного університету.* Серія : Психологія. 2022. Вип. 1. С. 47-51. URL: https://surl.li/glhdak (дата звернення: 09.02.2026).

11. Кущенко І.В., Поджинська О.О., Руденко Л.Г. Взаємодія військовослужбовців з родинами як фактор підвищення їх резильєнтності. *Ментальне здоров'я.* 2025. № 1. С. 9-14.

12. Лелека Р. О., Миропольцева Н. І. Профілактика та вирішення конфліктів у сім'ях військовослужбовців. *Габітус.* 2024. Вип. 60. С. 236-239. URL : https://habitus.od.ua/journals/2024/60-2024/41.pdf (дата звернення: 01.03.2026).

13. Мартиненко С. О. Соціальна адаптація учасників воєнних конфліктів як технологія попередження соціальної напруги. *Габітус.* 2020. Т. 1, № 12. С. 57-62.

14. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. Київ : Наш формат. 2017. 1068 с. URL : https://surli.cc/lkkpgz (дата звернення: 20.02.2026).

15. Попик Ю. Психологічна стійкість військовослужбовців при виконанні бойових завдань. *Psychology Travelogs.* 2023. № 4. С. 121-129.

16. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. *Відомості Верховної Ради (ВВР),* 2021, № 8, ст. 59. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text (дата звернення: 06.02.2026).

17. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей: Закон України від 20.12.1991 № 2011-XII. *Відомості Верховної Ради України (ВВР),* 1992, № 15, ст.190. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text (дата звернення: 17.02.2026).

18. Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України: МОЗ України; Наказ, Методика, Перелік від 28.09.2012 № 751. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text (дата звернення: 04.03.2026).

19. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України; Концепція від 27.12.2017 № 1018-р. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-р#Text (дата звернення: 15.02.2026).

20. Сингаївська І. В., Лукаш Ю. С. Психологічна допомога при вирішенні подружніх конфліктів. *Вчені записки Університету «КРОК».* 2021. № 1 (61). С. 251-257. URL : https://surl.li/pttqrb (дата звернення: 11.03.2026).

21. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC : American Psychiatric Publishing. 2013. 992 p. URL : https://surl.li/dlswps (дата звернення: 03.03.2026).

22. Basham, K. Homecoming as safe haven or the new front: Attachment and detachment in military couples. *Clinical Social Work Journal.* 2008. Vol. 36, № 3. P. 273-286.

23. Bisson J. I., Cosgrove S., Lewis C., Robert N. P. Post-traumatic stress disorder. *BMJ.* 2015. Vol. 351. P. 1-6.

24. Bisson J. I., Cosgrove S., Lewis C., Robert N. P. Post-traumatic stress disorder. BMJ. 2015. Vol. 351. P. h6161.

25. Borges L. M., Bahraini N. H., Holliman B. D., Gissen M. R. et al. Veterans' perspectives on discussing moral injury in the context of evidence-based psychotherapies for PTSD and other VA treatment. *Journal of Clinical Psychology.* 2020. Vol. 76, № 3. P. 377-391.

26. Boss P. The Trauma and Burden of Ambiguous Loss. *Journal of Family Theory & Review.* 2016. Vol. 8, № 3. P. 269-281.

27. Buss A. H., Perry M. The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1992. Vol. 63, № 3. P. 452-459.

28. Cozza S. J. Support of Military Families with Children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America.* 2014. Vol. 23, № 3. P. 639-654.

29. Cozza S., Lerner R., Haskins R. Military and Veteran Families and Children: Policies and Programs for Health Maintenance and Positive Development. *Social Policy Report.* 2014. Vol. 28, №3. 30 p.

30. Creech S. K., Hadley W., Phipps R. The Impact of Military Deployment and Reintegration on Children and Families: A Rehabilitation Perspective. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports.* 2014. Vol. 2, № 4. P. 217-225.

31. Field A. Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. 4th ed. London: SAGE Publications, 2013. 952 p.

32. Figley C. R. Burnout in families: The systemic costs of caring. Boca Raton: CRC Press, 1998. 288 p.

33. Figley C. R. Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized. Routledge. 2013. 234 p.

34. Gade P. A. Military Psychology: An Introduction. In The Oxford Handbook of Military Psychology. *Oxford University Press.* 2015. P. 1-20.

35. Galovski T. E., Lyons J. A. Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior.* 2004. Vol. 9, №5. P. 477-501.

36. Gottman J. M. The marriage clinic: A scientifically-based marital therapy. New York : W.W. Norton & Company, 1999. 466 p.

37. Graham J. M., Liu Y. J., Jeziorski J. L. The Dyadic Adjustment Scale: A Reliability Generalization Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family.* 2006. Vol. 68, № 3. P. 701-717.

38. Greenberg N., Brooks S., Dunn R. Latest developments in post-traumatic stress disorder: diagnosis and treatment. *British Medical Bulletin.* 2015. Vol. 114, № 1. P. 147-155.

39. Howell D. C. Statistical methods for psychology. 9th ed. Belmont: Cengage Learning, 2021. 792 p. URL : https://surl.li/ycprap (дата звернення: 24.04.2026).

40. Johnson S. M. The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection. 2nd ed. New York : Brunner-Routledge, 2004. 360 p.

41. Karney B. R., Crown J. S. Families Under Stress: An Assessment of Data, Theory, and Research on Marriage and Divorce in the Military. RAND Corporation. 2011. 232 p.

42. Kouneski E. F. Family assessment and the circumplex model: New research developments and applications. *Minneapolis: Life Innovations*. 2000. P. 1-39.

43. MacDermid Wadsworth S. M. The Impact of Deployment on Military Families. *Child Development Perspectives.* 2013. Vol. 7, № 2. P. 75-79.

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

45. Maguen S., Litz B. Moral injury in veterans of war. *PTSD Research Quarterly.* 2016. Vol. 27, № 1. P. 1-6.

46. Monson C. M., Fredman S. J., Macdonald A., Pukay-Martin N. D., Resick P. A., Schnurr P. P. Effect of cognitive-behavioral conjoint therapy for PTSD on partners' psychological functioning. *Journal of Traumatic Stress.* 2012. Vol. 25, № 6. P. 659-667.

47. Olson D. H. Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. Family Process. 1986. Vol. 25, № 3. P. 337-351.

48. Palmer C. Military Family Resilience: A Review of the Literature. *Journal of Family Social Work.* 2014. Vol. 17, № 3. P. 234-246.

49. Park N. Military Children and Families: Strengths and Challenges during Peace and War. *American Psychologist.* 2011. Vol. 66, №1. P. 65-72.

50. Pincus S. H., House R., Christenson J., Adler L. E. The Emotional Cycle of Deployment: A Military Family Perspective. U.S. *Army Medical Department Journal.* 2001. № 4. P. 15-23.

51. Sayers S. L., Farrow V. A., Ross J., Oslin D. W. Family problems among recently returned military veterans referred for a mental health evaluation. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2009. Vol. 70, No. 2. P. 163-170.

52. Segal, M. W. The Military and the Family as Greedy Institutions. *Armed Forces & Society.* 1986. Vol. 13, № 1. P. 9-38. URL : https://www.jstor.org/stable/45305754 (дата звернення: 25.04.2026).

53. Shay J. Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*. 2014. Vol. 31, № 2. P. 182-191.

54. Spanier G. B. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family.* 1976. Vol. 38, № 1. P. 15-28.

55. Stevelink S. A., Jones M., Hull L., Pernet D. et al. Mental health outcomes at the end of the British involvement in the Iraq and Afghanistan conflicts: a cohort study. *The British Journal of Psychiatry.* 2018. Vol. 213, № 6. P. 690-697.

56. Taft C. T., Macdonald A., Creech S. K., Monson C. M., Murphy C.M. A randomized controlled clinical trial of the Strength at Home men's program for partner violence in military veterans. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2013. Vol. 74, № 9. P. 935-941.

57. Taft C. T., Watkins L. E., Stafford J., Street A. E., Monson C. M. Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2011. Vol. 79, № 1. P. 22-33.

58. Webster G. D., DeWall C. N., Pond R. S., Deckman T., Jonason P. K., Le B. M. The Brief Aggression Questionnaire: Psychometric and Behavioral Evidence for an Adaptable Measure. *Aggressive Behavior*. 2014. Vol. 40, № 2. P. 120-139.

59. Williamson V., Stevelink S. A., Greenberg N. Occupational moral injury and mental health: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry.* 2018. Vol. 212, № 6. P. 339-346.

60. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. 11th Revision. Geneva: WHO. 2018. URL : https://icd.who.int/ (дата звернення: 04.04.2026).

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала посттравматичного стресового розладу для DSM-5 (PCL-5)

Інструкція: Нижче наведено перелік проблем, які іноді виникають у людей після пережитого дуже стресового досвіду. Будь ласка, уважно прочитайте кожне запитання та позначте відповідь, яка найкраще відображає, наскільки кожна з цих проблем турбувала Вас протягом останнього місяця.

Шкала оцінювання:

0 – Зовсім ні

1 – Трохи

2 – Помірно

3 – Значною мірою

4 – Дуже сильно

Запитання:

1. Повторювані, тривожні та небажані спогади про стресовий досвід?

2. Повторювані, тривожні сни про стресовий досвід?

3. Раптове відчуття або поведінка, ніби стресовий досвід відбувається знову (ніби Ви знову переживаєте його)?

4. Сильне емоційне засмучення, коли щось нагадує Вам про стресовий досвід?

5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадує Вам про стресовий досвід (наприклад, прискорене серцебиття, утруднене дихання, пітливість)?

6. Уникнення спогадів, думок або почуттів, пов’язаних зі стресовим досвідом?

7. Уникнення зовнішніх нагадувань про стресовий досвід (наприклад, людей, місць, розмов, занять, предметів або ситуацій)?

8. Нездатність згадати важливі деталі стресового досвіду?

9. Наявність сильних негативних переконань щодо себе, інших людей або світу взагалі (наприклад, переконання типу: «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ абсолютно небезпечний»)?

10. Звинувачення себе або когось іншого в тому, що стався стресовий досвід, або в його наслідках?

11. Наявність сильних негативних почуттів (наприклад, страх, жах, гнів, провина або сором)?

12. Втрата інтересу до занять, які раніше приносили задоволення, або відмова від участі в них?

13. Відчуття відстороненості або віддаленості від інших людей?

14. Труднощі у переживанні позитивних емоцій (наприклад, нездатність відчувати щастя або любов до близьких людей)?

15. Дратівлива поведінка, спалахи гніву або агресивні дії?

16. Ризикована або деструктивна поведінка?

17. Надмірна настороженість або пильність?

18. Сильне здригання (лякливість) у відповідь на несподівані звуки чи рухи?

19. Труднощі з концентрацією уваги?

20. Труднощі із засинанням або сном?

Обробка результатів та інтерпретація (ключ):

Підрахунок результатів здійснюється шляхом простого сумування балів за всіма 20 пунктами методики. Кожна відповідь оцінюється за шкалою від 0 до 4 балів. Загальний можливий діапазон становить від 0 до 80 балів.

– 0 – 32 бали: Нормативний рівень або легкі залишкові реакції на стрес. Стан не відповідає клінічним критеріям ПТСР.

– 33 бали і вище: Попередній діагностичний поріг. Свідчить про високу ймовірність наявності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та виражену психологічну дезадаптацію.

Додатковий аналіз за кластерами симптомів (відповідно до критеріїв DSM-5):

Для більш глибокого аналізу впливу травми на сімейні взаємини, результати можна розподілити за чотирма специфічними субшкалами (кластерами):

Кластер B (Симптоми інтрузії / нав’язливі спогади): пункти 1-5.

Кластер C (Симптоми уникнення): пункти 6-7.

Кластер D (Негативні зміни у когнітивній сфері та настрої): пункти 8-14.

Кластер E (Симптоми гіперзбудливості та реактивності): пункти 15-20.

Додаток Б

Опитувальник агресивності Басса-Перрі (BPAQ-29)

Інструкція: Нижче наведено твердження, які описують різні особливості поведінки та ставлення до оточуючих. Оцініть кожне твердження за 5-бальною шкалою, залежно від того, наскільки воно відповідає вашому звичайному стану. Будьте максимально відвертими.

Шкала оцінювання:

1 – Дуже не схоже на мене (Зовсім не згоден)

2 – Швидше не схоже на мене (Швидше не згоден)

3 – Важко сказати (Ні так, ні ні)

4 – Швидше схоже на мене (Швидше згоден)

5 – Дуже схоже на мене (Повністю згоден)

Твердження:

1. Іноді я не можу впоратися з бажанням вдарити іншу людину.

2. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююся.

3. Коли люди не погоджуються зі мною, я не можу стриматися від суперечки.

4. Я іноді заздрю іншим людям.

5. Якщо мене спровокувати, я можу вдарити людину.

6. Я часто не погоджуюся з іншими.

7. Коли я розлючений, я можу грюкати дверима.

8. Іноді мені здається, що доля сміється наді мною.

9. Якщо хтось вдарить мене, я відповім тим самим.

10. Іноді я відчуваю, що мене готові розірвати на шматки (я як порохова бочка).

11. Коли люди мене дратують, я можу сказати їм усе, що про них думаю.

12. Я часто відчуваю, що зі мною не погоджуються без вагомих причин.

13. Я можу так розлютитися, що починаю кидати речі.

14. Здається, що інші завжди отримують від життя більше, ніж я.

15. Мої друзі вважають мене запальним.

16. Я можу пригадати випадки, коли я був настільки злий, що хапав першу-ліпшу річ і ламав її.

17. Я не можу промовчати, якщо люди зі мною не погоджуються.

18. У мене часто бувають напади гніву.

19. Іноді я відчуваю, що зі мною обходяться несправедливо.

20. Я часто вплутуюся в бійки.

21. Іноді я відчуваю в собі стільки злості, що готовий вибухнути.

22. Іноді я відчуваю безпричинну гіркоту або озлобленість.

23. Я часто сперечаюся з людьми.

24. Я дивуюся, чому іноді буваю таким роздратованим і злим.

25. Якщо я маю вдатися до насильства для захисту своїх прав, я зроблю це.

26. Я знаю людей, які кажуть про мене погане поза очі.

27. Мене важко вивести з рівноваги.

28. Деякі з моїх знайомих мене не люблять.

29. Я не бачу жодної вагомої причини, щоб коли-небудь вдарити людину.

Обробка результатів та інтерпретація (ключ):

Підрахунок здійснюється шляхом сумування балів за відповідними шкалами. Твердження №27 та №29 мають зворотне оцінювання (1 бал = 5, 2 бали = 4, 3 бали = 3, 4 бали = 2, 5 балів = 1). Усі інші твердження підраховуються у прямому значенні.

Шкали (кластери) агресивності:

1) Фізична агресія (ФА): сума балів за пунктами 1, 5, 7, 9, 13, 16, 20, 25, 29 (звор.). Показує схильність до фізичного вираження агресії.

2) Вербальна агресія (ВА): сума балів за пунктами 3, 6, 11, 17, 23. Показує готовність до прояву негативних почуттів як через форму (крик, вереск), так і через зміст (погрози, прокльони, лайка).

3) Гнів (Г): сума балів за пунктами 2, 10, 15, 18, 21, 24, 27 (звор.). Відображає емоційний компонент агресії, афективний стан, що характеризується запальністю.

4) Ворожість (В): сума балів за пунктами 4, 8, 12, 14, 19, 22, 26, 28. Когнітивний компонент агресії; відображає опозиційне ставлення до світу, відчуття несправедливості та підозрілість.

Загальний індекс агресивності дорівнює сумі балів за всіма чотирма шкалами. Діапазон можливих балів від 29 до 145.

– Низький рівень: менше 60 балів.

– Нормативний (середній) рівень: 60 – 90 балів.

– Високий рівень: вище 90 балів (свідчить про серйозні проблеми з контролем емоцій, що може слугувати сильним деструктивним фактором у сімейних взаєминах).

Додаток В

Шкала сімейної адаптації та згуртованості Д. Олсона (FACES-3)

Інструкція: Оцініть наведені нижче твердження за 5-бальною шкалою, орієнтуючись на те, як описані ситуації відбуваються у вашій сім'ї насправді (на даний момент).

Шкала оцінювання:

1 – Майже ніколи

2 – Рідко

3 – Іноді

4 – Часто

5 – Майже завжди

Твердження:

1. Члени сім'ї звертаються одне до одного по допомогу.

2. Під час вирішення сімейних проблем ми враховуємо пропозиції дітей (або інших членів сім'ї).

3. Ми схвалюємо та підтримуємо одне одного.

4. Діти (або інші члени сім'ї) мають право висловлювати свою думку щодо встановлених правил.

5. Ми любимо проводити вільний час разом.

6. Будь-який член сім'ї може підмінити іншого у виконанні домашніх обов'язків.

7. Ми відчуваємо себе ближчими одне до одного, ніж до сторонніх людей.

8. Наша сім'я часто змінює свої звички та правила поведінки.

9. Члени сім'ї люблять проводити час у колі найближчих родичів.

10. Ми разом обговорюємо і встановлюємо правила нашої поведінки.

11. Наша сім'я збирається разом щоразу, коли виникає якась проблема.

12. У нашій сім'ї діти ухвалюють рішення, які їх стосуються.

13. Коли сім’я збирається разом, кожен може робити те, що йому подобається.

14. Ми ділимося одне з одним своїми домашніми обов’язками.

15. Найважливіші рішення ми ухвалюємо всією сім’єю.

16. Наша сім’я легко пристосовується до нових обставин та змін.

17. Члени сім’ї охоче діляться одне з одним своїми інтересами та захопленнями.

18. Дітям дозволяється обговорювати з батьками їхні рішення.

19. Відпочинок у колі сім’ї нам подобається більше, ніж відпочинок із друзями чи на самоті.

20. У нашій сім’ї важко зрозуміти, хто є лідером (головним).

Обробка результатів та інтерпретація (ключ):

Опитувальник FACES-3 вимірює два основні параметри сімейного функціонування (згідно з Циркумплексною моделлю Д. Олсона). Підрахунок здійснюється шляхом простого сумування балів (пряма шкала).

1. Шкала сімейної згуртованості (Cohesion): сума балів за непарними пунктами (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19). Показує ступінь емоційного зв’язку та близькості між членами сім’ї.

– 10-31 бал (Роз’єднаний тип): низька згуртованість, висока емоційна ізольованість партнерів.

– 32-37 балів (Розділений тип): помірна згуртованість, оптимальний баланс незалежності і близькості.

– 38-42 бали (Зв’язаний тип): висока емоційна близькість, лояльність до сім’ї.

– 43-50 балів (Заплутаний/симбіотичний тип): надмірна згуртованість, відсутність особистих кордонів, надмірне злиття.

2. Шкала сімейної адаптації (Adaptability): сума балів за парними пунктами (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20). Відображає здатність сімейної системи гнучко змінювати ролі та правила під впливом стресорів.

– 10-19 балів (Ригідний тип): низька адаптація, нездатність до змін, авторитарність.

– 20-24 бали (Структурований тип): помірна адаптація, стабільність із можливістю компромісних змін.

– 25-28 балів (Гнучкий тип): хороша адаптація, демократичність, легка зміна ролей.

– 29-50 балів (Хаотичний тип): висока непередбачуваність, відсутність чітких правил і лідерства (часто виникає у період гострої сімейної кризи).

Найбільш гармонійними вважаються центральні (збалансовані) типи. Крайні показники (наприклад, Роз’єднано-Ригідний або Заплутано-Хаотичний) свідчать про глибоку дисфункцію системи внаслідок травматизації.

Додаток Г

Шкала діадичної адаптації Г. Спаньє (DAS)

Інструкція: Більшість людей мають певні розбіжності у своїх стосунках. Будь ласка, вкажіть приблизний ступінь вашої згоди або незгоди з партнером щодо кожного з наведених нижче пунктів протягом останнього часу.

БЛОК 1. Ступінь згоди (Питання 1-15)

Шкала оцінювання: 5 – Завжди згодні; 4 – Майже завжди згодні; 3 – Іноді не згодні; 2 – Часто не згодні; 1 – Майже завжди не згодні; 0 – Завжди не згодні.

1. Управління сімейним бюджетом (фінансами).
2. Питання відпочинку та розваг.
3. Релігійні питання.
4. Прояви любові та ніжності.
5. Спілкування з друзями.
6. Інтимні (сексуальні) стосунки.
7. Правила хорошого тону, поведінка в суспільстві.
8. Життєва філософія, погляди на життя.
9. Стосунки з батьками (своїми та партнера).
10. Життєві цілі та плани на майбутнє.
11. Тривалість та форми спільного проведення часу.
12. Прийняття важливих рішень.
13. Розподіл домашніх обов'язків.
14. Інтереси у вільний час.
15. Кар’єра та вибір професії.

БЛОК 2. Частота подій (Питання 16-22)

Шкала оцінювання:

0 – Увесь час; 1 – Дуже часто; 2 – Часто; 3 – Іноді; 4 – Рідко; 5 – Ніколи.

16. Як часто ви думаєте про розлучення або розрив стосунків?

17. Як часто ви або ваш партнер йдете з дому після сварки?

18. Як часто ви думаєте, що ваші стосунки розвиваються добре? (Зворотне оцінювання: 5 – Увесь час... 0 – Ніколи)

19. Чи довіряєте ви своєму партнеру? (Зворотне оцінювання: 5 – Увесь час... 0 – Ніколи)

20. Як часто ви шкодуєте, що одружилися (почали жити разом)?

21. Як часто ви сваритеся?

22. Як часто ви дієте одне одному на нерви?

БЛОК 3. Спільність та активність (Питання 23-28)

23. Чи цілуєте ви свого партнера?

(4 – Щодня; 3 – Майже щодня; 2 – Іноді; 1 – Рідко; 0 – Ніколи)

24. Чи маєте ви з партнером спільні інтереси (захоплення)?

(4 – Всі; 3 – Більшість; 2 – Деякі; 1 – Дуже мало; 0 – Жодних)

Як часто у ваших стосунках трапляються такі події?

(Питання 25-28 шкала оцінювання: 0 – Ніколи; 1 – Рідше разу на місяць; 2 – 1-2 рази на місяць; 3 – 1-2 рази на тиждень; 4 – Майже щодня; 5 – Частіше разу на день.

25. Спокійний обмін ідеями (думками).

26. Спільний сміх.

27. Спокійна розмова (обговорення чогось).

28. Спільна робота над якимось проєктом чи справою.

БЛОК 4. Проблемні зони (Питання 29-30)

Чи є наведені нижче пункти причиною розбіжностей у ваших стосунках?

29. Бути занадто втомленим для інтимних стосунків. (0 – Так; 1 – Ні)

30. Не виявляти любові чи ніжності. (0 – Так; 1 – Ні)

БЛОК 5. Загальна оцінка (Питання 31-32)

31. Оцініть ступінь вашого щастя у цих стосунках (обведіть цифру):

0 (Крайньо нещасливий) — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 (Ідеально щасливий)

32. Яке з тверджень найкраще описує ваше бачення майбутнього стосунків?

5 – Я відчайдушно хочу, щоб мої стосунки збереглися, і зроблю для цього все.

4 – Я дуже хочу, щоб мої стосунки збереглися.

3 – Я хочу, щоб стосунки збереглися.

2 – Було б добре, якби стосунки збереглися, але я не впевнений(а).

1 – Мені здається, що стосунки не збережуться, і я мало що можу зробити.

0 – Мої стосунки ніколи не будуть щасливими, немає сенсу їх продовжувати.

Обробка результатів та інтерпретація (ключ):

Шкала DAS дозволяє обчислити загальний показник діадичної (подружньої) адаптації, а також оцінити 4 специфічні субшкали якості стосунків. Підрахунок здійснюється шляхом сумування балів. Питання 18 та 19 оцінюються у зворотному порядку.

Субшкали:

1. Діадична згода (Dyadic Consensus): пункти 1-3, 5, 7-15. (Макс. 65 балів). Відображає ступінь згоди партнерів у базових питаннях життєдіяльності (фінанси, відпочинок, друзі).

2. Діадичне задоволення (Dyadic Satisfaction): пункти 16-23, 31, 32. (Макс. 50 балів). Вимірює рівень напруги в парі, частоту конфліктів та думок про розлучення.

3. Діадична згуртованість (Dyadic Cohesion): пункти 24-28. (Макс. 24 бали). Відображає ступінь емоційного та інтелектуального єднання (спільні інтереси, розмови).

4. Вираження почуттів (Affectional Expression): пункти 4, 6, 29, 30. (Макс. 12 балів). Вимірює задоволеність проявами любові та інтимною сферою.

Загальний індекс адаптації:

Сума балів за всіма 32 пунктами. Теоретичний діапазон від 0 до 151 бала.

– Менше 97 балів: Дисфункціональні стосунки (дезадаптація, високий рівень подружнього дистресу). Часто спостерігається у сім'ях, де партнер має ПТСР.

– 97 – 114 балів: Середній (нормативний) рівень адаптації. Стосунки мають певні труднощі, але зберігають стабільність.

– 115 балів і вище: Високий рівень адаптації (висока якість і задоволеність шлюбом).