

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н.КАРАЗІНА

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

(повна назва кафедри)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: **Концептуалізація психологічної травматизації дружин військових, які перебувають у зоні активних бойових дій**

Студента (ки) 1 курсу групи ЗПС52

другого (магістерського) рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми «Психологія» за
спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ

Стефанчук У.Т.

(прізвище та ініціали)

Керівник канд. психолог. наук, Павленко Г.В.

(посада, вчене звання, науковий ступінь, прізвище та ініціали)

Чотирьохрівнева шкала оцінювання _____

Кількість балів: __

Члени комісії __ _____

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

м. Харків – 2025 рік

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Розділ I. Теоретичні основи дослідження психологічної травматизації дружин військовослужбовців.....	8
1.1. Поняття психологічної травматизації у сучасній психології.....	8
1.2. Особливості психоемоційного функціонування дружин військовослужбовців: психологічні реакції у ситуації пролонгованого очікування, тривоги та невизначеності.....	12
1.3. Механізми розвитку вторинної травматизації та хронічного стресу у дружин військових.....	16
1.4. Соціокультурні та гендерні особливості проживання психологічної травми дружинами військових в українському контексті.....	19
1.5. Сучасні дослідження психологічної травматизації дружин військовослужбовців.....	22
Висновки до Розділу I.....	27
Розділ II. Методологічні основи дослідження психологічної травматизації дружин військовослужбовців.....	28
2.1. Мета і завдання дослідження.....	28
2.2. Організація дослідження: вибірка, критерії залучення, етичні принципи.....	29
2.3. Методи дослідження.....	32
Висновки до Розділу II.....	40
Розділ III. Емпіричне дослідження психологічної травматизації дружин військовослужбовців у контексті бойових дій.....	42
3.1. Емпірична характеристика вибірки.....	42
3.2. Кількісні результати дослідження психологічної травматизації.....	45
3.3. Якісний аналіз суб'єктивного досвіду респонденток (тематичний та контент-аналіз).....	62
3.4. Інтегрований аналіз та прикладні результати дослідження	70
Висновки до Розділу III.....	84

Висновки.....	86
Список використаних джерел.....	89
Анотації.....	97
Додатки.....	98

ВСТУП

Актуальність: Повномасштабна війна в Україні зумовила безпрецедентне зростання кількості жінок, чиї чоловіки перебувають у зоні бойових дій. Умови постійного стресу, тривоги за життя партнера, а також, емоційна та фізична дистанція, порушення у подружній взаємодії сприяють формуванню у дружин та партнерок військовослужбовців різноманітних психологічних реакцій. Це включає симптоми вікорної (вторинної) травматизації, тривожно-депривних порушень, вигорання, втрати життєвої перспективи.

Дослідження, проведені в США, Канаді та Ізраїлі підтверджують, що дружини військових, як ветеранів, так і діючих військовослужбовців, перебувають у зоні високого ризику психо-емоційного виснаження, що вимагає не лише наукового осмислення, але також вироблення механізмів та протоколів спеціалізованої підтримки. Зокрема, ізраїльські дослідження описують явище «психологічної мобілізації» жінок, які змушені пристосовуватись до постійного ризику [12], а також розшдяжають довготривалі наслідки життя у стані очікування [38]. Американські дослідження, з іншого боку, підкреслюють роль комунікації, підтримки та взаємодії у ході служби партнерів як буфера від наслідків травматизації для дружин [15].

Водночас, згадані дослідження не завжди релевантні у контексті війни в Україні, де соціальний, культурний та гендерний аспекти мають суттєві відмінності. Досвід дружин українських військових унікальний, він формується в умовах перманентної, гібридної війни, амбівалентності у суспільному ставленні, браку соціальної підтримки, відсутності усталених механізмів допомоги та, нерідко, перебування у стані постійної загрози власному життю та безпеці. Це обумовлює нагальну потребу у дослідженні цього явища та створенні теоретичної моделі, яка б відображала психологічну травматизацію саме в українських реаліях, з врахуванням реального досвіду дружин українських військовослужбовців. Відтак, дослідження є не лише актуальним, а й необхідним кроком до розробки ефективних механізмів психосоціальної допомоги у воєнний та післявоєнний період.

Практична значущість дослідження полягає у можливості використання його результатів для вдосконалення системи психологічної допомоги дружинам

військовослужбовців. Розроблена концептуальна модель може стати основою для створення адаптованих програм психосоціальної підтримки в умовах воєнного та післявоєнної реінтеграції цивільного населення. Зібрані емпіричні дані здатні посприяти підвищенню чутливості практичних психологів, соціальних працівників і фахівців у сфері психічного здоров'я до специфіки переживань жінок, чиї партнери перебувають у зоні бойових дій. Дослідження також може стати вагомим підґрунтям для подальших міждисциплінарних ініціатив, спрямованих на посилення видимості потреб і досвіду військових родин у державній політиці, реабілітаційних стратегіях та медійному дискурсі.

Мета: розробити концептуальну модель психологічної травматизації дружин військовослужбовців, які перебувають у зоні активних бойових дій.

Об'єкт: психологічна травматизація дружин військовослужбовців.

Предмет: типові психологічні реакції та механізми травматизації дружин військових у ситуації тривалого стресу, пов'язаного з перебуванням партнера у зоні бойових дій.

Завдання:

1. Проаналізувати сучасний науковий дискурс щодо психологічної травматизації у сім'ях військових у міжнародному (ізраїльському, американському, канадському) та українському контекстах.
2. Визначити основні психотравмівні чинники, що впливають на дружин військових під час активної фази бойових дій.
3. Виявити типові психологічні реакції дружин військових, зокрема афективні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви.
4. Дослідити вплив соціокультурних чинників на характер переживання та вираження психологічної травматизації.
5. Вивчити стратегії адаптації та підтримки та проаналізувати механізми використання копінг-стратегій.
6. Сформулювати емпірично обґрунтовану концептуальну модель психологічної травматизації дружин військовослужбовців із рекомендаціями для покращення системи діагностики та психосоціальної підтримки.

Гіпотеза дослідження полягає у тому, що рівень психологічної травматизації дружин військовослужбовців залежить від тривалості участі їхніх чоловіків у бойових діях, частоти контакту з партнерами, типу соціальної підтримки, яку вони отримують, а також, від соціокультурного контексту їхнього життя.

Методологія: дослідження має емпіричний, якісно-кількісний характер, який дозволяє комплексно охопити як суб'єктивні переживання жінок, так і узагальнені закономірності психологічних реакцій в умовах тривалого стресу (паралельно-конвергентний тип дизайну дослідження).

У дослідженні використано спеціально розроблену соціально-демографічну анкету, яка дає змогу окреслити базові характеристики вибірки та забезпечує необхідний контекст для подальшої інтерпретації кількісних та якісних результатів.

Для вивчення психоемоційного стану дружин військовослужбовців, які перебувають у зоні активних бойових дій використані такі психодіагностичні методики:

- 1). Для вивчення афективної складової використано: Шкалу DASS-21, яка дозволяє комплексно оцінити рівень тривоги, депресії та психоемоційного напруження.
- 2). Для вивчення травматичної складової (симптоми посттравматичного стресового розладу, включаючи вторинну травматизацію) застосовано Опитувальник PCL-5 (Скринінг ПТСР за класифікатором DSM-5), адаптований для цивільного українського населення.
- 3). Для вивчення процесуальної складової (механізми подолання стресу) використано Опитувальник копінг-стратегій COPE (скорочена версія на 30 пунктів), що дозволяє оцінити ефективність адаптивних і дезадаптивних стратегій подолання стресу.
- 4). Для вивчення загального психоемоційного благополуччя використано опитувальник WHO-5 –Індекс суб'єктивного емоційного благополуччя ВООЗ, який є скринінговим інструментом, чутливим до змін у психічному стані під впливом стресу.

Методи статистичної обробки даних: описові статистики – для аналізу середніх значень, стандартних відхилень та рівнів вираженості показників тривожності,

депресії, симптомів ПТСР, копінг-стратегій і суб'єктивного благополуччя; критерії Шапіро-Вілька – для перевірки розподілу даних на відповідність нормальному.

Порівняльний аналіз – для вивчення відмінностей у психоемоційному стані залежно від соціальних чинників (наявність дітей, тривалість шлюбу, частота контакту з чоловіком тощо). При нормальному розподілі застосовано t-тест та однофакторний дисперсійний аналіз ANOVA. У разі порушення нормальності використано непараметричні критерії Крускала-Волліса та Манна-Вітні.

Кореляційний аналіз (Спірмена) – для дослідження взаємозв'язків між рівнями тривоги, депресії, симптомами ПТСР, копінг-стратегіями та індексом благополуччя.

Кластерний аналіз – для виявлення типових профілів психоемоційного реагування та ресурсності серед учасниць опитування.

Регресійний аналіз – для визначення внеску ключових психологічних і соціальних чинників у варіацію показників психоемоційного стану респонденток.

Вибірка: 72 жінок віком від 20 до 60 років, які:

- Перебувають у шлюбі (офіційному або громадянському) з військовослужбовцем;
- Чий чоловік бере участь у бойових діях або перебуває у зоні бойових дій впродовж періоду щонайменше 6 місяців (з 2022 року);
- Живуть в Україні, так і ті, що перебувають за кордоном (за умови, що їх чоловіки служать в українській армії). Це дозволить порівняти психологічні реакції в різних соціальних та культурних контекстах.
- Надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Дослідження проводилося в онлайн-форматі (Google-Форма), з дотриманням принципів добровільності, анонімності та етичних норм психологічного дослідження.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ДРУЖИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Перший розділ присвячено теоретичному аналізу феномену психологічної травматизації дружин військовослужбовців, розглянуто фундаментальні поняття психології травми, психоемоційні особливості жінок у ситуації очікування, механізми вторинної травматизації, вплив соціокультурного контексту, а також, сучасні українські та міжнародні наукові дослідження у цій галузі.

1.1. Поняття психологічної травматизації: історія, підходи, сучасне розуміння

1.1.1. Основні підходи до розуміння травми

Робочим визначенням психологічної травми в цій роботі є розуміння її як порушення емоційних, когнітивних і соматичних процесів, що виникає під впливом події чи ситуації, яку людина сприймає як таку, що виходить за межі її адаптаційних можливостей [7, с.31-32]. Терміни «психологічна травма», «травматичний досвід», «психологічна травматизація» у тексті вживаються як синоніми та відображають загальну ідею про тривалу зміну функціонування особи у відповідь на травмівний чинник.

У психотерапевтичній традиції сформувалося кілька основних підходів до розуміння природи психотравми. Психодинамічна парадигма, започаткована працями З. Фрейда, розглядає травму як несвідому конфліктну подію, що спричиняє витіснення або дисоціацію [22, с.24-26]; Когнітивно-біхевіористичний підхід фокусується на тому, як сприйняття і мисленнєві патерни після травмівної події формують симптоми (наприклад, уникнення або гіперпильність) [8, с.5-7]; Нейропсихологічні моделі пояснюють зміни у мозковій діяльності – порушення у роботі гіпокампу, мигдалеподібного тіла, активацію осі НРА [37; 43]; Тілесно-орієнтовані методики розглядають травму як досвід, який зберігається тілом, що потребує інтеграції через роботу з соматикою [41].

У міждисциплінарних підходах психологічна травма дедалі частіше розглядається як не лише інтраперсональний, а й соціальний феномен. Зокрема, у роботах Джудіт

Герман [21; 22] з'являється поняття культурної травми як форм колективного переживання, що трансформує ідентичність групи чи навіть нації. Явище, актуальне у контексті реальності України і транскенераційного характеру травматизації.

1.1.2.Визначення травми: критерії DSM-5, ICD-11

Сучасне розуміння психологічної травми значною мірою формувалося під впливом діагностичних критеріїв, зазначених у провідних міжнародних класифікаторах психічних розладів – DSM-5 (Довідник діагностичних критеріїв Американської психіатричної асоціації) та ICD-11 (Міжнародна класифікація хвороб ВООЗ).

Згідно з DSM-5 [13], травмівною подією вважається безпосереднє переживання або досвідчення події, яка становить реальну чи потенційну загрозу життю, фізичній недоторканості чи безпеці як самої особи, так і інших. Такий досвід активує інтенсивні афективні реакції, зокрема, страх, відчуття безпорадності та\або розгубленості. DSM-5 визначає дію травмівного чинника як необхідну умову для постановки діагнозу посттравматичного стресового розладу (ПТСР), при цьому надаючи значної ваги саме суб'єктивному сприйняттю загрози, а не лише об'єктивній небезпеці.

Класифікація ICD-11 [40] пропонує більш комплексний і структурований підхід, зокрема, вводячи діагноз комплексного ПТСР (КПТСР). Цей діагноз застосовуються у випадках тривалого чи повторюваного травмівного впливу, як-от насильство у родині (зокрема, сексуалізоване), полон, тортури чи життя в умовах хронічної воєнної загрози. КПТСР передбачає не лише симптоми класичного ПТСР (інтрузії, уникнення, гіперзбудження), але й глибші зміни в емоційній регуляції, самоідентичності та міжособистісних стосунках. Останнє наближає клінічне розуміння травми до того, як її переживають дружини військовослужбовців, оскільки їхній досвід часто виходить за межі точкового одноразового впливу [4, с.146-147].

1.1.3. Психологічна травма як процес: етіологія та патогенез

Психологічна травматизація не є миттєвим актом, а складним динамічним процесом, у якому чільну роль відіграють як зовнішні обставини (екзогенні чинники), так і внутрішня вразливість особи (ендогенні характеристики). Етіологія травматичних розладів охоплює чималий спектр подій – від воєн, катастроф і насильства до втрати, зради чи глибоких особистих потрясінь. У свою чергу, психологічна вразливість детермінується попередніми досвідами травми, набутою низькою здатністю до емоційної регуляції, браком підтримки, особливостями структури особистості та генетичною передумовленістю.

Патогенез психологічної травми відображає нейробіологічну і психологічну відповідь організму на надмірний стрес, при якій на первинному рівні відбувається запуск симпатичної нервової системи та гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі (НРА), що готує тіло до реакції «бий або тікай». У випадку, коли реакція не має простору для втілення (наприклад, у ситуації безсилля), виникає замороження, заціпеніння, яке фіксує травматичний досвід у тілі [43, с.25].

Тривале перебування у стані надмірної активації або ж травмивної дисоціації ініціює хронічні процеси та провокує структурні зміни у мозку. Дослідження показують, що зниження активності префронтальної кори (відповідає, серед іншого, за когнітивний контроль), надактивність мигдалеподібного тіла (осередку страху) та порушення функціонування гіпокампу (опрацювання спогадів) обумовлює дезадаптивні поведінкові патерни: уникнення, гіперпильність, емоційну нестабільність, зниження здатності до близькості тощо [41;43].

1.1.4. Види травм: шокова, комплексна та травма розвитку

Психологічна травма є багатовимірним феноменом, який може проявлятися по-різному залежно від характеру події, тривалості впливу, віку, системи підтримки та внутрішніх ресурсів особи. У науковій літературі та клінічній практиці прийнято виділяти принаймні три основні типи травматичного досвіду:

- Шокова травма – наслідок аварії, нападу, повідомлення про загрозу життю близької людини. Йдеться про одноразовий травмівний вплив, який спричиняє сильну емоційну та тілесну реакцію і спотворює відчуття безпеки [7, с.15-16].
- Травма розвитку – тип травматизації, що виникає в умовах порушених прив'язаностей або систематичного нехтування потребами дитини, найбільшу загрозу вона несе у випадках емоційного чи фізичного насильства, та за відсутності стабільної референтної опори [7, с. 24-25].
- Комплексна травма формується під дією тривалого, повторюваного травмівного впливу, супроводжується руйнуванням базових уявлень про себе, інших і світ, а також стійкими труднощами у ділянках довіри та безпеки [7, с.13-15].

У контексті дослідження дружин військовослужбовців особливо значущим видається перетин шокової та комплексної травматизації [39, с.303-304], де шокова травма виникає, скажімо, у моменти отримання звістки про поранення, зникнення безвісти чи загрозу життю партнера, тоді як, комплексна розвивається внаслідок тривалого очікування, хронічного стресу та виснаження, самотності, розриву емоційного зв'язку, а також, у випадку експозиційного контакту із партнером, який сам є носієм ПТСР. Окрім того, у випадку дружин військових та ветеранів доволі поширеним явищем є травма прив'язаності, в основі якої стійке порушення у здатності до емоційного зв'язку та близькості, що посилюється неможливістю опертися на партнера у критичний час [30; 34].

1.1.5. Досвід війни як фактор психологічної травматизації

Одним із найстрашніших і, відповідно, найпотужніших за інтенсивністю травмівної дії, факторів є війна, оскільки створює умови перманентної загрози, непередбачуваності, втрати контролю над життям. Формотворчими ознаками цього виду травми є її тривалість і системність, а також, всеохопність, масштабність, адже, війна зачіпає не лише окрему людину, а й її середовище, родину, спільноту, націю.

У випадку жінок, чиї партнери перебувають на фронті, війна породжує травматичний досвід іншої природи – прояви вторинної чи вікарної травми. Наприклад, згідно з американським сімейним терапевтом, др. Чарльзом Фіглі

вторинна травматизація формується на ґрунті близькості емоційного контакту з особою, яка пережила травму, або через повторюване занурення в історії, спогади, загалом, симптоматику ПТСР близької людини [16, с.29-31]. Партнерки військових постійно проживають тривогу, напади паніки, розлади сну й порушення харчової поведінки, показово, що симптоматика вторинної травми може майже повністю імітувати клінічну картину ПТСР, включаючи флешбеки, емоційну відстороненість, гіперзбудження тощо [16, с.31]. При цьому самі жінки рідко ідентифікують свій стан як травматичний, що ускладнює своєчасне отримання допомоги. Також, до процесу травматизації долучається соціальний вимір, такі явища, як стигматизація у суспільстві, рольова переобтяженість, економічна нестабільність підсилюють психологічну вразливість. Відтак, досвід війни як фактор травматизації дружин військових має багаторівневу й пролонговану природу, що вимагає спеціального дослідницького і терапевтичного підходу.

1.2. Особливості вторинної травматизації та травми прив'язаності у контексті військової родини

1.2.1. Поняття військової родини: динаміка «фронт- тил»

Поняття «військової родини» (*military family*) є міждисциплінарною конструкцією, яка охоплює не лише юридичний вимір поняття, але й емоційні, психологічні та соціальні зв'язки між військовослужбовцем і членами його сім'ї [17, с.415]. У західних дослідженнях, зокрема, в американській, ізраїльській та канадській традиціях, військова родина розглядається як цілісна система, де фронти та цивільне життя перебувають у постійній взаємодії, утворюючи структуру, для якої характерна своя внутрішня динаміка (нерідко, пов'язана їх циклами служби військового) та яка функціонує в умовах хронічного стресу та нестабільності [36].

Американські дослідники акцентують на тому, що військові родини перебувають у межах т. з. «циклів призову (служби)», які включають фази підготовки до відправлення, власне розлуки, повернення, реінтеграції та адаптації. Кожна з цих фаз супроводжується специфічними емоційними викликами як для військовослужбовця, так і для його партнерки [27; 23, с.13-16].

В ізраїльській моделі військова родина розглядається крізь призму впливу тривалої розлуки та обмеженої, дозованої комунікація, які творять основу для дестабілізації емоційного стану партнерок, а також проявів клінічної симптоматики, часто спричиняючи депресивні та тривожні прояви [38, с.418-422].

Канадський підхід акцентує увагу на потребі системної соціальної підтримки не лише для військовослужбовців, а й для їхніх родин, особливо в умовах затяжних військових конфліктів [28; 19].

Водночас український контекст вирізняється високим рівнем невизначеності, постійною присутністю війни у публічному та медійному просторі, а також, браком чітко означених меж мобілізації, що ускладнює процес адаптації сімей до служби їхніх членів [49].

Згадана динаміка «фронт-тил» породжує феномен відчуження та ізоляції, оскільки не лише реальність осіб, не причетних до служби т.зв. «цивільних родин» є відмінною, але й досвіди обох партнерів у рамках «військової родини» часто є доволі різними, що призводить до розривів у комунікації, фрагментації образу спільного майбутнього та втрати відчуття єдності у шлюбі чи партнерстві. До психологічних чинників додаються соціальні труднощі: рольова перевантаженість (жінка виконує функції обох батьків), ізоляція (через соціальне нерозуміння чи стигму), провина (зумовлена перебуванням в умовно безпечному середовищі) та відчуття безсилля. У таких обставинах формується сприятливий ґрунт для виникнення вторинної травматизації

1.2.2. Вторинна (вікарна) травматизація: визначення, механізми, роль емпатії та включеності

Поняття вторинної травматизації або вікарної травми описує стан, за якого особа, що емоційно залучена до допомоги або співпереживання людині, яка пережила травмівну подію, починає демонструвати подібні симптоми, не будучи безпосереднім учасником(-цею) події [16, 12, с.137-138]. Механізм вторинної травматизації ґрунтується на емпатійному зв'язку: чим глибша емоційна близькість між партнеркою та військовослужбовцем, тим вищий ризик розгортання травмівної

симптоматики у жінки. У випадку дружин військових емпатійне включення реалізується через щоденний контакт із епізодичними фрагментами бойового досвіду: розповідями чи меседжами, які містять описи, зображення картин війни, історіями про загиблих чи поранених побратимів, обставини їх каліцтв, загальними поведінковими змінами партнера. До цього додається очікування негативних новин як постійний мотив, безперервне відстежування новин і телеграм-каналів, що підсилює відчуття емоційного виснаження.

До поширених симптомів вторинної травматизації належать, зокрема: гіперпильність, порушення сну, панічні, часто ірраціональні за свою суттю, приступи, стан фонові тривоги навіть без реальних на те причин, симптоми деперсоналізації, дереалізації та втрати контакту з тілом, труднощі із концентрацією уваги тощо [38, с.417-419]. Як бачимо, жінки можуть проживати травму як внутрішній досвід, навіть за відсутності безпосереднього впливу травмівного чинника, особливо загострюється ця симптоматика у фазах інтенсивних бойових дій або після повернення партнера з фронту у стані ПТСР. Глибинна емоційна включеність за таких обставин, будучи виявом любові й турботі, водночас, часто стає джерелом хронічного дистресу та травмівної експозиції.

1.2.3. Травма прив'язаності: порушення стабільного емоційного контакту

Згідно з теорією прив'язаності Джона Бовлбі потреба у стабільному емоційному контакті є фундаментальною для психічної рівноваги, особливо в умовах загрози [31, с.44]. У ситуації, коли об'єкт прив'язаності емоційно або фізично недоступний, замість безпечного типу розвиваються дисфункційні форми прив'язаності, наприклад, тривожана, уникаюча тощо [24, с.231]. У військовому контексті це виявляється через постійні розлуки, нестабільність комунікації та часті періоди відсутності зв'язку, які спотворюють звичну модель стосунків.

Коли порушується структура емоційної близькості, стосунки перетворюються у джерело напруги, так виникає травма прив'язаності. Психологи М. Мікулінчер і З. Соломон описують це як процес, в якому зв'язок з близькою людиною більше не виконує регулятивної функції безпеки, а, натомість, стає джерелом неспокою, слугує

чинником дестабізації емоційної системи, як наслідок, проявляються форми реагування, притаманні тривожному типу прив'язаності: страх покинутості, надмірний контроль, ревності або, навпаки, емоційне відсторонення [30, с.204-206]. Такі порушення у структурі прив'язаності часто супроводжуються зниженням самооцінки, втратою довіри до партнера, руйнуванням базового відчуття безпеки, порушенням у сприйнятті інтимності, що має далекосяжні наслідки для психо-емоційного стану суб'єкта.

1.2.4. Емоційна взаємозалежність у партнерстві

У родинях військовослужбовців часто формується глибока емоційна взаємозалежність: емоційний стан одного з партнерів безпосередньо впливає на психоемоційне функціонування іншого. У таких обставинах жінка зазвичай намагається бути «опорою» для партнера, ігноруючи власні емоційні потреби та переживання. Це явище наближається до стану співзалежності, за якого хтось один з подружжя фактично жертвує собою в ім'я стабільності іншого [6, с.68-69]. Така односторонність є подвійно травматичною: з одного боку, партнерка намагається виконувати роль підтримки, з іншого, вичерпує власний ресурсний стан. Через стигматизацію психічних розладів, тиск суспільних очікувань щодо «сильної жінки героя» та відсутність зовнішньої підтримки жінка не звертається по допомогу, що сприяє емоційному виснаженню (подібні висновки є результатом низки досліджень у США та Канаді) [19; 23].

Нерідко вираз емоцій набирає форм реактивності та (само)деструктивності, у якій партнерка неусвідомлено ретранслює стан чоловіка-військового [11], віддзеркалюючи його прояви ПТСР, зокрема, агресію, апатію або емоційне оніміння. Внаслідок цього в обох партнерів може розвинути клінічна симптоматика, що взаємно підсилюється та формує замкнуте коло спільного переживання травми. Брак психотерапевтичної або соціальної підтримки, як і відсутність належної уваги до таких проявів з боку суспільства, поглиблюють дистрес і підвищують ризики формування хронічних психічних порушень.

1.3. Психоемоційний стан дружин військовослужбовців у ситуації тривалого очікування, тривоги та невизначеності

1.3.1. Психологічні реакції на тривале очікування і невизначеність

Життя дружин військових у воєнний час супроводжується глибокими психоемоційними навантаженнями, яке є тривалими, накопичувальним за своєю природою і нерідко без чіткого розуміння меж і тривалості. Домінуючими у цьому досвіді стають хронічна тривога, стан невизначеності, постійне очікування небезпеки, що створюють умови передиспозиції для патологічних процесів. Ситуація постійного очікування рідко розглядається як окремий стресогенний фактор, однак у випадку дружин військових вона набуває властивостей хронічної психологічної травматизації з поступовим виснаженням особистісних, емоційних і тілесних ресурсів.

Відсутність стабільної комунікації з фронту, суперечливі новини, довгі періоди відсутності зв'язку, усе це разом активує і утримує механізми тривоги. Жінка змушена жити у режимі постійної присутності загрози, який супроводжується втратою відчуття контролю над життям, посиленням безпорадності та емоційним ступором. Такий стан, на думку згаданої травмотерапевтки Дж. Герман можна концептуалізувати як психологічну замороженість, внутрішнє «завмирання», коли звичні емоційні реакції гальмуються, або притуплюються, а майбутнє сприймається як примарне [21, с. 379]. У окремих випадках дружин військових це набуває форми так званого «відкладеного горювання»: яке проявляється як стан життя «на паузі», у якому жінки, фактично, забороняють собі сумувати, скаржитись, будувати плани, відпочивати, бо наче і не мають підтвердження про загибель чоловіка, але й не мають надії на швидке повернення [9]. До цього додається ефект емоційних «гойдалок»: хвилини радості (повідомлення від чоловіка, позитивні новини про ситуацію на його ділянці фронту) різко змінюються панікою (обстріли, відсутність зв'язку, погані новини або їх відсутність в цілому). Такі перепади емоцій провокують нервові виснаження глибшого рівня, ніж хронічний стрес, і призводять до емоційної дизрегуляції, апатії або гістрійонних станів.

Здебільшого дружини військових не мають змоги бути активними учасницями подій, без здатності вплинути на ситуацію, що посилює відчуття втрати контролю та

порушення суб'єктності. Це стає живильним ґрунтом для вторинної травматизації, у якій особа не тільки переживає страх і тривогу, а й починає втрачати зв'язок зі своєю ідентичністю, роллю, тілесністю [31, с.33-34]. У відповідь на такі умови жінки активують різноманітні психологічні захисні механізми: заперечення, раціоналізацію, проєкцію, які, на думку Герман, короткочасно допомагають впоратися, але у довшій перспективі можуть посилити соціальну ізоляцію, відчуження від дітей, конфлікти з рідними [21, 377].

Не менш важливими є психосоматичні прояви стресу: порушення сну, головні болі, втрата апетиту або переїдання, м'язове напруження, проблеми з серцево-судинною та ендокринною системами, шлунково-кишковим трактом тощо [43, с. 20-21]. Жінки часто ігнорують ці симптоми, що часто підвищує ризик розвитку хронічного перебігу розладу.

1.3.2. Вплив хронічного стресу на психоемоційний стан

Дія тривалого стресу викликає не лише психологічне, а й глибинне нейробіологічне виснаження. Тривала активація осі гіпоталамус–гіпофіз–наднирники веде до надлишкової продукції кортизолу, що руйнує гомеостаз: пригнічує імунітет, погіршує якість сну, впливає на серцево-судинну систему, та водночас, викликає структурні зміни у головному мозку [37, с.12]. Особливо страждає гіпокамп, який відповідає за пам'ять, концентрацію уваги та регуляцію емоцій, у дружин військових це може проявлятися у вигляді депресивних епізодів, розладів адаптації, тривожних станів, панічних атак, а також розладів сну і харчової поведінки [43, с.20]. У поєднанні із життєвими обставинами (відповідальність за дітей та батьків, зміна звичних ролей, вимушене переселення, економічна нестабільність) це створює підґрунтя для психоемоційних порушень. Особливо небезпечно, коли жінка має попередню історію травматичних досвідів у минулому (у дитинстві, у стосунках, внаслідок втрати), оскільки, саме невирішена травма робить її більш чутливою до нових стресів [41, с. 132-133]. У такому випадку йдеться не просто про реакцію на ситуацію, а про накладання травматичних досвідів, що підвищує ризики розвитку ПТСР, соматоформних та дисоціативних розладів. У одному із найновіших досліджень

(2023 року) К. Салліван та Я. Парк показано, що травматизація у сім'ях військових не залежить лише від тривалості чи інтенсивності служби, авторки доводять важливість врахування саме попередніх психоемоційних станів та сімейного анамнезу партнерів як предикторів схильності до психотравми [39, с.304-306].

1.3.3. Роль психо-соціальної підтримки і самоорганізації

Соціальна підтримка виступає ключовим захисним чинником у збереженні психічного здоров'я дружин військових при тривалому стресі, а її нестача призводить до стану соціальної покинутості, стигматизації («Йому там важко, а чого ти страждаєш?»), знецінення власного болю та переживань [12, с. 139]. Такий соціальний тиск у межах родин, громад чи навіть церковних спільнот лише посилює психоемоційні труднощі.

Втім, попри ці виклики, багато жінок виявляють високий рівень креативної адаптації. Вони створюють групи підтримки, волонтерські проєкти, долучаються до фандрейзингових акцій, організують тематичні спільноти у соцмережах. Такі низові ініціативи слугують ресурсними майданчиками, дають змогу висловити емоції, знайти розуміння серед тих, хто досвідчує схожі виклики, відчутти приналежність до чогось важливого, а з нею, відновити суб'єктність.

Важко переоцінити роль психологічної підтримки для дружин військових. Згідно даних одного із найновіших досліджень, проведених Ізраїльським Центральним Бюро Статистики та опублікованих у вересні 2025 року, виявлено чітку залежність між психо-емоційним станом дружин військових та ветеранів та регулярною психологічною допомогою, опитування демонструє, що близько 35% дружин військових потребують психологічної допомоги, тут цікаво також те, що цей відсоток зростає до 68-73% серед дружин піхотинців, які несуть службу на передовій лінії зіткнення [2].

Нарешті, критично важливим залишається усвідомлення власної вразливості як норми, а не патології. У цьому сенсі, програми психоосвіти, тренінги зі стресостійкості та навичок адаптативності, терапевтичні групи для жінок, чий партнер на війні, мають величезний потенціал у підтримці життєстійкості [3, с.22].

1.4. Соціокультурні та гендерні особливості досвіду дружин військових в українському контексті

У реальності військових конфліктів соціокультурні чинники та гендерні уявлення відіграють чільну роль у формуванні особливостей переживання травми дружинами військовослужбовців. Українське суспільство, яке традиційно орієнтоване на консервативні сімейні цінності, покладає на жінок низку очікувань і соціальних шаблонів, нерідко формують та визначають їхню поведінку, емоційний стан та психологічну реакцію на виклики війни.

1.4.1. Традиційні гендерні ролі та уявлення про жіночу стійкість

В українській культурі історично утверджено уявлення про жінку як «опору родини» та «берегиню», яка має бути стійкою, витривалою та здатною триматися навіть у найскладніших обставинах [50, с.37-39]. Ця роль ґрунтується на глибоких історичних і культурних патернах, які сприймають жіночу «силу» як обов'язок і форму жертвності, що часто не залишає простору для вираження вразливості та потреб у підтримці [50, с.39]. Важливо підкреслити, що така романтизація жіночої ролі у воєнний час, з одного боку, певною мірою сприяє мобілізації та самоорганізації жінок, але з іншого, створює внутрішній конфлікт між суспільними очікуваннями та індивідуальними емоційними переживаннями [20, с. 35-36]. В українському суспільстві цей конфлікт посилюється патерналістськими наративами, зокрема, поширеною думкою, що «їм (військовим) там гірше, тому я не маю права скаржитися», себто, на домінуванні героїчного наративу чоловіків-військових і знеціненні на цьому тлі жіночих досвідів, як другорядних і «негероїчних» [32, с.90-93]. Така установка поглиблює психологічне навантаження та перешкоджає відкритому обговоренню проблем, сприяючи придушенню емоцій та ускладнюючи доступ до психосоціальної підтримки.

Українські дослідження також відзначають, що дружини військових часто змушені виконувати подвійні ролі: не лише підтримувати родинний побут, а й брати активну участь у волонтерських рухах та громадських ініціативах, які виступають як форма колективної стійкості [32]. Проте при цьому відсутність достатніх ресурсів і

соціальної підтримки створює умови для хронічного емоційного вигорання, що стає невидимою, проте поширеною проблемою серед цих жінок [53, с. 21-22].

Втім, видається справедливим підкреслити, що такий стан речей, де наративи дружин військових не є достатньо видимими у суспільно-медійному просторі і не сприймаються на загал як самостійне джерело знань, не є унікальним. Схожі тенденції прослідковуються в Канаді, де напрацювання довкола теми травматизації дружин військових є відносно недавніми і переважно вони базуються, подібно як в Україні, на опитуваннях чоловіків, а не їхніх партнерок, свідчення яких залишаються прогалиною у концепції зумовленої участю у військових діях травми. Тут на окрему згадку заслуговують праці Мері Кіллінг, як одні із небагатьох, де обґрунтовано важливість дослідження та видимості саме жіночих наративів [23].

Як було згадано вище, в українському суспільстві, незважаючи на героїзацію військовослужбовців у публічному дискурсі, дружини військових часто залишаються «невидимими» і позбавленими уваги з боку державних і соціальних інституцій [25, с. 209]. Основний фокус підтримки спрямований на фронт, що зумовлює недостатність комплексної системної допомоги сім'ям в тилу. Результатом є низька доступність психологічних послуг, а також, відсутність адаптованих програм підтримки, орієнтованих саме на потреби дружин військових [45]. У багатьох регіонах України, особливо у сільській місцевості, звернення по психологічну допомогу досі залишається табуйованим через страх осуду чи навіть цькування [45].

Окремі громадські ініціативи намагаються заповнити ці прогалини, створюючи мережі підтримки і освітні платформи для дружин військових. Водночас відсутність системної уваги до цих потреб ускладнює раннє виявлення психоемоційних проблем і своєчасне надання допомоги.

1.4.2. Колективна травматизація та ресурсність жіночих спільнот

Жінки, чиї партнери на війні, перебувають не лише в особистому, а й у колективному полі травми, для них війна є не епізодом, а постійною присутністю у житті, повсякденності, у якій вибухи, сирени, втрати та погані новини стали нормою. Це формує унікальний контекст колективної травматизації в Україні, у якому дружини військових є безпосередніми учасницями і свідками війни [54]. Постійний

контакт із загрозою, інформаційний та емоційний тиск творять фоновий стрес, який накладається на індивідуальні переживання кожної жінки [47, с.118-119].

У таких умовах дружини військових виконують множинні ролі: матері, доглядальниці, працівниці, волонтерки, емоційної опори. Це багаторівневе навантаження, що водночас і мобілізує, і виснажує. Жінка виконує функцію емоційного контейнера – втримує напругу сім'ї, приховує власні страхи від дітей, підтримує мораль близьких і часто організовує допомогу фронту чи підрозділу чоловіка. Цей подвійний тиск – внутрішній і зовнішній, породжує унікальну амбівалентність: гордість за партнера, злість на ситуацію, провину за власне життя, бажання бути корисною і водночас тотальне виснаження власних ресурсів [1, с.206].

Попри всі описані виклики, саме жіночі спільноти, як формальні, так і неформальні, стають простором відновлення, опору та дії. Вони перетворюють травматичний досвід на ресурс - волонтерські ініціативи, групи підтримки, онлайн-спільноти стають не лише способи допомогти іншим, а й шляхи до самозбереження. Жінки в таких групах отримують визнання свого досвіду, емоційну валідацію, обмін стратегіями виживання, а іноді й нове професійне зростання [4; 26], такі спільноти допомагають подолати ізоляцію і сприяють формуванню нових моделей ідентичності жінок, що поєднують традиційну роль «берегині» з активною громадянською позицією [45].

Коллективне знання і солідарність стають ґрунтом інтеграції травмивних досвідів, способом культурної трансформації ролі дружини військового: з пасивного очікування у стан активної суб'єктності. Крім того, участь у спільнотах підвищує відчуття контролю, формує альтернативну ідентичність, що є поширеним запитом серед дружин військових і ветеранів, для яких обмеження особистісного виміру до ролі «дружини військового» часто стає чинником внутрішнього напруження та конфлікту, та призводить до втрати відчуття цілісності [11; 23].

1.5. Сучасні дослідження психологічної травматизації дружин військовослужбовців

1.5.1. Основні тематичні напрями сучасних досліджень

Психологічна травматизація дружин військовослужбовців є багатовимірним і комплексним феноменом, який все частіше стає предметом академічної уваги у світі. Огляд міжнародних досліджень, пов'язаних із темою психологічної травматизації дружин та, у ширшому сенсі, родин військовослужбовців, у нашій роботі ґрунтується насамперед на сучасних американських, канадських та ізраїльських дослідженнях, які з одного боку, презентують доволі широкий дискурс у межах тематики воєнної травми, з іншого, є релевантними через досвіди військових операції та місій (Ірак, Афганістан) та повномасштабного військового конфлікту, як у випадку Ізраїлю. Розглянуті нижче джерела творять підґрунтя для розуміння того, як різні досвіди війни, тривалої служби і, зумовленої ними, розлуки впливають на сімейну систему, динаміку стосунків і психоемоційний стан дружин військових.

Провідними тематичними векторами у сучасних дослідженнях є, зокрема, вторинна травматизація, яка виникає у зв'язку з тісною емоційною взаємодією жінки з партнером, що переживає ПТСР (дослідження Р. Дейкел, З. Соломон, К. Реншоу); спектр реакцій та переживань тривалої розлуки, невизначеності та постійного страху за життя партнера (праці Л. Кноблох-Феддерс, П. Лестер); окремим об'єктом вивчення залишаються питання, пов'язані із впливом служби на динаміку стосунків та відчуття близькості (М. Мікулінчер, М. Лагад, Т. Галовські, А. Гевірц та ін).

Одним із ключових напрямів у цій темі є поширення упродовж останніх років низки родинно-орієнтованих підходів, які розглядають ментальне здоров'я діючих військових та ветеранів з точки зору системної парадигми, оскільки тягар військової служби лягає на плечі усієї сім'ї (дослідження В. Зельцмана, Л. Менсер, Г. Зерах) [36; 28; 44]. Поряд із цим, впродовж останніх років з'явилася низка праць, які розкривають питання соціальної ізоляції та стигматизації дружин військових, що поглиблює розрив між цивільною та військовою реальностями та зумовлює відчуття самотності (Е. Гуерін, Т. Галовські) [19]. Ізоляція посилюється внаслідок дефіциту розуміння з

боку суспільства й стигматизації емоційних переживань (детально розглянуто у працях Дж. Дейвіс та Д.Ворд) [10].

1.5.2. Зарубіжні дослідження

У США, Канаді та Ізраїлі впродовж останніх років проведено низку масштабних досліджень травматизації родин військових. Основну увагу у цих роботах приділено різноманітним аспектам взаємозалежності у подружніх парах, де один з партнерів є учасником бойових дій [34, с. 587]. Особливого зацікавлення серед фахівців набули сімейно-орієнтовані підходи, які концептуалізують ментальне здоров'я діючих військових та ветеранів, а також, членів їх родин з точки зору системної парадигми. Ефективність такого підходу доводять напрацювання таких дослідників, як В. Зальцман, П. Лестер та В. Бірдслі [36]. Автори наголошують, що ініціативи на кшталт американських програм FOCUS (Families Overcoming Under Stress), розроблена спільно Гарвардською школою медицини спільно з Університетом Каліфорнії, стали основою для програм сімейної профілактики і терапії травматичних наслідків військової служби, базованих на психоедукації та покращенні комунікації між членами родини [36, с.21-22]. Важливим для українського контексту є розглянутий у роботі феномен «стримування сильних емоцій», який дослідниці пов'язують із культурною установкою військових родин на витривалість, що, відповідно, унеможливорює переробку травматичного досвіду [36, с.25]. Ще одним важливим аспектом, розглянутим американськими авторами є феномен горювання наперед («anticipatory grief»), який простежується у партнерок військових навіть без фактичної втрати чоловіка і формується на тлі постійної тривоги і очікуваної загрози. Тут важливо також згадати А. Гевіртц і Д. ДеГармо, авторів Моделі Стресу Військової Родини, яка пояснює, як зовнішні стресори (зокрема, тривалість служби, повторні призови, соціальні фактори) впливають на партнерів і дітей [17, с.415-417]. Натомість, у дослідженні згаданій вище П. Лестер показано, що тривалість служби не завжди безпосередньо пов'язана із рівнем дистресу та/чи порушенням сімейного функціонування, а радше діє опосередковано, через накопичення сімейних стресорів і специфіки адаптації пари [27]. Важливим для українського контексту є розглянутий

у роботі феномен «стримування сильних емоцій», який дослідниці пов'язують із культурною установкою військових родин на витривалість, що, відповідно, унеможлиблює переробку травматичного досвіду [27, с. 939-940]. Ці висновки узгоджуються із напрацюваннями К. Реншоу та К. Родрігес, які досліджують ризик розвитку вторинної травматизації у співвідношенні із мірою емоційної залученості у шлюбі [34].

Окремо варто згадати якісне дослідження Елайзи Борах, базоване на опитуванні дружин діючих військових і ветеранів. Авторка використовує тематичний аналіз і показує, що основними джерелами стресу є непередбачуваність та, зумовлені нею, відсутність контролю, постійна тривога та ізолюваність [4]; схожі акценти знаходимо і в роботі Дж. Дейвіс та Д.Ворд, де підкреслено нелінійний характер переживань дружин військових і соціальне відчуження обумовлене небажанням публічно озвучувати власні переживання, через тиск очікувань суспільства [10].

Канадський контекст має свої особливості, за спостереженнями Е. Гуерін та І. Ріхтер, базованими на опитуванні 29 дружин військових канадської армії, виявлено, що основними стресорами є такі обставини служби як тривалість, непередбачуваність та відсутність інформації, водночас, стабілізуючим фактором виступає сталість комунікації з партнером [19]. В оглядовій праці іншої канадської дослідниці - Лінди Менсер здійснено широкий аналіз динаміки сімей військових, робота фіксує низку важливих закономірностей: з одного боку, відсутність партнера підвищує рівень стресу у членів родини; з іншого, у деяких випадках служба партнера може навіть покращити сімейну динаміку, зміцнюючи почуття спорідненості на основі спільного досвіду. Поряд із цим авторка порушує тему інтимності та близькості як однієї з найбільш табуйованих сфер і є новаторкою у емпіричних дослідженнях проблематики [28, с. 32-34].

Окремий актуальний для України аспект досліджень травматизації дружин військових пов'язаний із працями ізраїльської професорки Рейчел Декел – чільної дослідниці воєнно-обумовленого ПТСР. Її спільна праця із травмотерапевткою З. Соломон зосереджена довкола теми вторинної травматизації у дружин військових, яка розвивається на тлі вираженого ПТСР у партнерів [12]. Напрацювання Р. Декел

мають важливе значення не лише для розуміння етіології та патогенезу ПТСР та вторинної травми, а й для вироблення механізмів психосоціальної підтримки, як для ветеранів, так і для їхніх родин. Важливою для нашої теми є її нещодавня (2025 р.) публікація у співпраці з А. Данон, у фокусі якої дослідження природи згаданого вище феномену невизначеної втрати і посттравматичних симптомів у партнерок і партнерів солдатів Ізраїльських Сил Оборони [9]. У цьому контексті доречно також згадати праці професора Гаді Зераха, зокрема, одну з найновіших, присвячену травмі, пов'язаній із мобілізацією резервістів під час Ізраїльсько-Палестинського конфлікту. У його дослідженнях розглядаються ризикові й захисні фактори у дружин та партнерок військових [44, с. 20-24]. Огляд напрацювань ізраїльських дослідників не буде повним без згадки праць автора моделі копіngu *BASIC PH* Муулі Лагада, який зосереджується на механізмах подолання травматичних подій [26] та професора М. Мікулінчера [30], який вивчає подружню інтимність, теорію прив'язаності та вторинну травматизацію.

1.5.3. Український контекст: новизна і виклики у дослідженнях

В Україні психологічна травматизація дружин військовослужбовців досі немає належного наукового висвітлення, увага дослідників переважно зосереджується на ветеранах та діючих військових, тоді як психоемоційний стан дружин та партнерок, їхні досвіди та щоденні виклики залишаються поза фокусом. Водночас, після 2022 року з'являється більше ініціатив, орієнтованих на дослідження жіночого досвіду війни, до них належать, наприклад: звіти аналітичного центру CEDOS [48], дослідження Інститут Соціології [49], Аналітичного центру «ЮрФем» [45], а також робота Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України [53], які дають фрагментарне, але важливе уявлення про специфіку становища жінок, у ширшому сенсі, у реальності війни в Україні. На жаль, ці напрацювання наразі не мають сталої підтримки й систематичного характеру. Важливо також, що переважають (не лише серед українських напрацювань) кількісні опитування, тоді як методи якісного аналізу (нарративний, феноменологічний, кейс-стаді) лишаються

недостатньо застосованими, хоча саме вони є, якщо не ключовими у розумінні суб'єктивного досвіду травми, то цінними як джерело знань.

В українському контексті також бракує феміністичного підходу та оптики до вивчення травматизації, що зумовлює недостатню увагу до таких феноменів, як стигма, рольовий конфлікт, пригнічення потреб жінки через патріархальні уявлення про «героїчну стійкість» [50; 25].

1.5.4. Перспективи подальших досліджень

З огляду на виявлені прогалини, актуальними стають міждисциплінарні, гендерно чутливі та наративно-орієнтовані дослідження. Важливо аналізувати не лише симптоматику, але й феноменологію досвіду: як саме жінки описують своє становище, які мовні та смислові конструкти використовують для осмислення травми, якими є механізми проживання їхнього досвіду та копінгу.

Доцільним є впровадження якісних методів дослідження, зокрема, глибинних інтерв'ю, застосування тематичного аналізу, кейс-стаді, які дозволяють розкривати індивідуальні та контекстуальні аспекти переживання [23, с.17-18]. Слід також поєднувати академічну роботу з практичними кейсами, зібраними через співпрацю з ветеранськими спільнотами, громадськими організаціями та жіночими ініціативами (наприклад, «Жіночий ветеранський рух», «Родина Героя», Veteran Hub).

Крім того, дослідження мають враховувати вплив цифрових медіа на поширення досвіду травматизації та створення підтримувальних онлайн-спільнот, які можуть виступати ресурсом для ресилієнтності. Таким чином, подальші дослідження повинні не лише документувати фактичний стан справ та відображати статистичний вимір травматизації, але й створювати концептуальні моделі порушень, адаптації та відновлення жінок, які живуть у реальності гібридної війни.

Висновки до Розділу I

Проведений теоретичний аналіз дозволив розкрити феномен психологічної травматизації дружин військовослужбовців як багаторівневого процесу, що охоплює індивідуальні, міжособистісні, соціокультурні виміри. Психотравма визначається не лише як наслідок надзвичайної за інтенсивністю впливу події, а як форма інтерпретації у внутрішньому світі людини, що супроводжується трансформацією ідентичності, порушенням емоційної регуляції та базового відчуття безпеки. Особливої уваги було приділено специфіці переживання психологічної травми дружинами військовослужбовців, з огляду на унікальні соціокультурні та гендерні виклики, які загострилися в умовах повномасштабного вторгнення Росії в Україну.

Виявлено, що травматизація дружин військових має пролонгований, реляційний характер і поєднує риси шокової, комплексної, вторинної травми та дезадаптивного типу прив'язаності. Механізми цього процесу включають емоційну взаємозалежність, хронічну тривогу, втрату контролю та співпереживання досвіду партнера, який перебуває у зоні травматизації і може мати прояви ПТСР.

Узагальнення міжнародних досліджень (США, Канада, Ізраїль) показало, з одного боку, універсальність природи травми у військових родинах, з іншого, дозволило зробити висновки про унікальність українського контексту через тривалість війни, її безпосередню присутність у житті цивільних і недостатній рівень системної підтримки партнерок військовослужбовців.

Відзначено роль жіночих спільнот і волонтерських ініціатив як важливого ресурсу ресильєнтності та самоорганізації. Підкреслено потребу у формуванні міждисциплінарних, гендерно чутливих і якісних досліджень, що забезпечують суб'єктність дружин військових у науковому, терапевтичному та суспільному дискурсі.

Отже, підсумовуючи результати теоретичного аналізу, можна стверджувати, що психологічна травматизація дружин військових вимагає окремого системного осмислення з фокусом на тривалості впливу, соціокультурному тлі та специфіці української воєнної реальності, що актуалізує подальше емпіричне вивчення й розробку концептуальної моделі цього феномену.

РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ДРУЖИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У ЗОНІ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Цей розділ містить опис методологічної стратегії дослідження, що охоплює його мету та цілі, характеристику вибірки, етичні засади, застосований діагностичний інструментарій та обґрунтування специфіки аналізу даних. Запропонована методологія поєднує кількісні та якісні підходи для глибшого розуміння й концептуалізації досвіду психологічної травматизації дружин військовослужбовців у реаліях війни.

2.1. Мета і завдання дослідження

Дослідницька актуальність теми зумовлена глибокою та всеохопністю змін, до яких спричинила повномасштабна війна в Україні, зокрема, докорінною трансформацією життєвих умов та зростанням психологічного навантаження на цивільне населення. Однією із найбільш вразливих категорій у цій ситуації залишаються дружини військовослужбовців – жінки, які опинилися у ситуації подвійного виклику: з одного боку, вони несуть тягар очікування, невизначеності, страху за життя партнерів, а з іншого – необхідність підтримувати життєздатність родини, піклуватися про дітей, вирішувати побутові та соціальні проблеми в умовах хронічного стресу.

Психологічні стани, з якими стикаються дружини військових в Україні, охоплюють, серед іншого, психоемоційне напруження, вікарну (вторинну) травматизацію, соціальну ізоляцію, емоційне виснаження, порушення цілісності особистості та ідентичності. На жаль, попри гостроту і багаторівневність цієї проблеми у реальності України, простежується відчутний брак фахових міждисциплінарних досліджень, присвячених цій групі.

Це актуалізує мету нашого дослідження, яка полягає у виробленні концептуальної моделі психологічної травматизації дружин військовослужбовців, які перебувають у зоні активних бойових дій. Така мета продиктована необхідністю глибшого осмислення психологічних механізмів, які визначають стан жінок, чії партнери

несуть службу на передовій лінії зіткнення, і відтак, потребою вироблення теоретично обґрунтованих підходів до надання психосоціальної допомоги.

Досягнення поставленої мети передбачає реалізацію наступних завдань:

1. Проаналізувати сучасний науковий дискурс щодо психологічної травматизації у сім'ях військових у міжнародному (ізраїльському, американському, канадському) та українському контекстах.
2. Визначити основні психотравмівні чинники, які впливають на дружин військових під час активної фази бойових дій.
3. Виявити типові психологічні реакції дружин військових, зокрема афективні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви.
4. Дослідити вплив соціокультурних і гендерних чинників на характер переживання та вираження психологічної травматизації.
5. Вивчити стратегії адаптації та проаналізувати механізми використання копінг-стратегій.
6. Сформулювати емпірично обґрунтовану концептуальну модель психологічної травматизації дружин військовослужбовців із рекомендаціями для покращення системи діагностики та психосоціальної підтримки.

2.2. Організація дослідження: вибірка, критерії залучення, етичні принципи

Емпіричне дослідження проводилося впродовж серпня-вересня 2025 року з дотриманням засадничих вимог наукової та професійної етики. Метою було зібрати якісні й кількісні дані для побудови концептуальної моделі психологічної травматизації дружин військовослужбовців.

У дослідженні взяло участь 72 жінок, які є дружинами військовослужбовців Збройних Сил України. Вибірку сформовано методом цільового відбору.

Критерії включення: жіноча стать; вік від 20 до 60 років; наявність офіційного або фактичного (цивільне партнерство) шлюбу з військовослужбовцем ЗСУ; тривалість перебування партнера безпосередньо у зоні бойових дій не менше шести місяців; володіння українською мовою; надання інформованої добровільної згоди на участь у дослідженні.

Критеріями виключення визначено: наявність діагностованих тяжких психічних розладів, які можуть суттєво впливати на здатність до рефлексії або участі (на основі самозвіту); активна військова служба самої учасниці; відмова від згоди на обробку даних у межах наукового дослідження.

Рекрутинг здійснювався через соціальні мережі, зокрема закриті спільноти – ветеранські та волонтерські жіночі об'єднання. Додатково респондентки залучались з числа клієнток, які перебувають у терапевтичній роботі з дослідницею, а також за рекомендацією знайомих і подруг, які беруть участь у групах підтримки або мають подібний досвід. Такий багатоканальний підхід дав змогу сформувати релевантну цільову вибірку, що відображає різні варіанти досвіду та суб'єктивного переживання військового партнерства в умовах війни. Серед респонденток є дружини представників різних родів військ та звання, військовослужбовців, які несуть службу у підрозділах різного типу, місця дислокації та з різним рівнем та частотою залученості (ротацій) до бойових завдань. Така різноманітність контингенту військовослужбовців, дружини яких увійшли до вибірки, дає можливість врахувати вплив різних умов та типів служби на психоемоційний стан жінок та дозволяє охопити ширший спектр реакцій, пов'язаних із різним рівнем залученості партнерів до бойових завдань

У ході дослідження дотримано всіх ключових етичних норм, які регулюють наукову діяльність у сфері психології. Зокрема, дослідження здійснене відповідно до Етичного кодексу психолога, затвердженого на Установчому з'їзді Товариства психологів України 20 грудня 1990 року, а також з орієнтацією на основні засади, викладені в Етичному кодексі Європейської федерації психологічних асоціацій (EFPA) [35].

Участь була повністю добровільною. Кожна учасниця попередньо отримувала короткий опис цілей дослідження, структури анкети, орієнтовної тривалості заповнення, а також, інформацію щодо конфіденційності та зберігання даних. Після ознайомлення з цими положеннями учасниці підтверджували інформовану згоду на участь, яка ставала можливою лише після підтвердження пункту «Так, я даю згоду на участь у дослідженні», що фіксувалося автоматично з вказанням дати і часу. Усі 72

учасниці виявили згоду, що підтверджено у реєстрі електронних згод (Додаток Б, таблиця 2.1).

Також, з метою забезпечення доступності, опитувальник було запропоновано у двох форматах: у вигляді Google-форми для онлайн-заповнення, а також, як текстовий документ (Word), який можна було завантажити, роздрукувати або заповнити офлайн (зразок анкети подано у додатку А). Це дало можливість уникнути цифрових бар'єрів для респонденток, які не мають активного Google-акаунту або стикаються з технічними труднощами. Обидва варіанти мали однакову структуру, супровідну інформацію та блок інформованої згоди, що забезпечувало дотримання принципів інформованості, доброзачесності й доступності дослідження.

З огляду на чутливість теми та можливий вплив соціально бажаних установок, респонденткам було наголошено на повній анонімності участі, відсутності правильних або очікуваних відповідей, а також, на важливості щирості в інтересах дослідницької мети. Це дозволило мінімізувати феномен «соціальної бажаності», зменшити тиск самопрезентації та створити умови для автентичного чесного самовираження.

Учасниці мали право відмовитися від участі на будь-якому етапі без пояснення причин і без негативних наслідків. Також була передбачена можливість пропустити будь-яке запитання, якщо воно викликало внутрішній дискомфорт. Анонімність і конфіденційність було гарантовано: не збиралися персональні дані (ПІБ, контактна інформація, адреса тощо), а відповіді зберігалися у зашифрованому вигляді на захищеному паролем носії.

Щоб запобігти ретравматизації, у формулюванні запитань уникнуто тригерних чи надмірно емоційно насичених висловів – стиль анкети є тактовним і нейтральним. У завершальному блоці респондентки отримували інформацію про можливість звернутися по психологічну підтримку: як до авторки дослідження (безкоштовна онлайн-консультація), так і до рекомендованих визнаних в Україні сервісів допомоги.

Задля дотримання принципу наукової прозорості та підвищення обізнаності щодо інструментів дослідження, в кінці кожного блоку надано посилання на оригінали та

адаптовані українські версії психодіагностичних методик. Це сприяло формуванню довіри до дослідження і відповідало академічним стандартам.

Таким чином, у процесі збору даних було забезпечено повагу до гідності респонденток, захист їхнього емоційного стану, дотримання принципів наукової доброчесності та етичної відповідальності з боку дослідниці.

2.3. Методи дослідження

2.3.1. Соціально-демографічна анкета: зміст та обґрунтування пунктів

У межах даного дослідження було використано спеціально розроблену соціально-демографічну анкету, метою якої є збір базової інформації про учасниць, що дозволяє окреслити загальні характеристики вибірки, провести групування за релевантними ознаками та інтерпретувати кількісні та якісні результати у соціокультурному зрізі. Крім того, згідно логіки дослідження, демографічні змінні виступають модераторами та контрольними змінними у статистичному аналізі впливу воєнного досвіду на психоемоційний стан.

Анкета включає такі пункти:

- Вік (у повних роках) – базовий показник для розподілу учасниць за віковими категоріями, який може бути пов'язаний із рівнем тривожності, депресивності або ресурсності.
- Освіта – дає змогу оцінити освітній рівень, що впливає на доступ до ресурсів, обізнаність у сфері ментального здоров'я та потенційну стресостійкість.
- Місце проживання (в Україні чи за кордоном) – критичний контекстуальний чинник в умовах війни. Переїзд чи евакуація потенційно впливають на психологічну адаптацію.
- Тип населеного пункту (місто/ село/ селище) – пов'язаний із рівнем доступу до ресурсів та допомоги, ізоляцією, соціальними особливостями та специфікою інфраструктури.
- Статус стосунків із військовослужбовцем – дозволяє врахувати тип партнерства (офіційний шлюб, цивільне партнерство, сепарація), що має значення для суб'єктивного відчуття підтримки, стабільності та стресу.

- Тривалість стосунків – може пояснювати глибину емоційного зв'язку, історію стосунків і механізмами копінгу та реагування.
- Тривалість перебування партнера у зоні передової лінії зіткнення – основна змінна для дослідження глибини впливу воєнного досвіду на психоемоційний стан учасниць.
- Частота контакту із партнером – слугує показником емоційної близькості та впливає, зокрема, на рівень тривоги, наявні уявлення про безпеку партнера й загальну інтенсивність стресу.
- Досвід окупації або перебування у зоні бойових дій – чинник особистої травматизації, який потрібно враховувати при аналізі психоемоційних показників і можливих коморбідних процесів у респонденток.
- Досвід евакуації або вимушеного переселення – пов'язаний із втратами та адаптаційними порушеннями.
- Наявність дітей – гіпотетично може виступати як джерелом додаткового навантаження, так і ресурсом. Уточнення віку та кількості дітей не передбачається у межах даного дослідження.
- Отримання психологічної підтримки – релевантний показник саморефлексії, інтерпретації рівня симптоматики та потенційного впливу інтервенцій або усвідомлення потреби у них.
- Наявність хронічних захворювань або медичних станів – включено з метою контролю можливих соматичних чинників, які можуть впливати на самопочуття.
- Поточна зайнятість – дозволяє оцінити ресурсність, стабільність, включеність у соціальне життя, а також, вплив зайнятості на стресові рівні та копінги.

Також, у дослідженні враховано, що деякі соціально-демографічні змінні, зокрема, тип населеного пункту, рівень освіти, професійна діяльність, тощо, можуть опосередковано вказувати на контекстуальні відмінності у гендерних ролях та соціальних очікуваннях, що потенційно впливають на рівень емоційного вираження, самостигматизацію й готовність звертатися по психологічну допомогу (Додаток А, Частина І).

2.3.2. Психодіагностичні методики

У межах нашого емпіричного дослідження було використано психодіагностичний інструментарій, який дає змогу кількісно оцінити основні психоемоційні стани, пов'язані із тривалим стресом, а також, виявити особливості адаптації та загального благополуччя. Підбір методик зумовлений завданнями дослідження, зокрема, потребою проаналізувати вплив воєнного контексту на стан жінок, чиї партнери перебувають у зоні бойових дій, і визначити можливі зв'язки між симптомами тривоги, депресії, ПТСР, копінг-стратегіями й рівнем суб'єктивного добробуту.

У дослідженні застосовано визнані українською психологічною спільнотою адаптації скринінгових психодіагностичних інструментів, що продемонстрували належний рівень валідності та надійності. Додатково враховано потребу в інструментах, придатних до самостійного заповнення в онлайн-форматі без втрати якості результатів.

1). Методика DASS-21 (Шкала депресії, тривоги і стресу)

Для оцінки психоемоційного стану учасниць дослідження застосовано шкалу DASS-21, розроблену австралійськими дослідниками С. Х. Ловібондом і П. Ф. Ловібондом (1995) (Додаток А, частина II.). Методика дозволяє кількісно виміряти рівень трьох емоційних станів – депресії, тривоги та стресу, що є ключовими індикаторами психоемоційного навантаження у жінок, чиї партнери беруть участь у бойових діях, а також загалом для вивчення травмівного досвіду в умовах війни. Шкала містить 21 твердження, розподілене між трьома підшкалами. Оцінювання здійснюється за 4-бальною шкалою, де 0 – «зовсім не притаманно», а 3 – «переважно або майже завжди притаманно». Методика демонструє високу надійність та валідність у різних культурних контекстах.

У межах цього дослідження вжито офіційно адаптований український варіант опитувальника [52], що забезпечує валідність та релевантність результатів у межах українського соціокультурного контексту та зберігає свої психометричні характеристики в онлайн-форматі.

2). Методика PCL-5 (Шкала перевірки посттравматичного стресового розладу)

До психодіагностичного арсеналу дослідження включено PCL-5 – опитувальник для скринінгу ПТСР за довідником DSM-5 (Додаток А, частина III). Методика містить 20 пунктів, кожен із яких відповідає одному з діагностичних критеріїв ПТСР згідно міжнародного класифікатора: інтрузіям, уникненню, негативним когнітивно-емоційним змінам та надмірній збудливості.

Респондентки оцінюють ступінь вираження симптомів за шкалою від 0 ("зовсім не турбувало") до 4 ("дуже сильно турбувало"), вказуючи, наскільки симптом непокоїв їх впродовж останнього місяця. Передбачено декілька варіантів інтерпретації: підрахунок загального балу (0-80) та підсумовування за підшкалами DSM-5. PCL-5 має високу внутрішню узгодженість ($\alpha \approx 0,94-0,96$) і підтверджену факторну структуру відповідно до кластерної моделі DSM-5, що робить методику надійним інструментом для досліджень і клінічних оцінок.

У цьому дослідженні використано український перекладений варіант цивільної версії PCL-5, що релевантна для оцінки ПТСР у жінок, які зазнали впливу воєнного контексту як цивільні особи.

3). Методика COPE-30 (Опитувальник копінг-стратегій)

Для оцінки когнітивних та поведінкових стратегій подолання стресу у дослідженні нами застосовано COPE-30 – опитувальник, який широко використовується для вивчення копінг-поведінки у різних обставинах психологічного навантаження (Додаток А, частина IV). Методика дозволяє проаналізувати, які саме стратегії регуляції стресу переважають у респонденток і як вони пов'язані з психоемоційним станом.

Опитувальник містить 30 тверджень, що об'єднані у 15 шкал по 2 пункти в кожній. Ці шкали охоплюють як проблемно-орієнтовані (наприклад, «активне подолання», «планування»), так і емоційно-орієнтовані («емоційна підтримка», «позитивна переоцінка», «заперечення», «втеча-відхід» тощо) та дисфункційні копінгі. Оцінювання здійснюється за 4-бальною шкалою, де 1 - зовсім не використовуюю і 4 - «дуже часто використовую». COPE є надійним і валідним інструментом для вивчення стресостійкості та стилів подолання труднощів. У межах цього дослідження застосовано українську адаптацію методики [42], що дозволяє оцінити індивідуальні

патерни копіngu у дружин військовослужбовців, які перебувають у стані тривалого стресу через війну. Результати COPE дозволяють аналізувати взаємозв'язок між стилем подолання і рівнем тривоги, депресії та симптомами ПТСР.

4). Методика WHO-5 (Індекс психологічного благополуччя)

Індекс психологічного благополуччя – це короткий самоопитувальник, розроблений для скринінгу суб'єктивного рівня емоційного добробуту (Додаок А, частина V). Методика створена Європейським офісом ВООЗ як надійний і простий індикатор загального психологічного стану та позитивного функціонування. Шкала складається із п'яти тверджень, які стосуються позитивних емоцій та життєвої активності протягом останніх двох тижнів. Респондентка оцінює кожне твердження за 6-бальною шкалою (від 0 – «жодного разу» до 5 – «завжди»), загальний бал варіюється від 0 до 25. Нижчі показники можуть свідчити про зниження психологічного благополуччя або ризик депресивних станів.

У цьому дослідженні використано офіційно адаптовану українську версію WHO-5, що забезпечує коректність результатів у межах українського соціокультурного контексту. Індекс WHO-5 дозволяє виявити рівень психологічного виснаження чи збереження життєвої сили у дружин військовослужбовців, що є важливим показником в умовах хронічного стресу воєнного часу.

У межах емпіричного дослідження використано не лише інтегральні показники, але й підшкали, що відображають окремі складові досліджуваних конструктів. Зокрема, для DASS-21 проаналізовано три підшкали – Депресії (*Depression*), тривоги (*Anxiety*) та стресу (*Stress*); для PCL-5 – Інтрузій (*Intrusions*), Уникання (*Avoidance*), Негативні порушення (*Negative Alterations*), Гіперзбудження (*Hyperarousal*) і загальний показник вираженості симптомів (*PCL-Total*); для COPE-30 – три інтегровані групи копінг-стратегій: Проблемно фокусована (*Problem-Focused*), Емоційно фокусована (*Emotion-Focused*) та Дисфункційна (*Dysfunctional Coping*). Індекс WHO-5 розглядався як єдиний узагальнений показник суб'єктивного благополуччя.

Для збереження термінологічної точності та відповідності міжнародним стандартам інтерпретації використовувалися оригінальні англійські назви підшкал.

Такий підхід забезпечив можливість більш диференційованого аналізу компонентів травматичного досвіду та виявлення специфічних профілів психоемоційного реагування респонденток.

2.3.3. Якісна частина дослідження

Дослідження ґрунтується на комбінованому (*mixed methods research*) методологічному підході, тому, окрім кількісних методів, застосовано якісну стратегію збору даних у формі відкритих запитань. Цей підхід дав змогу доповнити психодіагностичні результати глибшим розумінням суб'єктивного переживання, а також, дозволив зафіксувати змістові елементи індивідуального досвіду респонденток, що важко фіксуються через обмеження стандартизованих шкал.

Усього було використано 10 відкритих запитань (Додаток А, Частина VI), які охоплюють ключові теми змін у житті, джерел підтримки, повторюваних думок, переживання ізоляції, внутрішньої сили, кризових моментів, бачення майбутнього тощо. Ці питання покликані виявити як травматичні аспекти досвіду, так і потенційні адаптаційні та ресурсні механізми.

Основним методом аналізу якісних відповідей обрано тематичний аналіз у версії американських авторок Вірджинії Браун і Вікторії Кларк [5]. Цей підхід дозволяє виокремити, впорядковувати та інтерпретувати ключові теми в текстових даних, які мають значення для досліджуваного контексту. Він також відповідає філософії т.зв. «відкритого кодування», коли категорії не задаються наперед, а формуються індуктивно на основі даних.

Аналіз включатиме такі етапи:

1. Ознайомлення з матеріалом (відкриті відповіді учасниць);
2. Первинне кодування фрагментів за змістом;
3. Формування початкових тем;
4. Перевірка й уточнення тем;
5. Визначення та кінцеве означення тем;
6. Інтерпретація й опис тем із урахуванням контексту та загальних тенденцій [5, с.79-82].

Додатково залучено елементи контент-аналізу, зокрема кількісний підрахунок частоти згадування ключових понять –сміслових маркерів, що дозволяє виокремити провідні теми у наративах респонденток та краще структурувати отриманий масив даних. Часткове кодування буде здійснене з можливістю подальшого проведення кількісного аналізу.

Такий комбінований підхід дає змогу глибше зрозуміти специфіку психоемоційної реакції жінок у контексті війни та осмислити не лише симптоматику, але й суб'єктивний досвід, що стоїть за нею.

2.3.4. Статистична обробка даних

Статистична обробка даних здійснювалася із використанням програмного забезпечення JASP (версія 0.18.1), що забезпечує реплікованість, відкритість і точність розрахунків. Статистичний аналіз здійснювався як на рівні інтегральних показників, так і за окремими підшкалами психодіагностичних методик, що дало змогу забезпечити багатовимірність оцінки та підвищити точність інтерпретації результатів.

Першим етапом аналізу було отримання описових статистик – середніх значень, стандартних відхилень, мінімальних і максимальних показників, що дозволило окреслити рівень вираженості тривожних, депресивних і стресових проявів, симптомів травматизації, особливостей використання копінг-стратегій та суб'єктивного відчуття благополуччя.

Для перевірки відповідності даних нормальному розподілу застосовувався критерій Шапіро–Віллка (Shapiro–Wilk test), який є найбільш чутливим для вибірок малого та середнього обсягу (до 2000 осіб) [35, с.38-39]. Отримані результати дозволили визначити доцільність подальших статистичних пераметричних та непараметричних розрахунків.

При дотриманні нормальності розподілу використовувалися параметричні методи – t-критерій Стьюдента для незалежних вибірок та однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) для порівняння середніх значень між групами [33, с.330-331]. За умов порушення нормальності або нерівності дисперсій застосовувалися непараметричні аналоги – U-критерій Манна-Вітні (для двох

незалежних груп) та критерій Краскала-Волліса (χ^2) (для трьох і більше груп) [33, с.386-388].

Таке поєднання параметричних і непараметричних підходів дозволило досягти максимальної методологічної коректності аналізу та врахувати реальні особливості соціально-психологічних даних, які часто не відповідають нормальному розподілу. Зокрема, t-тест Стюдента використовувався для перевірки різниць середніх значень за умови нормальності та гомогенності дисперсій, тоді як критерій Манна-Вітні, як більш гнучка альтернатива для несиметричних або рангових розподілів (наприклад, для інтегральних балів за шкалами *DASS-21*, *PCL-5* і *WHO-5*).

Критерій Краскала-Волліса застосовувався для порівняння показників між кількома незалежними групами за такими змінними, як: «частота контакту з партнером», «освіта», «наявність психологічної підтримки», «зайнятість», «досвід евакуації чи окупації».

Порівняльний аналіз використовувався для вивчення відмінностей у психоемоційному стані (рівнях тривожності, депресії, симптомах ПТСР, використанні копінг-стратегій, показниках благополуччя) залежно від соціальних та контекстуальних чинників, зокрема: тривалості перебування чоловіка у зоні бойових дій; тривалості шлюбу; наявності дітей; досвіду евакуації чи окупації; місця проживання (в Україні чи за кордоном); частоти контакту з чоловіком; рівня та повноти отримуваної соціальної підтримки.

Для вивчення взаємозв'язків між показниками застосовувався кореляційний аналіз: коефіцієнт Пірсона (для даних із нормальним розподілом) або Спірмена (для розподілів, які відхиляються від нормального) [33, с. 309-310]. Крім того, для глибшого аналізу взаємозв'язків між ключовими змінними було використано регресійний аналіз [33, с.338-339], який дозволив визначити вплив окремих предикторів (зокрема, тривалості служби партнера, досвіду евакуації, частоти контакту, наявності дітей і рівня підтримки) на формування рівнів травматизації, тривожності та психологічного благополуччя. Такий підхід забезпечив можливість виявити як фактори ризику, так і ресурси, що впливають на ступінь психологічної стійкості та вираженість симптомів травматизації.

З метою виявлення типових профілів психоемоційного реагування та стратегій подолання стресу проводився кластерний аналіз, який дозволив визначити групи респонденток із подібними патернами емоційної реакції та ресурсності [33, с.352]. Отримані кластери надалі використовувалися для інтеграції кількісних і якісних результатів дослідження та побудови концептуальної моделі психологічної травматизації (Розділ 3, пункт 3.4.2).

Усі статистичні процедури виконувалися із дотриманням прийняттого рівня статистичної значущості $p < 0.05$.

Поєднання описових, порівняльних, кореляційних, регресійних і кластерних методів забезпечило комплексність аналізу, підвищило його валідність та дало змогу охопити як індивідуально-емоційний, так і соціально-контекстуальний вимір психологічної травматизації дружин військовослужбовців.

Висновки до II Розділу

У другому розділі роботи було розкрито методологічні засади дослідження психологічної травматизації дружин військовослужбовців, які перебувають у зоні активних бойових дій. Методологічна стратегія поєднує кількісні та якісні підходи, що забезпечує глибину аналізу і дозволяє дослідити як рівень психоемоційного навантаження, так і змістовно-смісловий вимір індивідуального досвіду учасниць. Вибірка дослідження охопила 72 жінок віком від 20 до 60 років, які перебувають у шлюбі або цивільному партнерстві з військовослужбовцями Збройних Сил України. Залучення респонденток здійснювалося із дотриманням етичних принципів, добровільності, конфіденційності та недопущення ретравматизації. Представлені соціально-демографічні характеристики (освіта, місце проживання, наявність дітей, досвід евакуації чи окупації, частота контактів із партнером, отримання психологічної підтримки тощо) забезпечують репрезентативність і контекстну глибину вибірки.

Комплекс застосованих психодіагностичних методик – *DASS-21*, *PCL-5*, *COPE-30* та *WHO-5*, дозволяє здійснити багатовимірну оцінку емоційного стану, травматичних симптомів, копінг-стратегій та психологічного благополуччя. Якісний

компонент (відкриті запитання з подальшим опрацюванням у межах тематичного і контент-аналізу) доповнює кількісну частину, сприяючи виявленню побутуючих глибинних переживань, емоційних патернів і суб'єктивних смислів досвіду.

Для статистичної обробки даних використано програмне забезпечення JASP (версія 0.18.1). Розраховано описові статистики, перевірено нормальність розподілу (тест Шапіро-Вілка), проведено порівняльний, кореляційний, регресійний та кластерний аналіз. Параметричні (t-тест, ANOVA) і непараметричні (U-критерій Манна-Вітні, критерій Краскала-Волліса) підходи забезпечили точність і надійність виявлених закономірностей. Регресійний аналіз дав змогу визначити внесок окремих соціально-контекстуальних чинників (частота контактів, досвід евакуації, наявність дітей, підтримка, тривалість служби партнера) у загальну картину травматизації, тривоги та благополуччя, тоді, як кластерний аналіз дозволив виокремити типові профілі психоемоційного реагування й ресурсності, які слугуватимуть основою для інтеграції кількісних і якісних результатів у наступному розділі.

Підсумовуючи, розроблена методологія забезпечує повну відповідність меті та завданням дослідження, дозволяє здійснити комплексне вивчення феномену психологічної травматизації у дружин військовослужбовців, інтегрує кількісні та якісні підходи і формує науково обґрунтовану основу для побудови концептуальної моделі цього явища в емпіричному розділі.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ДРУЖИН ВІЙСЬКОВИХ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У ЗОНІ АКТИВНИХ БОЙОВИХ ДІЙ

Третій розділ присвячено емпіричному аналізу психологічної травматизації дружин військовослужбовців, які перебувають у зоні активних бойових дій. На основі кількісних і якісних методів здійснено комплексне дослідження психоемоційних показників, копінг-стратегій, рівнів адаптації та смислових домінант досвіду респонденток. Розділ містить результати статистичного, тематичного та контент-аналізу, а також, інтегровану інтерпретацію отриманих даних, яка дозволила побудувати концептуальну модель феномену та сформулювати практичні рекомендації щодо комплексного підходу до діагностики та психо-соціальних заходів підтримки.

3.1. Емпірична характеристика вибірки

3.1.1. Соціально-демографічні характеристики вибірки

Отримані соціально-демографічні дані окреслюють загальний профіль вибірки та забезпечують необхідний контекст для подальшого аналізу психологічної травматизації (Додаток В, Таблиця 3.1).

Вік респонденток варіюється у межах 21-61 років ($M=37.53$, $SD=9.04$), найчисельнішу групу становлять жінки віком 31-40 років, тобто, належать до вікової групи, що характеризується активною професійною, соціальною та сімейною залученістю.

Освіта. Переважає вища освіта (56.94%), ще 15.28% мають другу вищу, 12.50% – повну середню, 8.33% – професійно-технічну, 6.94% – незакінчену вищу. Така структура свідчить про високий освітній ресурс, що потенційно пов'язаний із кращою поінформованістю щодо психічного здоров'я та доступом до підтримки.

Місце проживання та тип населеного пункту. 94.44% опитаних жінок проживають в Україні (із них 77.78% – у містах, 22.22% – у сільській місцевості), 5.56% – за кордоном. Урбаністичність середовища може зменшувати перепони у доступі до послуг (зокрема, психосоціальної допомоги), тоді як сільський контекст часто

пов'язаний із ускладненим доступом до інфраструктури та вищою соціальною ізоляцією.

Сімейний статус і діти. 84.72% респонденток перебувають в офіційному шлюбі, 12.50% у цивільному партнерстві, 2.78% у статусі сепарації; 75% опитаних респонденток мають дітей.

Зайнятість. Структура змішана: повна зайнятість – 45.83%, самозайнятість/фріланс – 19.44%, декрет/догляд за дитиною – 12.50%, часткова зайнятість 11.11%, тимчасово не працюють/студентки 11.11% респонденток. Професійна включеність може як стабілізувати (наявність доходу, рутинна, контроль), так і, посилювати навантаження, особливо у поєднанні із одноосібним материнством.

Загалом, вибірка характеризується високим освітнім ресурсом, переважно міським проживанням та значною сімейною включеністю. Ці фактори формують специфічну картину ризиків і ресурсів, у якій доступність підтримки у містах та освіченість можуть пом'якшувати дистрес, натомість, поєднання роботи/догляду та подвійної батьківської відповідальності гіпотетично можуть посилювати емоційне навантаження.

3.1.2. Опис вибірки за контекстуальними змінними (частота контакту, евакуація, підтримка)

Для опису контекстуальних особливостей досліджуваної вибірки проаналізовано показники, що відображають воєнний досвід та ресурси підтримки (тривалість служби партнера, частота контакту, досвід окупації та евакуації, поточна психологічна допомога). Узагальнені результати наведено в таблиці 3.1 та на рисунках 3.1.1.-3.1.2 (Додаток В).

Тривалість стосунків. У середньому 12.54 року (SD = 7.70; межі 2-34), що вказує на високу варіативність – від порівняно недавніх партнерств до довготривалих шлюбів

Тривалість перебування партнера у зоні бойових дій. Середня тривалість активної військової служби партнера становить 3.39 року (SD = 2.13; межі 0.3–11). Це означає, що вибірка відображає як нові випадки призову партнерів, так і тривале перебування

на службі – від початку війни 2014 року. Отримані дані дають підстави припускати, що частина вибірки переживає саме досвід тривалої розлуки, зумовленої військовою службою партнера, характерної для останніх трьох років війни, при якій гострий стрес поєднується з виснажливим очікуванням і невизначеністю. Такий характер тривалості служби може бути фактором ризику розвитку хронічного стресу та вторинної травматизації, що узгоджується із попередніми дослідженнями впливу тривалої сепарації на психічний стан партнерок військових [11; 38].

Частота контакту з партнером. 65.28% учасниць опитування підтримують щоденний контакт із чоловіком, 16.67% – кілька разів на тиждень, 4.17% – приблизно раз на тиждень, 2.78% – рідше, тоді як, 11.11% відзначають, що зв'язок майже відсутній. Частіший контакт може виконувати функцію послаблення тривоги, але в умовах бойових ротацій він часто фрагментарний, з високою невизначеністю, що само по собі посилює напругу від очікування. Згідно заявленої гіпотези цей аспект досвіду дружин є ключовим фактором ризику загострення проявів психотравми.

Досвід окупації/перебування у зоні бойових дій та евакуації. 75% респонденток не мали досвіду окупації/перебування у зоні лінії фронту, 19.44% мали частковий/короткий досвід, та 5.56% жінок досвідчили окупацію. Поряд із цим, 27.78% пережили евакуацію/вимушене переселення, наявність такого особистого досвіду потенційно може підсилювати симптоми гіперпильності, уникання та негативних когнітивно-емоційних змін [11, с. 303-304].

Психологічна підтримка. Високий незадоволений запит (36.11%) у поєднанні із часткою регулярних (20.83%) та нерегулярних (16.67%) звернень серед учасниць дослідження вказує на неоднорідну доступність до психологічної допомоги. Це важливий модератор зв'язку між стресовим навантаженням і проявами травматизації. Тобто, сукупно більш, ніж половина вибірки або вже звертається по підтримку, або висловлює запит на неї, що є суттєвим контекстом для розуміння масштабів травматизації. Показник 26.39% тих, хто не звертається по психологічну допомогу і не декларує такої потреби, вимагає окремої інтерпретації. Оскільки цей результат може мати подвійну природу, він не повинен трактуватися як однозначний індикатор благополуччя, адже, окрім ймовірної наявності реальної психологічної стійкості у

частини учасниць, така відповідь також може бути зумовлена униканням травматичних тем як захисною стратегією, бути наслідком ефекту соціальної бажаності та стигматизації психологічної допомоги у суспільстві. Це узгоджується із дослідженнями, які описують тенденційність соціально прийнятних моделей реагування на стрес серед жінок, які є дружинами військових (наприклад у працях Р. Декел [11; 12]), саме тому ця група потребує додаткового аналізу в інтегрованій частині дослідження

Таким чином, контекстуальні змінні (тривалість служби партнера, частота контакту, досвід евакуації/окупації та доступ до психологічної підтримки) творять підґрунтя на якому травматичні процеси розгортаються та закріплюються.

3.2. Кількісні результати дослідження психологічної травматизації

3.2.1. Описові статистики і перевірка нормальності розподілу

Попередня перевірка повноти вибірки засвідчила відсутність пропущених значень: відповіді усіх 72 респонденток включені (Valid = 72, Missing = 0) (Додаток В, таблиця 3.2).

Середні значення відображають підвищене емоційне навантаження та ознаки травматизації:

DASS-21. Depression: $M = 11.58$, $SD = 4.90$; Anxiety: $M = 11.06$, $SD = 4.70$; Stress: $M = 11.89$, $SD = 4.93$; DASS-Total: $M = 34.53$, $SD = 13.82$ (мін. = 0; макс. = 58).

PCL-5. Intrusions: $M = 7.89$, $SD = 4.37$; Avoidance: $M = 3.49$, $SD = 2.55$; Negative alterations: $M = 13.21$, $SD = 7.08$; Hyperarousal: $M = 11.44$, $SD = 5.32$; PCL-Total: $M = 36.03$, $SD = 17.03$ (мін. = 3; макс. = 66).

COPE-30. Emotion-focused: $M = 30.92$, $SD = 4.73$ (мін. = 16; макс. = 39); Dysfunctional: $M = 23.81$, $SD = 5.08$ (мін. = 11; макс. = 37); Problem-focused: $M = 8.56$, $SD = 5.58$ (мін. = 0; макс. = 24).

WHO-5. $M = 9.60$, $SD = 5.78$ (мін. = 0; макс. = 25).

Високі середні показники за DASS-Stress та DASS-Total свідчать про виражений стресовий фон, поряд з яким WHO-5 фіксує низьке емоційне благополуччя у значної частини вибірки. PCL-Total вказує на наявність клінічно значущих проявів ПТСР у

частини учасниць (конкретну частку за порогом буде підраховано нижче). Поєднання високого Emotion-focused (емоційно фокусованого) та помітного Dysfunctional (дисфункційного) копінгу підкреслює емоційно-орієнтовану і частково дезадаптивну манеру подолання стресу.

Перевірка нормальності (Shapiro–Wilk) (Додаток В, таблиця 3.2)

Близькі до нормального розподілу ($p > .05$): DASS-Depression (депресія) ($W=0.967$; $p=.055$), DASS-Anxiety (тривога) ($W=0.971$; $p=.091$), DASS-Stress (стрес) ($W=0.972$; $p=.106$), DASS-Total (загальний) ($W=0.969$; $p=.070$), PCL_B Intrusions (інтрузії) ($W=0.975$; $p=.170$), PCL_E Hyperarousal (гіперзбудження) ($W=0.971$; $p=.096$), PCL_Total (загальний) ($W=0.968$; $p=.066$), COPE_Dysfunctional (дисфункційний) ($W=0.987$; $p=.646$).

Відхилення від нормальності ($p < .05$): PCL_C Avoidance (уникання) ($W=0.925$; $p<.001$), PCL_D Negative (негативний) ($W=0.957$; $p=.016$), COPE_Emotion-focused (емоційно-фокусований) ($W=0.950$; $p=.006$), COPE_Problem-focused (проблемно-фокусований) ($W=0.960$; $p=.022$), WHO-5 ($W=0.954$; $p=.010$).

Графічний аналіз (Q-Q plots) для WHO-5 засвідчив лівосторонню асиметрію (домінування низьких значень), що узгоджується із контекстом хронічного стресу та/або вторинної травматизації. Для шкали PCL-Avoidance спостерігаємо найвиразніше відхилення, що опосередковано віддзеркалює варіативність стратегій уникання, які коливаються від глибокого переживання травмивного досвіду до емоційного віддалення та навіть дисоціації.

Подальший аналіз виконуватиметься з врахуванням цих результатів: для змінних із наближеним до нормального розподілом використовуватиметься t-тест Стюдента, однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA), кореляція Пірсона; для змінних із відхиленнями критерії Манна-Вітні, Краскела-Волліса та кореляція Спірмена. У порівняльному блоці буде використано міжгрупові тести з врахуванням неоднорідності дисперсій, а також їх непараметричні аналоги.

3.2.2. Психоемоційний стан і ресурси адаптації дружин військовослужбовців (результати за шкалами DASS-21, PCL-5, COPE-30, WHO-5)

Описові статистики за шкалами DASS-21, PCL-5, COPE-30 та WHO-5 дозволяють окреслити загальний психоемоційний профіль дружин військовослужбовців. Зведені показники (таблиця 3.1) відображають наявні у респонденток рівні дистресу, посттравматичних симптомів, подолання і благополуччя, що надалі використовуватимуться для аналізу відмінностей та визначення структурних взаємозв'язків.

Таблиця 3.1 Описові статистики

Показник	M	SD	Min	Max	Інтерпретація
DASS_Total	34.53	13.82	0	58	помірний рівень емоційного дистресу (сумарно за депресією, тривогою та стресом)
PCL_Total	36.03	17.03	3	66	середній рівень симптомів посттравматичного реагування
WHO_Total	9.60	5.78	0	25	знижене психологічне благополуччя, ознаки емоційного виснаження
COPE_ProblemFocused	8.56	5.58	0	24	помірне використання інструментальних копінгів
COPE_EmotionFocus	30.92	4.73	16	39	високий рівень емоційно-зосереджених стратегій (підтримка, рефлексія, прийняття)
COPE_Dysfunctional	23.81	5.08	11	37	середня вираженість дезадаптивних копінгів (уникання, самозвинувачення)

Отримані результати ілюструють виразний патерн емоційної напруги серед дружин військовослужбовців. Середній показник за DASS_Total ($M = 34.53$, $SD = 13.82$) свідчить про помірний (наближений до підвищеного) рівень депресивних, тривожних і стресових проявів. Це є індикатором стану хронічного напруження, характерного для тривалого життя в умовах емоційної напруги, пов'язаної із невизначеністю. Показник за PCL-5 ($M = 36.03$, $SD = 17.03$) відображає середню вираженість симптомів посттравматичного стану (найчастіше за шкалами інтрузій, гіперзбудження та негативних когніцій). Це відповідає феномену вторинної травматизації, коли емоційна реактивність і переживання дружин певним чином синхронізуються з досвідом партнера-військового [38, с. 418]. Поряд із цим, рівень психологічного благополуччя (WHO_Total, $M = 9.60$) виявляється помітно нижчим за

нормативні межі. Такий результат свідчить про зниження загальної задоволеності життям та відчуття сенсу, це узгоджується із високими показниками дистресу та ПТСР-симптоматики. Загальний рівень добробуту тут позиціонується, радше, як індикатор виснаження адаптаційних ресурсів. У структурі копінгу переважають емоційно-зосереджені стратегії ($M = 30.92$), що може бути свідченням прагнення зберігати психологічну стабільність у ситуації, коли безпосередній контроль над обставинами обмежений чи відсутній.

Деадаптивні копінги ($M = 23.81$) спостерігаються на середньому рівні, що втім розцінювати як відображення адаптивного функціонування в умовах воєнного стресу, при якому уникання й емоційне дистанціювання стають тимчасовим способом (само)підтримки, коли ресурси свідомої регуляції обмежені.

Отже, психоемоційний стан дружин військових характеризується поєднанням підвищеного емоційного дистресу, середніх рівнів посттравматичних симптомів і зниженого благополуччя. При цьому емоційно-зосереджені копінги виступають провідним механізмом регуляції, тоді як поведінкові стратегії використовуються радше ситуативно. Такі результати творять контекст для наступних розрахунків – аналізу відмінностей за контекстуальними змінними та визначення структурних зв'язків між показниками.

3.2.3. Порівняльний аналіз психоемоційних показників

Для перевірки відмінності психоемоційних показників між групами за контекстними та соціальними змінними, застосовано непараметричні критерії: Краскала-Волліса (для множинних факторів) та Манна-Вітні (для двох порівнюваних груп). Такий підхід коректний за виявлених відхилень від нормальності (Шапіро-Вілк) і нерівності груп. Аналіз охоплює три інтегральні індикатори: DASS_Total (емоційний стан), PCL_Total (симптоми посттравматичного реагування) та WHO_Total (суб'єктивне благополуччя). Узагальнені результати подано у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2. Порівняльний аналіз психоемоційних показників за контекстними та соціальними змінними

Змінна	Показник	Тест	Статистика	df	p	Висновок
Частота контакту з партнером	DASS_Total	Краскала-Волліса	H = 16.08	4	.003	Частіший контакт асоціюється з нижчим рівнем тривоги, депресії та стресу.
	PCL_Total	Краскала-Волліса	H = 13.30	4	.010	Відсутність регулярного контакту підвищує симптоматику вторинної травми.
	WHO_Total	Краскала-Волліса	H = 13.01	4	.011	Регулярне спілкування пов'язане з вищим рівнем суб'єктивного благополуччя.
Досвід евакуації / окупації	DASS_Total	Краскала-Волліса	H = 5.718	2	.057	Є тенденція до підвищеного дистресу серед тих, хто пережив окупацію.
Наявність психотерапевтичної підтримки	DASS_Total	Краскала-Волліса	$\chi^2 = 12.24$	3	.007	Підтримка знижує дистрес.
	PCL_Total	Краскала-Волліса	$\chi^2 = 16.79$	3	< .001	Психологічна допомога знижує вираженість ПТСР.
Освіта	DASS_Total	Краскала-Волліса	$\chi^2 = 6.60$	4	.159	Без значущих різниць.
	PCL_Total	Краскала-Волліса	$\chi^2 = 10.94$	4	.027	Вища освіта пов'язана з меншими ПТСР-симптомами.
	WHO_Total	Краскала-Волліса	$\chi^2 = 13.56$	4	.009	Вища освіта асоціюється з вищим благополуччям.
Тип населеного пункту (місто/село)	DASS_Total	Манна-Вітні	U = 319.00	–	.082	Тенденція до різниці (місто – нижчий дистрес).

Частота контакту з партнером.

Частота зв'язку виявилась пов'язаною з усіма трьома результатами. Для DASS_Total різниця між групами статистично значуща, $H(4) = 16.08$, $p = .003$, $\eta^2 = .227$: регулярне спілкування асоціюється з нижчими рівнями депресії, тривоги та стресу, тоді як, непостійний або відсутній контакт збігається з вищим показником дистресу. Аналогічно, для PCL_Total зафіксовано значущі відмінності, $H(4) = 13.30$, $p = .010$, що узгоджується з уявленням про зростання вторинної травматизації на тлі частой відсутності контакту. Для WHO_Total спостерігаємо те саме: $H(4) = 13.01$, $p = .011$: стабільний зв'язок відповідає вищому рівню загального відчуття благополуччя. У підсумку ці результати підкреслюють роль ресурсної ролі контакту з партнером, який зменшує відчуття невизначеності, емоційного напруження і покращує загальний рівень повсякденного функціонування.

Досвід евакуації та окупації

Порівняння груп за досвідом евакуації чи перебування під окупацією в цілому не показало статистично значущих розбіжностей за PCL_Total та WHO_Total (усі $p > .05$). Водночас, для DASS_Total виявлено тенденцію до підвищеного дистресу серед тих, хто пережив окупацію: $H(2) = 5.71$, $p = .057$. Це може відображати накопичувальний ефект тривалого відчуття небезпеки та втрати контролю, який не завжди трансформується у стійкі та відчутно виражені симптоми ПТСР, але здатен підвищувати саме емоційне напруження. Відсутність інших значущих ефектів, ймовірно, зумовлена загально високим «фоновим» рівнем травматизації в усій вибірці та обмеженою потужністю підгруп.

Наявність психологічної/психотерапевтичної підтримки

Доступ до допомоги суттєво відрізняє групи за емоційним станом і травматизацією. Для DASS_Total: $\chi^2(3) = 12.24$, $p = .007$; для PCL_Total: $\chi^2(3) = 16.79$, $p < .001$. Найвищі значення дистресу й ПТСР-симптоматики мають респондентки, які не отримують підтримки, але хотіли б її отримати, тобто перебувають у стані незадоволеної потреби такої підтримки. Натомість, регулярна допомога пов'язана із нижчими показниками, що вказує на позитивну роль терапевтичного контакту. Для

WHO_Total міжгрупові різниці не досягли значущості, $\chi^2 (3) = 4.26, p = .235$, що узгоджується з ідеєю про загальний життєвий тонус та задоволеність як об'ємніші конструкти, що визначаються не лише терапією. Додаткові параметричні оцінки (ANOVA) дають співмірні висновки, тобто, підтверджують тенденції непараметричного аналізу (DASS: $F(3,68) = 4.874, p = .004$; PCL: $F(3,68) = 7.097, p < .001$; WHO: $F(3,68) = 1.882, p = .141$).

Освіта

Рівень освіти у співвідношенні до PCL_Total і WHO_Total: відповідно $\chi^2 (4) = 10.94, p = .027$ і $\chi^2 (4) = 13.56, p = .009$. Для DASS_Total відмінностей не виявлено, $\chi^2 (4) = 6.60, p = .159$. Це означає, що вищі освітні рівні пов'язані з меншою вираженістю посттравматичних симптомів і вищим суб'єктивним благополуччям, ймовірно завдяки ширшій ресурсності, насамперед, когнітивно-інформаційній, гнучкішим копінгам та доступу до підтримки. Водночас, «фонова» емоційна напруга воєнного часу залишається підвищеною незалежно від освіти, звідси можливе пояснення відсутності ефекту для DASS.

Зайнятість

Тип професійної зайнятості не розрізняє груп за жодним із трьох показників: DASS_Total $\chi^2 (3) = 3.64, p = .302$; PCL_Total $\chi^2 (3) = 3.56, p = .313$; WHO_Total $\chi^2 (3) = 0.81, p = .847$. На практиці це може означати, що в умовах війни домінантний стресор нівелює вплив звичних ролей, однак, якісні відповіді респонденток засвідчують, що робота як рутинна, структура і «якір» рутини має стабілізуючу дію, навіть якщо статистично міжгрупових різниць не виявлено.

Тип населеного пункту (місто/село)

За тестом Манна-Вітні проживання у місті чи селі не відрізняються за WHO_Total ($U = 459.50, p = .881$) і PCL_Total ($U = 394.00, p = .468$). Для DASS_Total простежується тенденція до різниці ($U = 319.00, p = .082$), яка не досягає порогу значущості. Загалом просторово-соціальний чинник проживання не є визначальним, більшою мірою на стан впливають реляційні та ресурсні фактори.

Місце проживання (в Україні /за кордоном)

Порівняння двох груп за розрахунком Манна-Вітні також не виявило значущих відмінностей: DASS_Total $U=171.50$, $p=.389$; PCL_Total $U=165.50$, $p=.476$; WHO_Total $U=147.50$, $p=.786$. Психоемоційний тягар є транслокаційним: географічне віддалення від бойових дій саме по собі не гарантує полегшення, оскільки основними залишаються тривога за партнера, невизначеність і фрагментарність комунікації.

Таким чином, порівняльний аналіз чітко виокремлює два домінуючі стресогенні чинники: наявність регулярного контакту з партнером і доступ до психологічної підтримки. Частота зв'язку пов'язана з нижчим дистресом, менш вираженою симптоматикою ПТСР та вищим рівнем загального благополуччя, а психологічна допомога, відповідно, зі зниженням DASS і PCL у групах, де потреба не залишається незадоволеною.

3.2.4. Кореляційні зв'язки між психоемоційними показниками

Для виявлення структури взаємозв'язків між тривалістю перебування партнера у зоні бойових дій та психоемоційними показниками дружин військовослужбовців, а також, внутрішніх зв'язків між самими показниками, застосовано кореляцію Спірмена (ρ). Цей непараметричний підхід релевантний за наявності відхилень від нормальності (Шапіро-Вілк; зокрема для WHO-5 та підшкал COPE-30) і дозволяє виявляти монотонні (не обов'язково лінійні) зв'язки для інтервальних і порядкових величин.

Аналіз охоплював дві площини:

1. Співвідношення тривалості перебування на фронті (DEPLOYMENT_Duration) з інтегральними показниками психічного стану: загальним рівнем депресії, тривоги та стресу (DASS_Total), проявами посттравматичного стану (PCL_Total) та загальним показником суб'єктивного благополуччя (WHO_Total);
2. Внутрішня структура зв'язків між DASS_Total, PCL_Total, WHO_Total і їх зв'язки з COPE-30 (агрегати: Problem-Focused, Emotion-Focused та Dysfunctional).

Згідно з результатами тривалість служби партнера не демонструє статистично значущих кореляцій із жодним із трьох інтегральних індикаторів (усі $p > .05$): з DASS_Total $\rho = -0.176$, $p = .140$; з PCL_Total $\rho = -0.123$, $p = .304$; з WHO_Total $\rho =$

0.155, $p = .195$ (Таблиця 3.3). Візуально це підтримується розсіяністю точок без виразної тенденції (Додаток В, Рисунок 3.2)

Таблиця 3.3 Кореляції між тривалістю служби партнера (DEPLOYMENT_Duration) та інтегральними показниками психоемоційного стану

<i>Spearman's Correlations</i>					
		Spearman's rho	p	Effect size (Fisher's z)	SE Effect size
7. DEPLOYMENT_Duration	DASS_Total	-0.176	0.14	-0.177	0.121
7. DEPLOYMENT_Duration	PCL_Total	-0.123	0.304	-0.123	0.121
7. DEPLOYMENT_Duration	WHO_Total	0.155	0.195	0.156	0.121
DASS_Total	PCL_Total	0.766	< .001	1.01	0.129
DASS_Total	WHO_Total	-0.575	< .001	-0.655	0.125
PCL_Total	WHO_Total	-0.562	< .001	-0.636	0.125

Водночас, між загальними психологічними показниками зафіксовано сильні та узгоджені зв'язки. DASS_Total тісно корелює з PCL_Total ($\rho = 0.766$, $p < .001$), що вказує на паралельне зростання емоційного дистресу й травматичних симптомів. Обидва показники, у свою чергу, мають виразні обернені зв'язки з психологічним благополуччям: DASS_Total з WHO_Total $\rho = -0.575$, $p < .001$; PCL_Total з WHO_Total $\rho = -0.562$, $p < .001$. Отже, підвищення напруження й травматизації супроводжується зниженням життєвого тону та задоволеності, це підтверджує цілісність емоційного функціонування, де дистрес і травматичні прояви формують спільне поле психологічного навантаження (Додаток В, таблиця 3.4, рисунок 3.3).

Насамкінець, копінг-стратегії додають поведінково-регуляційний пласт до цієї картини. Для дезадаптивних копінгів зафіксовано позитивний зв'язок між рівнем депресії: ρ (DASS_Depression, COPE_Dysfunctional) = 0.261, $p = .027$, що узгоджується з роллю уникання, самозвинувачення та емоційної реактивності як факторів поглиблення дистресу. Натомість, проблемно-орієнтовані копінги показують помірні/сильні позитивні зв'язки з індикаторами навантаження: з тривогою ($\rho \approx 0.583$, $p < .001$) та з PCL ($\rho \approx 0.834$, $p < .001$). У межах вибірки це, радше, може проявлятися

як маркер мобілізації, тобто, коли напруга вища, респондентки активніше вмикають інструментальні стратегії (планування, дія), намагаючись втримати контроль.

Відсутність зв'язку між тривалістю служби і DASS/PCL/WHO засвідчує, що бойовий стаж партнера сам по собі не визначає ні рівень дистресу, ні травматизацію, ані благополуччя. Вирішальними постають реляційно-контекстуальні чинники (доступність щоденного контакту, відчуття безпеки/невизначеності, наявність підтримки).

Отже, кореляційні результати не підтверджують лінійну залежність між тривалістю служби партнера та рівнем психологічного навантаження, що свідчить про відсутність накопичувального ефекту часу як самостійного чинника. Водночас, вони задають напрям для подальшого аналізу і спонукають зосередитись на ролі соціальних і реляційних змінних у структурі травматизації.

Розрахунки також показують, що «ядро» переживання війни у дружин військових утворює єдина система дистресу: афективні (депресія, тривога, стрес), когнітивні (негативні переконання, інтрузії) і фізіологічні (гіперзбудження) компоненти є взаємообумовленими та, водночас, обернено співвідносяться із загальним рівнем благополуччя. Зв'язки з копінгами пояснюють яким чином утримується напруга: підвищення дистресу супроводжується як зростанням адаптивних спроб контролю, так і дезадаптивних реакцій уникання, особливо у контексті депресивних проявів.

Практично це зміщує фокус психологічної допомоги з фактору тривалості на якість зв'язку, підтримку та розвиток ефективних копінг-стратегій. Виявлена кореляційна структура слугує основою для подальшого кластерного й регресійного аналізу, спрямованого на визначення чинників, що пояснюють поліваріантність рівнів та проявів травматизації

3.2.5. Кластерний аналіз профілів психоемоційного реагування

Для виявлення у дружин військових летантних типів психоемоційного реагування і зіставлення їх із копінговими стратегіями, було виконано дві незалежні кластеризації:

1. за індикаторами психоемоційного стану (*DASS_Total*, *PCL_Total*, *WHO_Total*),

2. за копінг-стратегіями (*COPE_Problem-Focused*, *COPE_Emotion-Focused*, *COPE_Dysfunctional*).

Такий підхід дозволяє вийти за межі окремих показників і побачити цілісні профілі адаптації в умовах стресу, спричиненого війною. У ході роботи було проведено ієрархічну агломеративну кластеризацію (метод Ward, метрика евклідова) та попередню стандартизацію змінних (*Z*-оцінки). Якість рішень проаналізовано за силуетом та інтерпретованістю дендрограм; нижче наведено кластерні центроїди (*M* у *Z*-одинацях) та розміри кластерів. Узагальнене графічне відображення результатів кластеризації за показниками психоемоційного стану (за DASS, PCL, WHO) та копінг-стратегіями (COPE-30) подано у Додатку В (рис. 3.4.1 та 3.4.2), де наведено критерій «ліктя», дендрограми та середні стандартизовані значення змінних (*z*) у кожному кластері.

I. Кластери за індикаторами психоемоційного стану (*DASS_Total*, *PCL_Total*, *WHO_Total*). Обрано 4-ох кластерне рішення (*Silhouette* = 0.340; $R^2 = 0.731$). Кластерні центроїди й розміри подано у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4 Центроїди кластерів (*z*-оцінки) за *DASS_Total*, *PCL_Total*, *WHO_Total*

Кластер	n	DAS S_Total (M)	PCL_Total (M)	WHO_Total (M)
1	28	+0.938	+0.810	-0.697
2	22	-0.531	-0.706	-0.143
3	14	-0.049	+0.422	+0.515
4	8	-1.738	-1.631	+1.931

Згідно з результатами, представленими в таблиці, було виділено чотири кластери, які відображають типові профілі психоемоційного реагування у досліджуваних.

Перший кластер («дезадаптивний») – характеризується підвищеними показниками за шкалою DASS-21 і PCL-5 і одночасним зниженням рівня психологічного благополуччя за шкалою WHO-5. Така комбінація свідчить про наявність вираженого дистресу та симптомів ПТСР на фоні погіршення показника загального благополуччя, що вказує на виснаження адаптаційних ресурсів та потребує уваги у контексті психосоціальної підтримки.

Другий кластер («помірно адаптативний») демонструє показники нижчі середнього за шкалами психоемоційного дистресу (DASS) та посттравматичної симптоматики (PCL), водночас, показник загального благополуччя (WHO) лише дещо нижчим за нормативний рівень. Такий профіль серед респонденток відображає стан загального виснаження ресурсів без клінічно вираженого порушення.

Третій кластер («компенсаторно-ресурсний») характерний поєднанням незначного підвищення посттравматичних проявів (PCL) при відсутності дистресу (DASS) та підвищеному рівні благополуччя (WHO). Таке співвідношення показників може свідчити про ефективну компенсацію окремих проявів травми, коли поодинокі психоемоційні реакції не порушують загального функціонування.

Четвертий кластер («високоресурсний/резильєнтний») відображає поєднання низьких показників за шкалами психоемоційного дистресу (DASS і PCL) при виразно високому рівні суб'єктивного благополуччя (WHO). Така комбінація ілюструє оптимальний профіль адаптації, за якого незначне симптоматичне вираження відповідає утриманню емоційної стабільності та рівня задоволеності життям.

У трьох кластерах (1, 2, 4) простежується чіткий зв'язок: вище DASS/PCL означає нижче WHO, що додатково підтверджує раніше виявлені кореляційні зв'язки між рівнями дистресу, травматизації та благополуччя. При цьому, кластер 3 становить виняток (у сенсі позитивної компенсації): вищий WHO попри дещо підвищений PCL (ймовірні механізми: соціальна підтримка, зрілі копінги).

II. Кластери за копінг-стратегіями (COPE). Обрано рішення із 4-ма кластерами (Silhouette = 0.330; $R^2 = 0.630$) Центроїди подано у Таблиці 3.5

Таблиця 3.5 Центроїди кластерів (z-оцінки) за COPE

Кл.	n	COPE_Problem-Focused (M)	COPE_Emotion-Focused (M)	COPE_Dysfunctional (M)
1	17	+1.293	-0.231	-0.274
2	31	+0.045	+0.693	+0.711
3	3	-1.235	-2.873	-2.322
4	21	-0.936	-0.425	-0.496

Перший кластер («проблемно-орієнтований/адаптативний»), характеризується високим показником проблемно-фокусованого копінгу (Problem-focused) при

помірно знижених емоційно-фокусовному (Emotion-focused) і дисфункційному (Dysfunctional). Такий профіль відображає домінування конструктивного стилю подолання, базованого на плануванні та контролі.

Другий кластер («емоційно-реактивний/дисфункційний»), вирізняється поєднанням високих показників емоційно-фокусованого та підвищеного рівня дисфункційних копінгів. Такий профіль відображає переважання емоційної реактивності та неадаптивних поведінкових стратегій, які можуть посилювати дистрес і ускладнювати ефективне подолання стресових ситуацій

Третій кластер («мінімальний/низькоінтенсивний») характеризується дуже низькими показниками за всіма трьома групами копінг-стратегій. Через незначну кількість респонденток, що увійшли до цього кластера, його інтерпретація потребує обережності. Такий профіль може потенційно відображати уникання як спосіб реагування на стресову ситуацію.

Четвертий кластер («пасивний/пригальмований»), демонструє нижчі за середні показники усіх трьох копінгів, що може свідчити про виснаження ресурсів та понижену здатність до активного подолання стресу. Інтерпретація цього кластера потребує обережності, оскільки знижені значення копінгу не дозволяють однозначно визначити провідний механізм реагування.

Перехресний аналіз двох кластеризацій (стан + копінг)

1. Дистресовий профіль (К1 I.) узгоджується зі стилем емоційно-реактивних і дисфункційних копінгів (К2 II.): емоційна регуляція шляхом румінацій, уникання чи самозвинувачення супроводжується підвищеним дистресом і ПТСР-симптомами.
2. Ресурсний профіль (К4 I.) співвідноситься із проблемно-орієнтованим стилем (К1.II.): цільове планування та орієнтованість на пошук рішень корелюють із нижчим навантаженням і вищим благополуччям.
3. Проміжні профілі (К2-К3 I.) можуть поєднуватися зі змішаними копінгами (К4-К3 II.), де загальна інтенсивність стратегій нижча, проте баланс між емоційним і проблемним фокусом не визначений.

Візуальна структура кластерів (Додаток, Рисунки 3.4.1.– 3.4.2.) відображає чітку узгодженість між рівнями дистресу, травматизації, благополуччя та копінг-стратегіями, підтверджуючи, інтегрований характер психоемоційного функціонування дружин військовослужбовців.

Таким чином, у вибірці вимальовуються щонайменше чотири психоемоційні профілі: від дистресу до ресурсного стану та чотири стилі копіngu, які варіюються від проблемно-орієнтованого до емоційно-реактивного та пасивного.

Отримані кластери відображають три ключові вектори аналізу:

1. Співвідношення компенсації та симптоматики. Поряд із типовим поєднанням (високі DASS/PCL низький WHO та навпаки) є компенсаторний профіль (K3 I.), де WHO підвищений попри помірний PCL, ймовірна роль соціальної підтримки, змістове опрацювання досвіду та ефективність навичок саморегуляції.
2. Роль стилів копіngu у формуванні адаптивності. Найбільший ризик утворює емоційно-реактивний/дисфункційний стиль (K2 II), натомість проблемно-орієнтований (K1 I) відповідає більш адаптивним профілям стану.
3. Стійкість кластерних рішень. Силует 0.33-0.34 і дуже малий $n=3$ в K3 II слід інтерпретувати обережно: нестійкі кластери (особливо з $n<5$) не слід інтерпретувати з однозначними висновками.

Отже, кластеризація показала, що психологічна травматизація дружин військових є структурно неоднорідною: у вибірці співіснують дистресовий, ресурсний та проміжні профілі, які різняться не тільки інтенсивністю симптомів, а й якістю копіngu. Перевага проблемно-орієнтованих стратегій пов'язана з нижчим емоційним навантаженням і вищим благополуччям, тоді як емоційно-реактивні та дисфункційні стратегії передбачають підвищення дистресу, виразність симптомів посттравматичного реагування та пониження загального благополуччя. Отже, профіль копіngu є одним із ключових посередників між воєнним контекстом і психоемоційним функціонуванням, а виявлені кластери можуть слугувати орієнтирами для побудови концептуальної моделі травматизації та розробки цільових інтервенцій (зокрема, підсилення проблемно-фокусованого копіngu, редукція дисфункційного та розвиток емоційної саморегуляції).

3.2.6. Регресійний аналіз детермінант психологічної травматизації (соціально-демографічні дані, воєнний контекст та психосоціальна підтримка)

Для перевірки гіпотези про зв'язок рівнів дистресу/травматизації/благополуччя з контекстними чинниками використано множинну лінійну регресію. Залежні змінні (DV): DASS_Total, PCL_Total, WHO_Total.

Предиктори групувалися у три логічні блоки:

(А) Соціально-демографічні дані (контрольний блок): *вік* (метрична), *наявність дітей* (дихотомічна номінальна змінна), *освіта* (категоріальна), *зайнятість* (категоріальна).

(В) Воєнний контекст: *тривалість служби партнера* (DEPLOYMENT_Duration, безперервна), *досвід окупації* (категоріальна), *досвід евакуації* (категоріальна), *частота контакту* (категоріальна).

(С) Соціальна підтримка: *частота контакту* (категоріальна) та *поточна психотерапевтична/психологічна підтримка* (4 категорії). Важливо підкреслити, що частоту контакту з партнером було включено як змінну з потенційно амбівалентним характером впливу, яка, з одного боку, може виступати ресурсним фактором підтримки, а з іншого – чинником експозиції до травмивного досвіду, особливо коли спілкування відбувається в умовах бойових подій.

Оцінювались показники придатності моделей (R , R^2 , Adj. R^2 , F , p), коефіцієнти (нестандартизовані B та їх p), базова діагностика залишків (гістограми, Q-Q графіки). Для блоку (А) додатково перевірено мультиколінеарність – критичних індикаторів не виявлено.

А. Соціодемографічні предиктори

DV: PCL_Total

Модель: $R = 0.476$; $R^2 = 0.226$; Adj. $R^2 = 0.114$; $F(9,62) = 2.014$; $p = 0.052$ (тенденція до значущості); Коефіцієнти (значущі): Освіта: «Друга вища» $B = -12.426$, $p = 0.036$; Освіта: «Незакінчена вища» $B = -19.350$, $p = 0.020$; Інші предиктори (вік; наявність дітей; інші рівні освіти; зайнятість) – $p > .05$. Вищий освітній рівень співвідноситься із нижчими симптомами травматизації (PCL_Total), що підтверджує буферну роль когнітивно-інформаційних ресурсів.

DV: WHO_Total

Модель: $R = 0.417$; $R^2 = 0.174$; $\text{Adj. } R^2 = 0.054$; $F(9,62) = 1.448$; $p = 0.188$ (не значуща); Коефіцієнти: жоден предиктор не досягає $p < .05$ (найближче – «професійно-технічна» освіта: $B = -4.883$, $p = 0.084$). Соціодемографічні характеристики не пояснюють варіацію суб'єктивного благополуччя на статистично значущому рівні.

DV: DASS_Total

Модель: $R = 0.321$; $R^2 = 0.103$; $\text{Adj. } R^2 = -0.011$; $F(9,62) = 0.904$; $p = 0.529$ (не значуща); Коефіцієнти: жоден із соціодемографічних предикторів (вік, наявність дітей, освіта, зайнятість) не досяг статистичної значущості $p > .05$. Відповідно, соціодемографічні фактори не демонструють системного зв'язку із загальним рівнем дистресу. Це свідчить, про те, що емоційний стан дружин військовослужбовців не залежить прямо від віку, освіти чи наявності дітей, а радше формується під впливом середовища психологічних чинників. Зведені показники моделей із соціо-демографічними предикторами наведено у Додатку В (таблиця 3.5.1)

В. Воєнний контекст

DV: DASS_Total

Модель: $R = 0.550$; $R^2 = 0.303$; $\text{Adj. } R^2 = 0.214$; $F(8,63) = 3.423$; $p = 0.003$; Коефіцієнти (значущі): *Окупація – «так»* $B = +15.124$, $p = 0.029$; *Частота контакту – «щодня»* $B = -10.889$, $p = 0.009$. Не значущі: тривалість служби ($B = -0.594$, $p = 0.399$), *евакуація – так* ($p = 0.318$), інші категорії контакту ($p > .05$). Досвід окупації підвищує загальний дистрес, тоді як щоденний контакт із партнером знижує його рівень.

DV: PCL_Total

Модель: $R = 0.509$; $R^2 = 0.259$; $\text{Adj. } R^2 = 0.165$; $F(8,63) = 2.755$; $p = 0.011$.; Коефіцієнти (значущі): *Частота контакту – «щодня»* $B = -13.972$, $p = 0.008$. Не значущі: тривалість служби ($p = 0.365$), окупація ($p = 0.216/0.342$), евакуація ($p = 0.221$), інші категорії контакту ($p > .05$). Щоденний зв'язок асоційований із нижчими симптомами травматизації; інші змінні воєнного контексту не досягли значущості.

DV: WHO_Total

Модель: $R = 0.461$; $R^2 = 0.213$; $\text{Adj. } R^2 = 0.113$; $F(8,63) = 2.125$; $p = 0.046$; Коефіцієнти (значущі): *Частота контакту – «щодня»* $B = +4.211$, $p = 0.021$; Відповідно,

щоденний зв'язок пов'язаний із вищим благополуччям, а ефект тривалості служби, досвід окупації та евакуації не є значущими для WHO_Total. Зведені результати регресійних моделей для змінних воєнного контексту подано у додатку В (таблиця 3.5.2)

С. Соціальна підтримка (частота контакту та наявність психологічної підтримки).

DV: DASS_Total

Модель: $R = 0.542$; $R^2 = 0.293$; Adj. $R^2 = 0.216$; $F(7,64) = 3.796$; $p = 0.002$; Коефіцієнти (значущі): *Психопідтримка* – «*Ні, і не маю потреби*» $B = -9.126$, $p = 0.019$ (нижчі бали DASS vs базова категорія); Тенденція: *Контакт* – «*щодня*» $B = -8.013$, $p = 0.053$; Інші категорії підтримки/контакту – $p > .05$. Наявність задоволеності власним станом і відсутність потреби у допомозі корелюється з нижчим дистресом.

DV: PCL_Total

Модель: $R = 0.603$; $R^2 = 0.363$; Adj. $R^2 = 0.293$; $F(7,64) = 5.211$; $p < .001$; Коефіцієнти (значущі): *Психопідтримка* – «*Ні, і не маю потреби*» $B = -15.366$, $p < .001$; Тенденція: *Контакт* – «*щодня*» $B = -8.788$, $p = 0.070$. Інші категорії – $p > .05$. Найвиразнішим у всіх моделях виявився буферний ефект соціально-психологічних ресурсів: респондентки, які не повідомляли про потребу у психологічній допомозі, мали значно нижчі показники травматизації (PCL). Ймовірно, це не відображає ефект терапевтичного впливу, а радше є маркером кращого поточного психоемоційного стану та наявності внутрішніх або зовнішніх ресурсів. Водночас щоденний контакт із партнером асоціюється з дещо нижчим рівнем травматичних симптомів, що узгоджується з тенденцією до захисного ефекту підтримуваного зв'язку.

DV: WHO_Total

Модель: $R = 0.437$; $R^2 = 0.191$; Adj. $R^2 = 0.103$; $F(7,64) = 2.162$; $p = 0.049$; Коефіцієнти: жоден окремий предиктор не досягає $p < .05$ (найближче до межі значущості *контакт* «*щодня*» $B = +3.278$, $p = 0.077$). Комбінований блок соціальної підтримки пояснює частину варіації благополуччя; вплив ефекту щоденного контакту позитивний, але індивідуально коефіцієнт не доходить до $p < .05$. Отже, емоційна взаємодія з партнером виступає ключовим чинником збереження суб'єктивного благополуччя,

тоді як психотерапевтична підтримка формує потенційний резерв адаптації. Узагальнені результати моделей, що відображають вплив психосоціальної підтримки, подано у додатку В (таблиця 3.5.3).

Таким чином, щоденний контакт із партнером виступає стабілізуючим чинником, що асоціюється із нижчими показниками дистресу та травматизації й вищим благополуччям. Регулярність контакту підтримує відчуття контролю та близькості, одночасно знижуючи тривогу/гіперпильність і підживлюючи емоційні ресурси.

Безпосередній травматичний досвід (окупація) є фактором ризику дистресу. Для PCL/WHO в цій специфікації ефект не виявляється значущим, але тенденція до підвищеного навантаження узгоджується із логікою травматизації.

Освітній ресурс пов'язаний з нижчим рівнем травматизації (PCL), звідси можна припустити, що когнітивно-інформаційні та соціальні капітал освіти, ймовірно, полегшують опрацювання травматичного досвіду.

Психопідтримка зараз: «не отримую і не маю потреби» є маркером кращого стану: нижчі показники за шкалою DASS та значно нижчі за PCL. Загалом, наявність або відсутність психологічної підтримки постає не стільки як прямий предиктор благополуччя, скільки як індикатор суб'єктивної потреби у допомозі. Ті, хто не повідомляє про таку потребу, демонструють стабільніші емоційні показники, що, радше, може свідчити про вищу автономність або ефективні власні стратегії саморегуляції.

Тривалість служби партнера в наших моделях не була самостійним предиктором ($p > .05$). Це вказує, що не бойовий стаж як такий, а якість повсякденного контексту більш чітко пов'язаний з емоційними наслідками.

3.3. Якісний аналіз суб'єктивного досвіду респонденток (тематичний і контент-аналіз)

У межах якісної частини дослідження було застосовано два взаємодоповнювальні методи – тематичний аналіз (за В. Браун і В. Кларк) [5] та контент-аналіз [35]. Таке поєднання дозволило одночасно розкрити внутрішній смисловий вимір досвіду

дружин військовослужбовців і кількісно відобразити структуру повторюваних елементів цього досвіду.

Тематичний аналіз був спрямований на виявлення ключових смислів і патернів, які відображають переживання українськими жінками ізоляції, тривоги, втрати близькості, пошуку ресурсів і прояви у них психологічної адаптації. Цей метод дозволив уважно простежити, як саме дружини військових описують власний досвід, через які метафори й образи сприймають реальність війни, очікування та самотності.

Контент-аналіз, у свою чергу, забезпечив кількісний вимір якісних даних. Він дав змогу оцінити частоту появи певних смислових елементів у відповідях респонденток, зокрема, тем, пов'язаних із емоційною напругою, втратами, ресурсами, копінг-стратегіями, рольовою інверсією, ідентичністю та проявами травматизації.

Така логіка побудови дала можливість простежити співвідношення між різними компонентами суб'єктивного досвіду та виявити у них патерни та закономірності.

Базою якісної частини дослідження є створення єдиної системи аналітичних категорій T1-T7, що стала спільною віссю для обох підходів. У тематичному аналізі ці категорії виконують роль поняттєвих кластерів (ідентифікуючи повторювані теми, образи, емоційні патерни), а в контент-аналізі роль емпіричних індикаторів, які піддаються кількісному підрахунку. Таким чином, тематичний і контент-аналіз утворюють єдину взаємопов'язану аналітичну систему, де перша методика висвітлює глибину і сенсомісткість, а друга – структуру досвіду.

3.3.1. Методологія та етапи тематичного аналізу (за В. Браун і В. Кларк)

Тематичний аналіз здійснювався відповідно до класичної моделі, запропонованої Вірджинією Браун та Вікторією Кларк [5, 81-84]. Цей підхід є науковим методом якісного дослідження, який дає змогу виявити, інтерпретувати та узагальнити змістову структуру текстових даних шляхом виокремлення домінантних тем. Нижче подано опис моделі шести етапів тематичного аналізу.

Етап 1. Ознайомлення з матеріалом. Первинне ознайомлення із фіксацією емоційних маркерів, повторюваних слів, образів і метафор. Метою було не лише зрозуміти зміст, а й зануритися в афективну тональність висловлювань.

Етап 2. Початкове кодування. Індуктивне кодування (від даних до теорії) фрагментів тексту, які містили суттєві елементи досвіду (емоції, оцінки, способи подолання, прояви втоми, відчаю чи надії тощо.) Коди позначають окремі смислові одиниці, що пізніше були згруповані у категорії. Первинне кодування проводилося вручну у програмі Excel, із подальшою систематизацією в узагальненій таблиці.

Етап 3. Відбір тем. Виділені коди було об'єднано у більш загальні смислові групи. Так утворилися попередні теми, наприклад, емоційне виснаження, ізоляція, пошук сенсу, ресурси й опора, тривога і страх втрати, копінг і контроль. Цей етап передбачав перехід від окремих висловлювань до смислових конструктів, які відображають повторювані патерни досвіду.

Етап 4. Вивірення тем. На цьому етапі здійснювалося звіряння сформованих тем із первинними текстами, для певності, що вони адекватно відображають матеріал. Деякі теми було уточнено або об'єднано, а для забезпечення більшої достовірності проводилася повторна перевірка оригінальних цитат.

Етап 5. Визначення та найменування тем. Після фінального виокремлення тем їм було надано робочі назви, які відображають їхню суть, у підсумку випрацювано сім ключових тематичних кластерів (Т1-Т7):

Т1 емоційна напруга і тривога,

Т2 рольова інверсія і відповідальність,

Т3 втрати та переживання відсутності,

Т4 ізоляція і соціальна відчуженість,

Т5 ресурси і стратегії подолання,

Т6 ідентичність і переосмислення ролі,

Т7 копінг і життестійкість.

Система категорій Т1-Т7, яка сформувалася у процесі кодування, відображає ті ж психологічні конструкти, які емпірично вимірювались за допомогою психодіагностичних методик (BDI-II, BAI/DASS-21, PCL-5, COPE-30, WHO-5). (Додаток В, Таблиця 3.6) Це нам дозволяє розглядати тематичний аналіз як якісне підкріплення кількісних даних, тим самим поглибивши розуміння психологічної травматизації у досвіді дружин військовослужбовців.

Етап 6. Інтерпретація та представлення. На цьому етапі проведено аналітичний синтез, у межах якого було інтерпретовано теми у контексті феномену психологічної травматизації дружин військовослужбовців, їхнього суб'єктивного досвіду та процесів адаптації.

3.3.2. Тематичний аналіз: смислові домінанти досвіду

Метою застосування тематичного аналізу було виявлення смислових категорій суб'єктивного досвіду жінок, які перебувають у стані розлуки, зумовленої участю партнера у бойових діях. У результаті було сформовано сім ключових тематичних кластерів (Т1-Т7), які відображають емоційні, поведінкові та когнітивні аспекти адаптації до тривалої невизначеності (теми формувалися без попередньо заданих категорій, безпосередньо з матеріалу, що дозволило зберегти природну логіку наративів).

Емоційна напруга і виснаження (Т1)

Найпоширенішим мотивом у наративах є постійна тривога, безсоння, емоційна втома. Жінки часто скаржаться на плаксивість, описують життя як стан очікування і виживання, де «нема кінця і краю», де «життя поділилось на до і після»: *«Моє життя зараз на паузі», «Відчуття, що просто існую, а не живу»*. Ці вислови відображають феномен емоційного фону війни, який стає нормою існування, життя у режимі перепадів від абсолютної мобілізації до апатії і емоційного виснаження. Цей досвід фіксує ознаки тривалого перебування у стані розлуки, зумовленої участю партнера у бойових діях.

Рольова інверсія та гіпервідповідальність (Т2)

Більшість респонденток говорять про «подвійну роль», одночасно бути і собою, і партнером (батьком, чоловіком у сім'ї тд): *«Я стала і татом, і мамою», «Моє життя це марафон соломатеринства»*. Цей досвід також характеризується амбівалентністю: зростання компетентності й сили супроводжується емоційним вигоранням і втратою відчуття власних меж. Цей феномен демонструє не лише зростання автономності, а й розщеплення ідентичності.

Ізоляція і соціальна відчуженість (Т3)

Жінки часто описують психологічну ізоляцію, ніби війна розділила людей на “своїх” і “тих, кого це не стосується”: *«Здається, що живу в іншій реальності», «Мене не розуміють і не зрозуміють подружки, у яких чоловіки вдома»*. Багато респонденток засвідчують прагнення уникати розмов про свій стан, бо реакцією оточення є або жалість, або відсторонення.

Ресурси (Т4)

Попри глибоке виснаження, жінки активно шукають ресурси у дітях, волонтерстві, вірі, прогулянках і природі, творчості; у значної частини респонденток присутня тема «сили у собі» і навіть віднайдення внутрішніх ресурсів. *«Плакала, кричала, а потім почала сама себе обіймати», «Мені допомагає молитва і розуміння, що мої діти не можуть бути ще й без мами»*. Тематичний аналіз виявив стійку орієнтація на екзистенційні пошуки, у результаті яких духовність і служіння іншим стають дієвими формами адаптації. У кількох випадках помітна навіть своєрідна трансформаційна сила страждання, коли досвід випробувань породжує зрілість і глибинне відчуття сенсу.

Пошук ідентичності і нової суб'єктності (Т5)

Частина жінок описує процес внутрішнього переосмислення, повернення до себе. Кілька респонденток зазначили перегляд своїх стосунків і майбутнього з цим партнером. *«Я почала розуміти, що стаю сильнішою, ця війна теж моя війна з собою», «Я маю право бути не лише дружиною військового, а й собою»*. Війна для деяких з цих жінок межа, поворотний момент після якого з'являється інша оптика у сприйнятті світу, і насамперед, себе.

Втрати, страх і провина (Т6)

Мотиви втрати, не лише фактичної, а потенційної, переплітаються з провиною за життя “у тилу”: *«Мені здається, що якщо я живу, то я зраджую», «Відчуття, що я живу, а він може загинути не дає мені дихати»*. Це формує присутність хронічної травматизації, де тривожні стани стають частиною ідентичності.

Копінги (Т7)

Поряд із адаптивними стратегіями виявлено мотиви тимчасових або деструктивних способів зменшення напруги: алкоголь, емоційне відгородження,

трудоголізм: *«Іноді купую коньяк. Інакше не можу заснути», «Почала курити вдвічі більше», «Навантажувала себе роботою, щоб не думати, просто прийти додому і впасти в ліжко».* Такі стратегії є, радше, ознакою виснаження і нестачі безпечного простору для вираження емоцій, аніж патологією як такою. Вони демонструють психологічну ціну стійкості. Водночас, часто у відповідях з'являються ознаки дисоціації чи деперсоніфікації, відчуття «порожнечі», «життя на автопілоті», самоозначень *«я як робот чи зомбі».* Такі описи вказують на захисний механізм психіки, коли свідомість дистанціюється від надмірного болю.

*Додаткові смислові домінанти, що виходять за межі
первинної структури (Т1 -Т7)*

Емоційна амбівалентність. У багатьох наративах присутня тема суперечливих емоцій, наприклад, любов і гнів, ненависть і вдячність, відчай і надія, бажання жити і думки про смерть, які відображаються у наративах на кшталт: *«Я не хочу бути сильною, я хочу бути спокійною».* Амбівалентність є природною частиною процесу пристосування: вона відображає одночасну наявність сили і вразливості, що робить ці історії живими і справжніми. Двоїста природа, притаманна цим переживанням, часто походить із внутрішнього розщеплення між образом сильної жінки та змогою чи, навіть, потребою бути вразливою. Цей контраст є природною частиною процесу адаптації.

Зміщення фокусу з партнера на себе. Серед інших важливих спостережень виявлено, появу у частини жінок нового фокусу уваги: від *“як він там”* до *“як мені тут”*, *«я зрозуміла, що мушу підтримувати себе, бо інакше не зможу нікого підтримати».* Зокрема, повторюваним меседжем у частині відкритих питань була рефлексія респонденток про те, що дружин військових потрібно зробити видимими, не розглядати їх як «партнерський додаток до героя». Цей перехід позначає початок процесу виходу з ролі суто підтримуючої до становлення автономної ідентичності, ствердження власної суб'єктності.

Сестринство і спільність досвіду. Попри втрату розуміння з боку цивільних, багато жінок говорять про підтримку від тих, хто поділяють досвід: *«Наш чат партнерок військових з підрозділу чоловіка це мій світ».* Цей пласт досвіду засвідчує

зародження нових горизонтальних зв'язків, жіночих мікроспільнот, які у випадку багатьох респонденток є стабілізуючими і ресурсними.

Нормалізація війни. З часом війна сприймається не як надзвичайний стан, а як буденність: *«Війна стала не просто частиною життя, вона постійним фоном в мені»*. Це можна концептуалізувати як своєрідну форму психологічної адаптації, намагання співжити з травматичною реальністю, спосіб зберегти психічну цілісність у хронічній кризі.

Гнів і протест. Гнів, що часто межує з афектом це ще один спосіб утримати внутрішній контроль і силу: *«Я, як пес на ланцюгу», «Хай горять у пеклі всі москалі. Неавиджу. Не пробачу.»*. Ці реакції засвідчують не лише травму, а й своєрідний рух до дії, до повернення впливу на власну реальність. У ряді відповідей присутні також прояви гіперпильності, які є продовженням стану хронічної мобілізації. Деякі жінки описують ненависть до ворога як частину щоденного емоційного тла. Ці висловлювання варто розуміти не лише як агресію, а як реакцію на тривале відчуття загрози і втрати контролю.

Інтрузії і страх неповернення. У значній частині жінок простежуються нав'язливі думки про можливу загибель чоловіка. Ці образи мають характер навколотравматичних інтрузій: вони з'являються раптово, без свідомого контролю, часто перед сном або під час тривалої відсутності зв'язку: *«Я постійно думаю, що він може не повернутися», «Уявляю, що я ховаю чоловіка», «Я не можу це зупинити. В голові крутиться те саме - щось станеться, щось станеться...»*. Паралельно з інтрузіями з'являються румінації, безперервне “прокручування” спогадів, останніх розмов, повідомлень.

Тематичний аналіз показав, що досвід жінок, чиї партнери беруть участь у бойових діях, має складну, багаторівневу структуру: від хронічної тривоги та емоційного виснаження до поступового віднайдення сенсу та суб'єктності. Попри двояку природу переживань респонденток, у наративах простежується смислова інтеграція травматичного досвіду, війна виступає як каталізатор глибинних змін та рефлексій. Таким чином, досвід жінок, пов'язаний із військовою службою чоловіків,

виявляє не лише травматичний, а й трансформаційний потенціал, у межах якого народжується нова форма жіночої стійкості.

3.3.3. Контент-аналіз: частота та повторюваність ключових смислів

Для кількісного опису якісних даних було проведено контент-аналіз з підрахунком частоти появи ключових тематичних категорій (Т1-Т7), що відображають основні смислові поля досвіду дружин військових (Додаток Б, Таблиця 3.7). Метою цього етапу було кількісно окреслити інтенсивність і поширеність тем, виявлених у процесі тематичного аналізу.

Аналіз повторюваності показав, що найчастіше у висловлюваннях респонденток з'являються теми емоційної напруги і виснаження (Т1), ізоляції (Т3) та амбівалентності переживань (Т7). Їхня поява фіксується більш ніж у 90 % наративів. Дещо рідше трапляються мотиви втрати і провини (Т6) та ресурсів (Т4), тоді як рольова інверсія (Т2) та ідентичність (Т5) мають нижчу представленість (приблизно у третини вибірки). Одержані показники не лише відображають частоту тем, а й ілюструють структуру психологічного досвіду жінок у стані тривалої розлуки, зумовленої участю партнера у бойових діях.

Найвищі частоти емоційної напруги (Т1, 98,6%), ізоляції (Т3, 94,4%) і амбівалентності (Т7, 95,8%) свідчать, що для більшості жінок базовим емоційним тлом є стан тривалої напруги та очікування. Їхні наративи позначені характеристиками, які відповідають критеріям травматизації (повторюваність тривожних думок, емоційна нестабільність, відчуття відстороненості). Така концентрація емоційних тем у понад 90% респонденток вказує на феномен хронічної травматизації, де тривала дія стресора спричиняє до того, що реакції страху, гніву чи відчаю стають звичними патернами реагування. Висока представленість тем страху, провини і втрати (Т6, 81,9%) демонструє, що значна частина респонденток живе у режимі очікування втрати (*«найстрашнішого»*), а отже, у постійній напрузі між щоденною рутиною та обов'язками, з одного боку, і думками про смерть партнера, з іншого. Також, у значної частки респонденток (Т4, 75%) прослідковується мотив пошуку ресурсів і копінгових стратегій – від молитви і творчості до волонтерства,

фізичної активності або догляду за дітьми. Менша частота повторюваності тем рольової інверсії (Т2, 33,3%) та ідентичності (Т5, 27,8%) може свідчити, що для більшості жінок фокус зосереджений не на саморефлексії, а на підтриманні базового функціонування, а також, може відображати притаманне для кризових станів гальмування у процесі інтеграції досвіду.

Загалом, високі показники за Т1, Т3, Т6 і Т7, що охоплюють понад 80-95 % вибірки, створюють своєрідну матрицю травматичного досвіду, у якій:

- *емоційна напруга і виснаження* стають постійним станом і ґрунтом для формування депресивних, тривожних та соматичних проявів;
- *ізоляція* загострює відчуття самотності і соціального відчуження, утворюючи феномен «бульбашки», характерної для ПТСР;
- *страх і провина* зумовлюють тривогу й гіперпильність, порушення структури «Я».

Таким чином, контент-аналіз кількісно підтверджує тенденції, виявлені тематичним аналізом: психологічна травматизація дружин військовослужбовців має системний характер і проявляється насамперед у сфері емоційного досвіду.

3.4. Інтегрований аналіз та прикладні результати дослідження

3.4.1. Узагальнення кількісного та якісного виміру дослідження

Дослідження реалізоване у форматі конвергентного дизайну змішаних методів у якому кількісні результати узгоджуються із якісними темами, наявними у наративних відповідях. Це дає змогу виявити закономірності між статистичними показниками та суб'єктивними переживаннями респонденток. Отримані якісні (тематичний та контент-аналіз) і кількісні (DASS-21, PCL-5, COPE-30, WHO-5) дані, таким чином, взаємодоповнюють опис феномену психологічної травматизації дружин військовослужбовців.

Задля забезпечення послідовності та логіки зв'язку між методами, основні теми аналізу наративів було співвіднесено із психометричними індикаторами стандартизованих опитувальників. (Додаток В, таблиця 3. 8)

Отже, на кількісному рівні вибірка ($N = 72$) демонструє помірно підвищений емоційний дистрес (DASS_Total: $M = 34.53$, $SD = 13.82$), середню вираженість посттравматичних симптомів (PCL_Total: $M = 36.03$, $SD = 17.03$) та понижене благополуччя (WHO_Total: $M = 9.60$, $SD = 5.78$), на тлі переважання емоційно-зосереджених стратегій (COPE_Emotion-Focused: $M = 30.92$, $SD = 4.73$) і дисфункційних копінгів (COPE_Dysfunctional: $M = 23.81$, $SD = 5.08$) середньої вираженості.

Поряд із цим, якісно домінують теми емоційної напруги (T1: 98.6%), ізоляції (T3: 94.4%), амбівалентності (T7: 95.8%) та втрат/провини (T6: 81.9%), при помітній, але зниженій представленості ресурсів (T4: 75.0%), рольової інверсії (T2: 33.3%) і пошуку ідентичності (T5: 27.8%).

Таким чином, якісні домінанти (T1, T3, T6, T7) і кількісні індикатори (вищі DASS/PCL, нижчий WHO) узгоджено описують системний характер травматизації: афективні (депресія, тривога, стрес), когнітивні (негативні переконання, інтрузії) і фізіологічні (гіперзбудження) компоненти є співзалежними і разом визначають базовий емоційний профіль хронічного стресу у дружин українських військових. Інтеграція цих результатів свідчить, що між кількісними індикаторами дистресу та змістовим виразом наративів простежується взаємна відповідність, тобто, емоційні, когнітивні та соціальні рівні реагування утворюють спільне поле переживання. Отримані дані демонструють не лише кореляційні зв'язки між окремими шкалами й темами, а й більш глибоку узгодженість між статистичними (кількісним) і смисловим (якісним) рівнями (т. зв. cross-level взаємозв'язок) [35].

Цей зв'язок має реляційно-емоційний характер, тобто, кількісні показники відображають інтенсивність дистресу, тоді як якісні дані демонструють способи його проживання через тривогу, захисні механізми та пошук зв'язку з партнером. Окремим цікавим прикладом є чинник наявності дітей. Кількісно цей чинник не має вираженого статистичного ефекту (усі $p > .05$), однак у наративах респонденток він відображений як центральний мотив, де діти є водночас і ресурсним підкріпленням, джерелом сенсу («я мушу триматися заради них»), і фактором виснаження, навіть додатковим тягарем («якби хтось хоч один день побув з дитиною»), що пояснює

амбівалентну природу цього фактору та його незначущість у кількісному вимірі. Досвіди окупації та евакуації статистично пов'язані із підвищеним рівнем дистресу ($B = +15.124, p = .029$), у якісних матеріалах описуються через втрату дому, звичного світу й безпеки. Ці мотиви корелюються із підвищеною емоційною напругою (T1) і страхом неповернення («ніщо вже не буде так як було») (T6), що посилює депресивні та тривожні симптоми. Поряд із цим, прояви, означені у додатковому тематичному кластері «Гнів і протест», можуть бути інтерпретовані, також, як форма утримання внутрішнього контролю. Ця захисна стратегія співвідноситься з підвищенням показників за шкалами гіперзбудження (PCL-5) та стресу (DASS-Stress), але водночас знижує безпорадність і сприяє мобілізації, а кластер «Нормалізація війни» («війна в мені, зі мною весь час») описує інший механізм психоемоційного захисту при хронічній травматизації, коли нормалізувати для себе означає зменшити дистрес. Йдеться відомий феномен «адаптованої травматизації» [7, с.189], який співвідноситься з середнім рівнем PCL і низьким WHO. Водночас у якісних і кількісних даних виявляється інший, більш адаптивний патерн, який можна умовно окреслити як ресурсно-збалансований профіль.

Поряд із поширеним профілем травматизації (високі DASS/PCL, низький WHO) чітко простежується альтернативна модель, при якій за наявності соціальної підтримки і зрілих копінгів можливо втримувати вищий WHO навіть при помірній симптоматиці (якісний T4/T5; кластер I K3). Це фактично окреслює основні мішені для інтервенцій: посилення проблемо-фокусованих (Problem-Focused) та редукція дисфункційних (Dysfunctional) копінгів, тренування емоційної саморегуляції, підтримка горизонтальних спільнот (зокрема, врахування феномену сестринства, тема якого присутня у відкритих відповідях респонденток), смислотворення.

У свою чергу, стабільний щоденний контакт із партнером пов'язаний із меншим дистресом та нижчою інтенсивністю посттравматичних проявів і вищим благополуччям (DASS ($B = -10.889, p = .009$) і PCL ($B = -13.972, p = .008$), WHO ($B = +4.211, p = .021$)). Втім, цей аспект досвіду дружин військовослужбовців також має двояку природу, аналіз засвідчує, що контакт виконує одночасно функцію заспокоєння й ретравматизації, у більшості випадків він слугує стабілізуючим

чинником, але у частини жінок (фіксується у наративах T1, T6) виступає як вікарне проживанням досвіду і експозиція до травми.

Освіта ($B = -12.426/-19.350$; $p = .036/.020$) виконує амортизуючий ефект при травматизації, у якісних даних це виявляється через когнітивну рефлексивність та здатність до смислової інтеграції досвіду (T5), зокрема, жінки з вищою освітою частіше говорять про переосмислення ролей і формування нових життєвих орієнтирів.

Поряд із цим, виявлено, що тривалість служби партнера не визначає стан дружин (усі $p > .05$), що спростовує частину нашої базової гіпотези. Втім, підтверджує, що хронічна невизначеність не зменшується з часом, а стає фоновим елементом щоденної реальності, безвідносно від тривалості участі партнера у бойових діях.

Насамкінець, інтеграція кількісних і якісних даних показала, що фактори, які статистично не виражені (наявність дітей, тривалість служби, місце проживання), мають у якісному зрізі глибоку смислову вагу, оскільки вони формують контекст травматизації. Це підкреслює багаторівневу структуру досвіду дружин військових, де кількісні закономірності відображають інтенсивність реакцій, а якісні, у свою чергу, їхню семантичну та емоційну глибину.

Підсумовуючи, отримані дані забезпечують подвійну верифікацію робочої гіпотези: переживання дружин військових є комплексом взаємопов'язаних емоційних, когнітивних та соціальних компонентів, разом вони формують цілісну картину психологічної травматизації в умовах війни.

3.4.2. Концептуальна модель психологічної травматизації дружин військовослужбовців

Запропонована нижче модель узагальнює результати інтегрованого аналізу і пояснює, як поєднання хронічного воєнного контексту та реляційних чинників породжує систему напруги, що визначає як психоемоційні профілі стану, так і можливі шляхи адаптації. Завданням цієї моделі є концептуалізувати багаторівневий феномен травматизації дружин військових у вигляді взаємопов'язаних змінних і

механізмів, які могли б стати підґрунтям не лише для подальшого аналізу, але, також, для розробки цільових програм психо-соціальної допомоги.

Модель опирається на низку теоретичних підходів, розглянутих у розділі I: фазову модель комплексної травматизації Дж. Герман, яка окреслює характер адаптаційних процесів та багаторівневість симптоматики [22]; нейропсихологічні й соматичні моделі Б. ван дер Колка та Р. Сапольські, що пояснюють гіперактивацію та виснаження як фізіологічний фон хронічного стресу [37; 41]; концепції вторинної/вікарної травматизації, зокрема, американського психолога Ч. Фіглі, де розглядають ретрансляцію страждання через емоційну близькість [16] та теорію прив'язаності британського психіатра Дж. Бовлбі, яка описує механіку втрати та відновлення регулятивної функції зв'язку у парі та подружжі [31], а також, на модель резильєнтності і копіngu ізраїльського психолога М. Лагада, яка розкриває роль стилів подолання як буферів травматизації [26].

Концептуальною каркасом моделі виступає діалектичний принцип, оскільки, як засвідчують результати нашого дослідження, досвід розлуки, зумовленої участю партнера у бойових діях і пов'язаний із ним психо-емоційний фон характеризується не лише бінарністю, а змінною динамікою емоцій та переживань, що пояснює амбівалентність і суперечність у наративах респонденток. Це коливання між стійкістю й вразливістю, ізоляцією та потребою контакту, між контролем/гіперпильністю та прийняттям/довірою, між самопожертвою та самозбереженням, а також, між експозицією до досвіду партнера (вікарністю) та ресурсністю цього контакту, емпірично ця амбівалентність простежується у тематичних групах T1-T7 і підкріплюється структурою кластерів психоемоційних станів.

Структура моделі

Психологічна травматизація дружин військовослужбовців у ситуації розлуки, зумовленої участю партнера у бойових діях розглядається як багаторівнева діалектична система, де зовнішній контекст війни, реляційні процеси та внутрішня регуляція взаємодіють між собою у режимі змінних емоційних станів. Модель

охоплює чотири взаємопов'язані рівні, що формують єдине поле психологічного реагування.

1. *Контекстний рівень* (зовнішній вплив): включає тривалу відсутність партнера, соціальну невизначеність та небезпеку, досвід окупації чи евакуації. Цей рівень створює постійну напругу непередбачуваності, яка активує режим виживання, породжуючи гіперзбудження, тривожність і емоційне виснаження. Кількісно це відображено у підвищенні показників стресу, тривоги та депресії (DASS) і проявів ПТСР (PCL), якісно спостерігається у темах страху, втоми та втрати контролю (Т1, Т6).
2. *Реляційно-емоційний рівень* (система зв'язку): охоплює площини подружнього і сімейного життя (дистанцію, амбівалентність і вікарну залученість у досвід партнера); тут проявляються теми Т3 (ізоляція), Т4 (турбота) і Т7 (підтримка). Цей рівень пояснює, чому травматизація має реляційний характер, тобто, розгортається у системі “я-ти-ми”, а не лише всередині індивіда. Тема, яку активно досліджують у контексті саме сімей ветеранів ізраїльські дослідниці, зокрема, З.Соломон та Р. Декел [12].
3. *Інтраперсональний рівень* (внутрішні процеси, регуляція і копінги): містить когнітивно-емоційні та тілесні механізми адаптації та способи саморегуляції. Це поле основного протистояння між контролем і здатністю відпустити, між гіперпильністю та втомою. Звідси, логічно, що домінування емоційно-зосереджених і дисфункційних копінгів (COPE) підвищує DASS і PCL, тоді як проблемно-фокусовані копінги підтримують благополуччя (WHO). Цей рівень є ключовим для розуміння зв'язку між тілесними реакціями та станами і психічною регуляцією (обгрунтовано детальніше у дослідженнях П. Огден) [31, с. 41-43].
4. *Ціннісно-смысловий рівень* (інтеграція досвіду): найвищий рівень системи, на якому відбувається опрацювання травматичного досвіду, реконструкція ідентичності та формування нових смислів. Для частини жінок цей рівень стає простором посттравматичного зростання через духовні ресурси, служіння, феномен сестринства чи кристалізації нових цінностей (Т5, Т7). Саме цей рівень відрізняє резиліентний кластерний профіль (К4) від компенсаторного (К3),

перетворюючи травму з руйнівного, фрагментарного досвіду на інтегрований і сенсотворчий.

Динаміка в структурі моделі: осі напруг і кластери

Усі чотири рівні пов'язані своєрідними діалектичними осями напруг, що проходять крізь систему та визначають характер адаптаційних реакцій. Зміни в межах кожної осі відбуваються хвилеподібно, це пояснює чергування фаз дистресу, виснаження, мобілізації й відновлення. Саме ці коливання формують різні кластерні профілі стану (К1-К4), які можна розглядати як зрізи системи на різних етапах адаптації.

1. Стійкість Vs. Вразливість: співіснування високого дистресу (DASS, PCL) та прагнення «триматися попри все» (Т1, Т4) – центральна вісь усієї системи.
2. Контроль Vs. Прийняття.: коливання між гіперпильністю, рольовою інверсією та контролем (Т2) і здатністю довіряти, відпускати (Т5, Т7). У кількісних даних це проявляється як зниження DASS при зростанні зрілих копінгів та планування (COPE).
3. Зв'язок Vs. Ізоляція: відображає коливання між потребою в емоційному контакті (з партнером чи спільнотою) і тенденцією до самозахисту та уникання (Т3, Т6). Підтверджується регресійними зв'язками між частотою контакту та зниженням DASS/PCL при одночасній ретравматизації у частини жінок.
4. Самопожертва Vs. Самозбереження: поєднує теми надмірної відповідальності, виснаження материнством і водночас прагнення «мати право на спокій» (Т2 і Т4).

Зміни на даних осях відображають динаміку переходів між кластерами копінгу – від дисфункційного до проблемоорієнтованого\адаптивного. Такі переходи не є лінійними, вони відбуваються хвилеподібно, у процесі опрацювання та інтеграції травмивного досвіду.

Візуально модель можна зобразити таким чином: у центрі розташоване “ядро дистресу” (DASS, PCL, WHO) – базовий психоемоційний рівень. Навколо нього чотири взаємопов'язані рівні (контекстуальний, реляційний, інтраперсональний, ціннісно-смысловий), через які проходять осі діалектичних напруг. Вони утворюють систему взаємодій між зовнішнім середовищем, процесами взаємодії, регуляцією та

смыслотворенням, така траєкторія переходів між профілями відображає рух від виснаження до адаптації через зв'язок, прийняття та нове смислове наповнення досвіду (логіка процесу базована на окремих аспектах досліджень Р. Декел, К. Реншоу та Ч. Фіглі) [12; 34; 16].

Таким чином, модель демонструє, що травматизація дружин військових є не статичним станом, а динамічною взаємодією протилежних сил, де суперечливі і часто взаємовиключні емоції та переживання створюють унікальну психічну рівновагу, що дозволяє жінкам виживати й поступово відновлювати цілісність. Саме така діалектична оптика, на нашу думку, дозволяє не лише точніше описати феномен, а й окреслити напрямки для клінічної інтервенції та суспільної підтримки.

3.4.3. Система діагностичних та психо-соціальних механізмів підтримки дружин військовослужбовців у контексті тривалого стресу та вторинної травматизації

Коли йдеться про феномен травматизації дружин і партнерок військових, які перебувають у зоні активних бойових дій, важливо розуміти, що це не один симптом чи прояв. Травматизація є комплексом когнітивних, емоційних, соматичних і поведінкових порушень, який вимагає системного підходу.

Природа травми, пов'язаної із військовою службою партнера та, зокрема, із перебування на передовій, себто, у зоні прямої загрози, згідно з дослідженнями (праці Р. Декел, Г. Зераха, К. Салліван та ін.) базується, з одного боку, на психологічних та нейрофізіологічних механізмах реакції на небезпеку, закономірностях функціонування психіки в умовах стресу (у т.ч. тривалого), з іншого, зумовлена специфічними ефектами, утвореними цією формою травми [11, с. 304-306; 39, с. 308; 44, с. 21-22].

Відносно універсальні травмивні фактори, такі, як відчуття безпорадності та втрата контролю доповнюються, у випадку дружин військовослужбовців, хронічним збудженням, продиктованим станом постійного очікування і невідомістю, коливаннями не лише у емоційних реакціях, а у більш стабільних структурах, таких як самосвідомість, система цінностей, базові уявлення про світ і справедливість (усі перелічені прояви відображені у нашому якісному аналізі). Цей стан П. Огдан описує

як замкнуте коло травми: хронічне збудження запускає асоціативні стимули, пов'язані з травмивним фактором, активуючи тривожні думки й інтрузії, що у свою чергу підсилюють збудження і за цим принципом по колу рухаються далі [31, с.17-18].

У роботі з травматизацією дружин військових доцільно орієнтуватися на симптоматичне ядро, яке включає наступні групи порушень: підвищений рівень стресу, тривоги та депресивних симптомів, у сукупності із дисфункційними копінгами, типом прив'язаності та негативними змінами у когніціях можуть бути основою, яка визначає психодіагностичні інструменти та задає вектор клінічним та психо-соціально втручанням. Одним із ключових завдань первинної евалюації є ідентифікація симптомів та їх зіставлення із критеріями, поданими у найновіших класифікаторах DSM та/або МКХ. Водночас, зважаючи на комплексний характер травматизації важливо врахувати коморбідні прояви, у межах яких симптоми тривоги, депресії, гострого стресу можуть поєднуватися із адикціями, порушеннями харчової поведінки, соматоформними розладами, тощо [14, с.298].

Таким чином, базовий перелік діагностичних методик, релевантних для оцінки стану дружин військових, які перебувають у зоні активних бойових дій, може включати наступні (адаптовані для України):

1. Шкала депресії тривоги та стресу (DASS-21) (українська адаптація Мельник Ю. Б., Стадник А. В.);
2. Шкали депресії та тривоги Бека (BDI-II та BAI) (в адаптації Нікітчук У.);
3. Опитувальник посттравматичного стресового розладу PCL-5 (версія для цивільних, перекладена версія);
4. Опитувальник копінгових стратегій COPE-30 (адаптація Яблонська Т., Верник О.)
5. Індекс загального благополуччя ВООЗ (WHO-5) та Опитувальник здоров'я пацієнта (PHQ-9) (важлива методика для визначення тяжкості симптомів та моніторингу динаміки під час терапії в українській адаптації УІКПТ).

Та додаткові діагностичні інструменти, такі, як: Шкала дисоціативних переживань (DES-II) (перекладена версія); Перелік життєвих подій (LES-5) (перекладена версія); Шкала соціальної фобії (SPIN) в адаптації УІКПТ; Скринінги вживання алкоголю

(CAGE) та (AUDIT) (схвалена МОЗ); Шкала впливу травмівних подій (IES-R) (перекладена версія)

Якість та релевантність діагностики має визначальне значення, оскільки саме від неї залежить подальша логіка психокорекційних, психотерапевтичних інтервенцій та напрям загальної психосоціальної допомоги. Ретельно підібрані діагностичні інструменти не просто забезпечують достовірність оцінки стану, вони формують ґрунт для визначення цілей втручання, рівнів підтримки та доцільності конкретних методик.

Результати сучасних досліджень [12; 18] підтверджують, що у роботі з дружинами військовослужбовців найбільшу ефективність засвідчили такі форми психологічної допомоги: індивідуальна психотерапія; групова робота, зокрема групи підтримки дружин військових (у т.ч. робота із низовим самоорганізованим ініціативами); системна сімейна терапія, яка передбачає можливість роботи не лише з партнером, а й з дітьми; а також психоедукаційні заходи, тренінгові програми та кризові інтервенції (актуальні, скажімо, у випадку тривалої відсутності зв'язку з партнером, поранення, загибелі), спрямовані на стабілізацію та саморегуляцію емоційного стану й підвищення адаптивності [26].

Як зазначено вище, травматизація дружин військовослужбовців має системний характер, тобто, охоплює взаємопов'язані когнітивні, емоційні, поведінкові та тілесні рівні функціонування, відтак, система психологічної підтримки має бути багаторівневою, такою, що передбачає роботу з різними аспектами досвіду, та водночас, мультимодальною, поєднуючи різні підходи та методики допомоги. Перевага мультимодальності полягає у гнучкості втручань, що дає змогу враховувати нелінійний, діалектичний характер переживань жінок, чиї партнери перебувають у зоні бойових дій.

Спираючись на результати кількісного та якісного аналізу у межах цього дослідження, які лягли в основу нашої концептуальної моделі травматизації дружин військовослужбовців, можна вибудувати цілісну модель допомоги, яка спрямована на пропрацювання різних рівнів травматизації – від негативних переконань про себе і світ, емоційної дизрегуляції до порушення базового почуття безпеки, соматизації

травми і дезадаптивних копінгів. Такий підхід дозволяє працювати не лише із наслідками, а й з механікою самої травматизації.

Когнітивний рівень роботи орієнтований на ті симптоми, які формуються довкола відчуття безпорадності та браку контролю, зумовлених травмою когнітивних спотворень (узагальнення та катастрофізації). Це ті патерни мислення, які підтримують відчуття постійної загрози й безсилля, а відтак, підкріплюють хронічну тривогу. У якості ключових інтервенцій тут можуть застосовуватися когнітивна реструктуризація, робота з автоматичними думками, переоцінка катастрофічних сценаріїв, та окремі протоколи Когнітивно-поведінкової терапії, наприклад, робота з когнітивними застряганнями. Свою ефективність у роботі з травмою також засвідчили протоколи EMDR, методики Майндфулнес, спрямовані на усвідомлення меж контролю та опрацювання почуттям провини (зокрема, за власну втому чи дратівливість) [7, с.313]. Перелічені когнітивні втручання спрямовані не лише на зміну змісту думок, але й на тренування гнучкості мислення, на поступовий рух від гіперконтролю до прийняття часткової невизначеності, що, у свою чергу, знижує рівень дистресу й сприяє опануванню емоцій [7, с. 29-30].

Емоційний рівень охоплює роботу з афектом, горюванням і толерантністю до дистресу. У нашій вибірці дружин військовослужбовців часто фіксувалися епізоди емоційного оніміння, «замороження», різкі перепади між апатією і збудженням, тощо. За цих умов, ефективними можуть бути інтервенції, що допомагають впорядкувати емоції, зокрема, техніки Емоційно-фокусованої терапії (EFT), призначені для розпізнавання та визнання емоцій. Зважаючи на амбівалентну природу емоційних станів, дієвими також можуть бути окремі техніки Діалектично поведінкової терапії (DBT), зокрема, самозаспокоєння через сенсорні опори, техніки заземлення та прийняття реальності, систематична робота із тренінгом навичок. Цей рівень втручань допомагає відновити емоційний зв'язок із собою, з оточенням, зі світом, а також віднайти здатність бути вразливою без втрати відчуття внутрішньої опори [7, с. 286-288].

Тілесно-соматичний рівень, особливо важливий у роботі з хронічним збудженням, що часто проявляється у вигляді тривалої напруги, безсоння, тілесної відчуженості чи

панічних епізодів Як підкреслює П. Огден, провідна дослідниця соматизації травми, робота з тілом це не лише стабілізація, але й спосіб повернути собі відчуття контролю, яке було втрачено внаслідок травматизації. Дослідниця рекомендує застосування підходу зверху вниз і знизу вверх (top-down і bottom-up): поєднання когнітивної усвідомленості із тілесними вправами, спрямованими на заспокоєння нервової системи [31, с.23-24]. Це можуть бути дихальні практики та методики декомпресії, відслідковування тілесних меж.

Поведінково-соціальний рівень включає форми втручання, спрямовані на відновлення структури життя, рутини, соціальних зв'язків і почуття агентності, втрата яких є наріжними мотивами у наративах респонденток [11]. Ефективним інструментом тут може послужити модель BASIC Ph M. Лагада, яка дозволяє дослідити ресурси та копінгові механізми [26]. Поряд із цим свою результативність у роботі з травмою довели методики в парадигмі АСТ-терапії, згаданий тренінг соціальних навичок ДПТ, поведінкове активування (ВА), моделі соціального навчання (зокрема через групові форми терапії) [8, с. 247-251].

Підсумовуючи варто підкреслити, що запропонована система терапевтичної та психосоціальної допомоги у роботі з дружинами військових – це не лише набір технік, а послідовно вибудована структура, логіка якої спрямована на відновлення контакту з тілом, емоціями, сенсом і світом, що є, на думку Рейчел Декел, найбільш вразливими ділянками [11, с.306].

3.4.4 Український соціокультурний контекст психологічної травматизації дружин військових

В основі роботи з травмою лежить розуміння, що травмівна дія має завершитися, для ефективного опрацювання її наслідків. Однак, у випадку України ситуація є принципово відмінною. Зasadнича особливість травматизації дружин військовослужбовців полягає у тому, що вони залишаються всередині травми, у її перманентному перебігу. Це не подія, що минула, а процес, який триває щодня. Відтак, психо-соціальна робота з дружинами військових у сучасному українському контексті, це найчастіше робота всередині травми, з огляду на це, ключового значення

тут набуває стабілізація, як спосіб збереження функціонування, який передує будь-якому глибшому опрацюванню досвіду.

Постійний травматичний фон це одна із знакових характеристик українського контексту. На відміну від дружин військових у США чи Канади, які у періоди ротацій чоловіків живуть у безпечному середовищі, українські жінки перебувають у просторі, де війна не має чітких окреслених меж, а відчуття загрози є повсюдним, не лише на лінії зіткнення. Навіть у тилу жінки живуть у стані напруги, а психіка та тіло не мають можливості перейти у фазу відновлення. Це, у свою чергу, створює своєрідну «подвійну експозицію», коли травмівний досвід чоловіка, який перебуває на фронті, накладається на власне відчуття небезпеки дружини. Поширеною практикою також є відвідини чоловіка у прифронтній зоні, що стає джерелом додаткового стресу, попри загальний позитивний ефект від довгоочікуваної «живої» комунікації. Такий стан тривалого стресу сприяє загальній нормалізації обставин війни, яка виконує захисну функцію психологічної адаптації, знижуючи чутливість та інтенсивність переживань.

У контексті тривалої експозиції до травми важливим чинником є присутність постійного медійного фону війни, де щоденні новини, телеграм-канали та відео стають невід'ємною частиною побуту, творять феномен вторинної травматизації через інформаційне перевантаження. Дружини військових часто живуть у цьому полі, постійно звіряючи новини з географією служби чоловіка, що у поєднанні із фрагментарністю офіційної достовірної інформації формують, з одного боку, гіперзбудження та тривогу, з іншого, апатію та дисоціацію (дані співвідносяться із результатами емпіричного дослідження та наративами респонденток).

Особливої уваги заслуговує те, що значна частина дружин військових свідомо обирають залишатися в Україні, навіть за наявної можливості виїзду за кордон. Це рішення часто пов'язане не лише з економічними чи побутовими чинниками, але й із відчуттям моральної солідарності, необхідністю бути «поруч», зберігати зв'язок із домом, країною. Важливим для розуміння українського досвіду є екзистенційний вимір пов'язаності дружин військових із війною. У відповідях багатьох респонденток присутня думка про ціннісно-світоглядний аспект служби партнерів, позицію, яку жінки поділяють, оскільки йдеться не лише про відчуття причетності до досвіду

чоловіків, але й про власну ідентичність, втілену у патріотизмі. Ця особливість українського досвіду співзвучна із наявними результатами ізраїльських досліджень, де подібне переконання стає джерелом сенсу і додатковим чинником резильєнтності [44, с. 28].

Ще одна грань українського контексту пов'язана із очікуваннями та рольовими сценаріями, які суспільство накладає на дружин військовослужбовців. У традиціоналістському дискурсі образ дружини військового залишається ідеалізованим: вона має бути стійкою та жертвовною «берегинею тилу», ідеальною матір'ю та господинею» [50; 25]. Архетип сильної дружини-супутниці, описаний, зокрема, у працях української дослідниці Оксани Кісь, продовжує відображатися у сучасних наративах. Соціально очікувана «стійкість» перетворюється на замасковану емоційну ізоляцію, а прояви та реакції, які виходять поза суспільно-прийнятні норми стигматизуються, що є вагомим фактором ризику для розвитку тривожно-депресивного комплексу.

На тлі героїзації військових чоловіків дружини часто коливаються між потребою бути почутими і відчуттям провини за власну вразливість (конструкт «*йому там важче*» присутній у багатьох наративах респонденток), це провокує внутрішній конфлікт між лояльністю до героя і потребою визнання власних переживань. Інший бік героїзації полягає у маргіналізації жіночих наративів. У публічному просторі дружини військових фактично залишаються невидимими, а їхні досвіди – виснаження, амбівалентності почуттів, подвійних ролей, втрати і невизначеного горювання часто опиняються поза увагою [45; 46].

Додатковим чинником, який важливо врахувати при аналізі українського соціокультурного поля є місце проживання. Хоча кількісні дані нашого дослідження не показали статистично значущої різниці, наративи респонденток засвідчують, що досвід дружин військових у великих містах, малих містечках і селах суттєво відрізняється. Жінки з периферії часто ізольовані подвійно – як емоційно, так і соціально, що, зокрема, передбачає обмежений доступ до фахової психологічної допомоги, до груп підтримки чи просто до спільноти, здатної зрозуміти і розділити досвід.

Підсумовуючи, можна сказати, що український контекст робить травматизацію дружин військових явищем не лише індивідуальним, але й соціально-культурним. Вона формується на перетині реальності перманентної війни, колективного дистресу, соціальних та гендерних ролей і очікувань, і саме тому потребує підходів, які враховують цю багатосаровість. Відтак, допомога жінкам, чії партнери перебувають на фронті, має включати не лише клінічні, але й соціальні, освітні та правові компоненти, роботу з громадськими та політичними ініціативами, групами взаємопідтримки, загалом, створення простору видимості їхнього досвіду у медійному та суспільному дискурсі.

Висновки до III Розділу

У ході емпіричного дослідження психологічної травматизації дружин військовослужбовців було проаналізовано дані 72 учасниць за комплексом психодіагностичних методик (DASS-21, PCL-5, COPE-30, WHO-5). Перевірка нормальності за критерієм Шапіро-Вілка засвідчила відхилення від нормального розподілу для частини показників, що обумовило обрання непараметричних статистичних методів (Крускала-Волліса, Манна-Вітні, Спірмена).

Дослідження дало змогу окреслити структуру психоемоційного стану та чинників психологічної травматизації дружин військовослужбовців. Одержані результати підтверджують, що емоційний дистрес, симптоми травматичного реагування та рівень суб'єктивного благополуччя утворюють взаємопов'язану систему, у межах якої зростання рівня дистресу та травматичних проявів супроводжується зниженням загального відчуття задоволеності життям. Це свідчить про інтегрований характер психологічної травматизації, у якій емоційні, когнітивні та соматичні компоненти взаємно підсилюють один одного. Тривалість перебування партнера у зоні бойових дій не продемонструвала статистично значущого впливу на емоційний стан, симптоми травматизації чи рівень благополуччя, натомість частота та якість контакту з партнером виявилися визначальними для психологічної стабільності: регулярна комунікація асоціюється із нижчими показниками дистресу і травматизації та вищим рівнем благополуччя. Важливим предиктором також виявилася наявність

психологічної підтримки: у респонденток, які отримують регулярну допомогу прослідковується нижчий рівень емоційного виснаження, тоді як відсутність підтримки при одночасному відчутті потреби у ній пов'язана із високим рівнем дистресу. Досвід окупації очікувано відповідає вищому рівню емоційного навантаження, що пояснюється станом тривалої небезпеки та втрати контролю. Інші контекстуальні чинники, зокрема, евакуація, зайнятість, місце проживання та наявність дітей не продемонстрували виразних відмінностей за ключовими психоемоційними показниками при кількісному аналізі. Водночас, у якісних відповідях респонденток материнство позиціонується як, з одного боку, фактор резильєнтності, а з іншого, додаткового тиску та виснаження (ефект рольової інверсії). У структурі копінгових стратегій переважають емоційно-зосереджені та активні форми, які виконують адаптативну та мобілізаційну функції в умовах високого навантаження. Дезадаптивні копінги, такі як уникання, самозвинувачення, емоційна реактивність корелюють із депресивністю та емоційною втомою. Таким чином, поведінкові стратегії є важливою ланкою у формуванні психологічної стійкості або, навпаки, у посиленні дистресу, а отримані дані підтверджують існування травматизації дружин військових як інтегрованої системи, у межах якої емоційне виснаження, симптоми травми та зниження благополуччя формують спільну патологічну площину, яка слугує основою для нашої моделі психологічної травматизації та розробки цільових психо-соціальних інтервенцій.

ВИСНОВКИ

1. Психологічна травматизація дружин військових розглядається як багаторівневий процес, який включає індивідуально-психологічні, міжособистісні та соціокультурні детермінанти. Вона не є одноразовою реакцією на подію, а проявляється як тривалий процес втрати й відновлення внутрішньої рівноваги під впливом екстремальних умов війни. Міжнародні дослідження (США, Канада, Ізраїль) демонструють ефективність системного підходу при вивченні психологічної травматизації у сім'ях військових, у межах якого психічне здоров'я партнера розглядається у взаємозв'язку зі станом дружини. Ключовими чинниками збереження стійкості є сталість соціальної підтримки, якість комунікації та доступ до психотерапевтичних сервісів. В українському контексті психологічна травматизація дружин військових зумовлена особливостями пролонгованої війни та обмеженими можливостями системної допомоги. Це формує унікальні умови для виникнення хронічної тривоги, відчуття безсилля та соціальної ізоляції.

2. Отримані результати кількісного та якісного аналізу дали змогу чітко окреслити структуру психотравмівних чинників, які формують динаміку психологічної травматизації дружин військовослужбовців. *Фрагментарність або відсутність контакту з чоловіком* виявилася ключовим чинником ризику. Результати дослідження демонструють різке підвищення рівнів дистресу та посттравматичних симптомів у жінок, які спілкувалися з партнером рідко або взагалі не мали змоги підтримувати зв'язок, тоді, як регулярна комунікація виступала стабілізуючим чинником, знижуючи інтенсивність психоемоційного напруження. Другим потужним предиктором травматизації стала *незадоволена потреба у психологічній підтримці*. Найвищі рівні дистресу фіксувалися в учасниць, які повідомляли, що не отримують допомоги, але потребують її. Додатковим фактором дистресу очікувано виступив *досвід окупації*, який посилював емоційну напругу, але не завжди переходив клінічно значущий поріг, що свідчить про можливість короткотермінового підйому емоційного навантаження без обов'язкового переходу у патологічну фазу (за наявності ресурсів). Таким ресурсом у вибірці стала *освіта*: жінки з вищою освітою демонстрували нижчі показники травматизації та кращі

індекси благополуччя, що вказує на роль когнітивної рефлексивності як ймовірного буфера стресу. Тривалість служби не виявила суттєвого впливу, що зміщує акцент із часового виміру на якість стосунку, емоційну близькість та задоволену потребу у підтримці в умовах війни.

3. Кількісні показники та результати тематичного аналізу виявили цілісну систему психологічних реакцій, у якій поєднуються афективні, когнітивні, поведінкові та соматичні прояви. *Афективний рівень* позначений домінуванням тривоги, страху втрати, емоційним відстороненням та хронічним стресом; *Когнітивний компонент* проявляється у формуванні стійких інтрузій і румінацій, спрямованих на переживання загрози втрати, провини та нездатності впливати на ситуацію; *Поведінкові реакції* мають подвійний характер: з одного боку, поширені стратегії емоційного подолання, з іншого, присутні виражені ознаки дисфункційного копіngu; *Соматичний рівень* відзначається гіперпильністю, безсонням, виснаженням, що корелюють із підвищеними показниками стресу.

Отже, типові реакції дружин військових це системна відповідь на тривалий стрес, де емоційна напруга поєднується з когнітивними порушеннями та соматичними проявами, а поведінкові патерни варіюють залежно від доступу до ресурсів.

4. Соціокультурні чинники суттєво впливають на переживання та прояви психологічної травматизації дружин військовослужбовців. Постійна експозиція до бойових дій і контакт із фронтом формують хронічний стрес, що поєднуючись з гендерними та культурними сценаріями, обмежує прояв афекту, стимулює самозвинувачення та емоційну ізоляцію. Водночас ідентифікація з патріотичними цінностями та перебування в Україні може частково компенсувати стрес і сприяти резильєнтності. Таким чином, соціокультурний контекст є інтегральним компонентом травматизації, визначаючи її характер і глибину переживання.

5. Аналіз копіng-стратегій показав, що дружини військовослужбовців формують багаторівневу систему адаптації, у якій домінують емоційно-фокусовані копіngи, які допомагають жінкам утримувати внутрішню рівновагу за умов обмеженого контролю. Високі показники дисфункційного копіngu підтверджують,

що хронічна втома та дефіцит підтримки знижують ефективність адаптації та пов'язані з підвищенням рівня дистресу. Водночас наявність проблемно-орієнтованих стратегій у частини вибірки демонструє потенціал резильєнтності та здатність зберігати дієві способи регуляції в умовах тривалого психоемоційного навантаження. Відтак, адаптаційний потенціал дружин військовослужбовців визначається не лише типом застосовуваних копінг-стратегій, а передусім умовами, у яких вони реалізуються – доступністю підтримки та стабільністю зв'язку з партнером.

6. Розроблена концептуальна модель дозволяє розглядати психологічну травматизацію дружин військовослужбовців як цілісну, динамічну систему, у якій взаємодіють контекстуальні, реляційно-емоційні, інтраперсональні та ціннісно-сміслові виміри функціонування. Багаторівневий характер феномену зумовлює потребу у комплексі діагностичних і терапевтичних підходів, що охоплює усі рівні травматизації. Це зумовлює необхідність поєднувати стандартизовані опитувальники з інтерв'ю та наративними методами для точнішого відтворення суб'єктивного досвіду. Сформована модель травматизації визначає потребу у багаторівневих втручаннях: когнітивних, емоційних, тілесних та поведінково-соціальних. Однією із умов ефективності психосоціальних програм та втручань є поєднання індивідуальної, групової та сімейної роботи, що спрямована на подолання реляційних аспектів травматизації. Системні підходи, які враховують не лише індивідуальний стан жінки, а й динаміку сімейних зв'язків, особливо актуальні у випадках вторинної чи вікарної травматизації.

Практичне значення одержаних результатів полягає у можливості застосування моделі як базової рамки для розробки програм психо-соціальної допомоги дружинам військовослужбовців в Україні, у тому числі на рівні кризових служб, громадських ініціатив і системи ментального здоров'я ветеранів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Arzi N. B., Solomon Z., Dekel R. Secondary traumatization among wives of PTSD and non-PTSD veterans: The role of marital intimacy // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. – 2020. – Vol. 12, No. 2. – P. 204–211.
2. Benson P. Survey reveals heavy toll of reserve duty on Israeli families [Електронний ресурс] / P. Benson // *Israel.com*. – 2025. – 28 вересня. – Режим доступу: <https://israel.com/health/survey-reveals-heavy-toll-of-reserve-duty-on-israeli-families/> (дата звернення: 07.11.2025)
3. Bonanno G. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? // *American Psychologist*. – 2004. – Vol. 59. – P. 20–28.
4. Borah E., Fina B. Military spouses speak up: A qualitative study of military and Veteran spouses' perspectives // *Journal of Family Social Work*. – 2017. – Vol. 20, No. 2. – P. 144–161. – DOI: 10.1080/10522158.2017.1284702. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
5. Braun V., Clarke V. Using thematic analysis in psychology // *Qualitative Research in Psychology*. – 2006. – Vol. 3, No. 2. – P. 77–101. – DOI:10.1191/1478088706qp063oa. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa> – Дата звернення: 07.11.2025. researchgate.net+1
6. Clulow C. *Sex, Attachment and Couple Psychotherapy: Psychoanalytic Perspectives* / C. Clulow. – London: Routledge, 2009. – 296 p.
7. Courtois C. A., Ford J. D. *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults: Scientific Foundations and Therapeutic Models [Text]* / C. A. Courtois, J. D. Ford. – New York: Guilford Press, 2009. – 488 p.
8. Craighead L. W., Craighead W. E., Kazdin A. E., Mahoney M. J. *Cognitive and Behavioral Interventions: An Empirical Approach to Mental Health Problems*. – Boston / London: Allyn & Bacon, 1993 (1994). – 464 с.

9. Danon A., Dekel R., Horesh D. Between Mourning and Hope: A Mixed-Methods Study of Ambiguous Loss and Posttraumatic Stress Symptoms Among Partners of Israel Defence Force Veterans// *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice & Policy*. – 2025. – Vol. 17, No. 4. – P. 795–804. – DOI:10.1037/tra0001794. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/tra0001794> – Дата звернення: 07.11.2025.
10. Davis J., Ward D. B., Storm C. The Unsilencing of Military Wives: Wartime Deployment Experiences and Citizen Responsibility// *Journal of Marriage & Family Therapy*. – 2011. – Vol. 37, No. 1. – P. 51–63. – DOI:10.1111/j.1752-0606.2009.00154.x. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://reachfamilies.umn.edu/sites/default/files/rdoc/Davis_2011_0.pdf – Дата звернення: 07.11.2025.
11. Dekel R., Monson C. M. Military-Related Post-Traumatic Stress Disorder and Family Relations: Current Knowledge and Future Directions// *Aggression and Violent Behavior*. – 2010. – Vol. 15, No. 4. – P. 303–309. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1016/J.AVB.2010.03.001>. – Дата звернення: 07.11.2025.
12. Dekel R., Solomon Z. Secondary Traumatization Among Wives of War Veterans with PTSD// *Combat Stress Injury: Theory, Research, and Management* / ed. by B. A. Moore, W. E. Penk [Электронный ресурс]. – New York: Routledge, 2007. – С. 137–157. – Режим доступа: <https://doi.org/10.4324/9780203943694> – Дата звернення: 07.11.2025.
13. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition, text revision (DSM-5-TR)*. – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2022. – 1050 p.
14. Erbes C. R., Kramer M., Arbisi P. A., DeGarmo D., Polusny M. A. Characterizing spouse/partner depression and alcohol problems over the course of military deployment// *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2017. – Vol. 85, No. 4. – P. 297–308. – DOI:10.1037/ccp0000190. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/ccp0000190> – Дата звернення: 07.11.2025.

15. Evans L., Renshaw K. D. Relationship distress and psychological functioning in spouses of veterans with symptoms of combat-related PTSD: A longitudinal study // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 2011. – Vol. 79(4). – P. 412–417.
16. Figley C. R. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder In Those Who Treat The Traumatized*. – New York: Routledge, 2013. – 268 p.
17. Gewirtz A. H., DeGarmo D. S., Zamir O. Testing a Military Family Stress Model// *Family Process*. – 2018. – Vol. 57, № 2. – С. 415–431. – DOI:10.1111/famp.12282. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1111/famp.12282> – Дата звернення: 07.11.2025
18. Gewirtz A. H., Erbes C. R., Polusny M. A., Forgatch M. S., DeGarmo D. S. Helping military families through the deployment process: Strategies to support parenting// *Professional Psychology: Research and Practice*. – 2011. – Vol. 42, No. 1. – P. 56–62. – DOI:10.1037/a0022345. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/a0022345> – Дата звернення: 07.11.2025.
19. Guérin E., Richer I. Piloting the home ship: Understanding the deployment experience of Canadian Special Operations Forces Command spouses [Электронный ресурс] // *Military Psychology*. – 2022. – Vol. 36, No. 2. – P. 168–183. – DOI:10.1080/08995605.2022.2153548. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1080/08995605.2022.2153548> – Дата звернення: 07.11.2025.
20. Hamber B., Wilson R. Symbolic closure through memory, reparation and revenge in post-conflict societies / B. Hamber, R. Wilson // *Journal of Human Rights*. — 2002. — Vol. 1, Issue 1. — P. 35–53. <https://doi.org/10.1080/1475483022000006594>
21. Herman J. L. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma // *Journal of Traumatic Stress*. – 1992. – Vol. 5(3). – P. 377–391.
22. Herman J. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror*. – New York: Basic Books, 2015. – 336 p.
https://reachfamilies.umn.edu/sites/default/files/rdoc/Borah_2017.pdf – Дата звернення: 07.11.2025.

23. Keeling M., Borah E. V., Kintzle S., Kleykamp M., Robertson H. C. Military spouses transition too! A call to action to address spouses' military to civilian transition // *Journal of Family Social Work*. – 2020. – Vol. 23, No. 1. – P. 3–19.
24. Knobloch-Fedders L. M., Caska-Wallace A., Smith S. Relationship distress and psychological symptoms among military spouses// *Journal of Family Psychology*. – 2018. – Vol. 32, No. 2. – P. 223–232.
25. Kolyada N., Kochubey T., Levchenko N., Voitovska A. The impact of gender stereotypes on the emergence of violence against women: analysis of current trends [Электронный ресурс] // *Social Work and Education*. – 2025. – Vol. 12, No. 2. – P. 202–214. – DOI: 10.25128/2520-6230.25.2.6. — Режим доступа: <https://journals.uran.ua/swe/article/view/306271> – Дата звернення:: 07 Nov. 2025.
26. Lahad M. From Victim to Victor: The Development of the BASIC Ph Model of Coping and Resiliency// *Traumatology* [Электронный ресурс]. – 2017. – Vol. 23, No. 1. – P. 27–34. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1037/trm0000105>. – Дата звернення: 07.11.2025.
27. Lester P., Aralis H., Sinclair M. The Impact of Deployment on Parental, Family and Child Adjustment in Military Families// *Child Psychiatry & Human Development*. [Электронный ресурс]. – 2016. – Vol. 47, № 6. – P. 938–949.— Режим доступа: <https://doi.org/10.1007/s10578-016-0624-9> – Дата звернення: 07.11.2025.
28. Manser L. W. The State of Military Families in Canada: Issues Facing Regular Force Members and Their Families [Электронный ресурс]. – Ottawa: Canadian Forces Morale and Welfare Services, 2018. – 55 с. – Режим доступа: <https://cfmws.ca/getattachment/e5fb77d5-722a-4a9b-b4d5-a4be4d257cec/State-of-Military-Families-in-Canada-August-2018.pdf> – Дата звернення: 07.11.2025.
29. Mansfield A. J., Kaufman J. S., Marshall S. W., Gaynes B. N., Morrissey J. P., & Engel C. C. Deployment and the use of mental health services among U.S. Army wives // *The New England Journal of Medicine*. – 2010. – Vol. 362, No. 2. – P. 101–109. – DOI: 10.1056/NEJMoa0900177 – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0900177> – Дата звернення: 07.11.2025.

30. Mikulincer M., Florian V., Solomon Z. Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: A study of wives of veterans with combat stress reaction// *Anxiety, Stress & Coping* [Электронный ресурс]. – 1995. – Vol. 8, No. 3. – P. 203–213. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1080/10615809508249373> – Дата звернення: 07.11.2025.
31. Ogden P., Minton K., Pain C. *Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. – New York: W. W. Norton & Company, 2006. – 345 с.
32. Phillips S. D., Martsenyuk T. Women’s agency and resistance in Russia’s war on Ukraine: From victim to prominent force [Электронный ресурс]// *Gender Studies Review*. – 2023. – Vol. 11, No. 1. – P. 89-103. – DOI:10.1016/j.gsr.2023.01.004. – Режим доступа: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277539523000584> – Дата звернення: 07.11.2025.
33. Privitera G. J. *Statistics for the Behavioral Sciences* [Text] / G. J. Privitera. – Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc., 2023. – 960 p.
34. Renshaw K. D., Rodrigues C. S., Jones D. H. Psychological symptoms and marital satisfaction in spouses of Operation Iraqi Freedom veterans: Relationships with spouses’ perceptions of veterans’ experiences and symptoms // *Journal of Family Psychology*. – 2008. – Vol. 22, No. 4. – P. 586–594. – [Электронный ресурс]. – DOI:10.1037/0893-3200.22.4.586. – Режим доступа: <https://reachmilitaryfamilies.umn.edu/content/assessing-research-that-works> – Дата звернення: 07.11.2025.
35. Rooney B. J., Evans, A. N. *Methods in Psychological Research* [Text] / B. J. Rooney, A. N. Evans. – Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc., 2018. – 448 p.
36. Saltzman W. R., Lester P., Beardslee W. R., Layne C. M., Woodward K., Nash W. P. Mechanisms of risk and resilience in military families: Theoretical and empirical basis of a family-focused resilience enhancement program// *Clinical Child and Family Psychology Review*. – 2011. – Vol. 14, No. 3. – P. 213–230. – DOI:10.1007/s10567-011-0096-1. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0096-1>. – Дата звернення: 07.11.2025.

37. Sapolsky R. M. *Why Zebras Don't Get Ulcers*. – New York: Holt Paperbacks, 2004. – 448 p.
38. Solomon Z. Long-term effects of war on mental health of veterans' families in Israel // *Journal of Traumatic Stress*. – 2022. – Vol. 35. – P. 415–428.
39. Sullivan C., Park Y. J., Richardson S. Early and recent military and nonmilitary stressors associated with posttraumatic stress symptoms among military service members and their spouses [Електронний ресурс] // *Family Relations*. – 2023. – Vol. 72, No. 4. – P. 302–316. – DOI:10.1002/fare.12589. – Режим доступу: <https://doi.org/10.1002/fare.12589> – Дата звернення: 07.11.2025.
40. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. – Geneva: World Health Organisation, 1992. – 261 c.
41. Van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. – New York: Penguin Books, 2014. – 464 p.
42. Yablonska T., Vernyk O., Haivoronskyi H. Ukrainian adaptation of the Brief-COPE questionnaire [Електронний ресурс] // *Insight: Psychological Dimensions of Society*. – 2023. – № 10. – С. 66–89. – DOI: 10.32999/2663-970X/2023-10-4. – Режим доступу: <https://ekhsuir.kspu.edu/bitstreams/80f097e7-1067-4dbe-a64e-d84e564c3fa3/download> – Дата звернення: 07.11.2025.
43. Yehuda R., & LeDoux, J. Response variation following trauma: A translational neuroscience approach to understanding PTSD [Електронний ресурс] // *Neuron*. – 2007. – Vol. 56, Issue 1. – P. 19–32. – DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2007.09.006> – Режим доступу: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896627307007541> – Дата звернення: 07.11.2025.
44. Zerach G. Deployment stressors, mental health outcomes, and protective factors among wives of reserve soldiers during the Israel-Hamas War: A latent profile analysis approach // *Stress and Health* [Електронний ресурс]. – 2024. – Vol. 40, No. 6. – Режим доступу: <https://doi.org/10.1002/smi.3497> – Дата звернення: 07.11.2025.
45. Асоціація жінок-юристок України «ЮрФем». Гендерний вимір війни: аналітичне дослідження [Електронний ресурс]/ Аналітичний центр «ЮрФем»; за підтримки

- USAID «Справедливість для всіх». – Київ, 2023. – Режим доступу: <https://jurfem.com.ua/hendernyy-vymir-viyny/> – Дата звернення: 07.11.2025.
46. Виклики, з якими стикаються постраждалі від війни в Україні молоді жінки [Електронний ресурс]. – Київ: Інтерньюз-Україна, 2022. – Травень. – 45 с. – Режим доступу: <https://www.eca.unwomen.org/sites/default/files/2022-07/ВИКЛИКИ%2С%203%20ЯКИМИ%20СТИКАЮТЬСЯ%20ПОСТРАЖДАЛІ%20ВІД%20ВІЙНИ%20В%20УКРАЇНІ%20МОЛОДІ%20ЖІНКИ.pdf> – Дата звернення: 07.11.2025.
47. Головаха Є., Дембіцький С. (ред.) Українське суспільство в умовах війни. Рік 2024 [Електронний ресурс] / за ред. Є. Головахи, С. Дембіцького. – Київ: Інститут соціології НАН України, 2024. – 375 с
48. Досвід та потреби родин зниклих безвісти військових: аналіт. звіт / аналіт. центр CEDOS. — Київ, 2023. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://cedos.org.ua/researches/dosvidu-ta-potreb-rodyn-znyklyh-bezvisty-vijskovykh/> — Дата звернення: 07.11.2025.
49. Інститут соціології НАН України (спільно з Інститут соціальної та політичної психології НАПН України). Дослідження соціально-психологічного стану населення України в умовах війни: виклики для фахової спільноти : матеріали круглого столу (м. Київ, 20 червня 2024 р.) [Електронний ресурс]. – Київ : Талком, 2024. – 45 с. – ISBN 978-617-8352-39-4. – Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/742486/1/%D0%9C%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%80%D1%96%D0%B0%D0%BB%D0%B8%2020.06.2024-%D0%BE%D1%81%D1%82.pdf> – Дата звернення: 07.11.2025. [Digital Library NAES of Ukraine](#)
50. Кісь О. Р. Моделі конструювання гендерної ідентичності жінки в сучасній Україні // Ї : Незалеж. культ. часопис. – 2003. – № 27. – С. 37–58. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.ji-magazine.lviv.ua/seminar/kiis-identity.htm> – Дата звернення: 07.11.2025.

51. Кузікова С. Б., Зливков В. Л., Лукомська С. О., Щербак Т. І., Котух О. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посіб. – Київ ; Ніжин: ПП Лисенко М.М., 2024. – 260 с.
52. Мельник Ю. Б., Стаднік А. В. Шкала депресії, тривоги та стресу: метод. посіб. (укр. версія) [Електронний ресурс]. – Харків: ХОГОКЗ, 2023. – 12 с. – DOI:10.26697/sri.krpoch.melnyk.stadnik.4.2023. – Режим доступу: <https://archive.org/details/sri.krpoch.melnyk.stadnik.4.2023> – Дата звернення: 07.11.2025.
53. Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України. Соціальний супровід військовослужбовців та членів їх сімей/ Методичний посібник [Електронний ресурс]. – Київ : НДЦГП ЗСУ, 2023. – Режим доступу: https://nubip.edu.ua/sites/default/files/u188/352_831164580.pdf nubip.edu.ua
54. Поліпшення психологічного стану населення в умовах довготривалої війни: аналіт. зап. / Нац. ін-т стратег. дослідж. ; [уклад. О. В. Ярошенко, Л. В. Піскунова та ін.] — Київ : НІСД, 2025. — 12 с. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/polipshennya-psykholohichnoho-stanu-naselennya-v-umovakh> — Дата звернення: 07.11.2025.
55. Циганок В. М. «Сучасний стан законодавства України про соціальний захист військовослужбовців та членів їх сімей» [Електронний ресурс] // Аналітично-порівняльне правознавство. – 2023, № 6. – Режим доступу: https://www.researchgate.net/publication/376870112_The_current_state_of_Ukrainian_legislation_on_social_protection_of_military_personnel_and_their_family_members/fulltext/658d764a2468df72d3de3e75/The-current-state-of-Ukrainian-legislation-on-social-protection-of-military-personnel-and-their-family-members.pdf researchgate.net

АНОТАЦІЯ

Дослідження присвячене психологічній травматизації дружин військовослужбовців, чії партнери перебувають у зоні активних бойових дій. На основі кількісного (DASS-21, PCL-5, COPE-30, WHO-5) та якісного аналізу виявлено ключові психотравмівні фактори, типові психологічні реакції та копінг-стратегії. Показано, що провідними є реляційно-ресурсні чинники: регулярність зв'язку з партнером, доступність підтримки та суб'єктивне відчуття безпеки. Соціокультурний контекст і тривала експозиція до бойових подій формують стан подвійного навантаження. Розроблено концептуальну модель травматизації та окреслено підходи до діагностики й психосоціальної підтримки.

Ключові слова: психологічна травматизація; дружини військовослужбовців; зона бойових дій; вторинна травма; дистрес; копінг-стратегії; соціальна підтримка; резильєнтність; концептуальна модель.

ABSTRACT

This study addresses the psychological traumatization of wives of military personnel whose partners are deployed to active combat zones. Using a mixed-methods approach (DASS-21, PCL-5, COPE-30, WHO-5 and thematic analysis), the research identifies key traumatic stressors, typical psychological reactions, and coping strategies. The findings show that factors of both relations and resources, ie.: regular communication with the partner, availability of supports, and a subjective sense of safety, play a central role in shaping distress. The sociocultural context and continuous exposure to combat-related information create a state of dual burden. A conceptual model of traumatization is proposed, along with diagnostic and psychosocial support approaches.

Keywords: psychological traumatization; wives of military personnel; active combat zone; secondary trauma; distress; coping strategies; social supports; resilience; conceptual model.