

УДК 159.98:355.257.7-058.65

Володимир ВОЛОШИН

кандидат психологічних наук, доцент,
старший науковий співробітник,

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

<https://orcid.org/0009-0003-4084-4013>

e-mail: voloshin.vladimir.n@gmail.com

РЕТРИТ ПРОГРАМИ ВІДНОВЛЕННЯ ДЛЯ РОДИН ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ ЗАХИСНИКІВ м. МАРІУПОЛЯ

Стаття узагальнює практичний досвід організації спеціалізованих психологічних ретритів для родин полонених захисників Маріуполя, накопичений протягом 2022-2025 років. Теоретичну основу складає концепція невизначеної втрати (Pauline Boss) та нейрофізіологічні механізми хронічного стресу. Розглядаються критерії відбору учасниць, особливості їхнього психічного стану (хронічне виснаження, гіперпильність, когнітивні порушення, соціальна ізоляція) та диференційовані рекомендації для фахівців, нефахівців і самих клієнток. Описано ключові елементи ефективних програм: відчуття небайдужості суспільства, психоедукація, горизонтальна спільнота «свій для свого», регулярність підтримки. Наведено порівняльний аналіз міжнародного досвіду (США, Ізраїль, Аргентина). Окреслено перспективи масштабування через медичну інтеграцію, модель «рівний-рівному» та цифрові платформи.

Ключові слова: невизначена втрата; військовополонені; психологічна реабілітація; хронічний стрес; травма; сили оборони та захисту; стійкість; родини військових.

Volodymyr VOLOSHYN

Kostiuk Institute of Psychology (Kyiv)

RETREAT RECOVERY PROGRAMS FOR THE FAMILIES OF PRISONERS OF WAR DEFENDERS OF MARIUPOL

This article presents a systematic analysis of the psychological condition of families of imprisoned defenders of Mariupol and summarises practical experience gained from organising specialised rehabilitation retreats for wives and mothers of prisoners of war between 2022 and 2025. The study is grounded in Pauline Boss's concept of ambiguous loss, resilience-oriented approaches, and neurophysiological models of chronic stress. Particular attention is paid to the prolonged uncertainty in which a loved one is physically absent but remains psychologically present, preventing the completion of the grieving process and contributing to chronic emotional distress.

The article analyses the neuropsychological consequences of prolonged stress exposure, including hypervigilance, cognitive exhaustion, impaired concentration and memory, emotional instability, somatic symptoms, and social isolation. It is argued that standard PTSD protocols and trauma-focused approaches are insufficient for this population because they fail to account for the absence of closure and the cyclical reactivation of stress caused by news about exchanges, deaths in captivity, or fraudulent manipulation.

The paper identifies key criteria for participant selection in psychological retreats, emphasising preliminary psychological and psychiatric screening, group homogeneity, and

retraumatisation prevention. Particular attention is devoted to the therapeutic role of peer support communities, psychoeducation adapted to cognitive exhaustion, resource-oriented interventions, restoration of daily routines, and the creation of emotionally safe environments.

A comparative analysis of international experience from the United States, Israel, and Argentina demonstrates the effectiveness of integrated rehabilitation models combining psychological, social, and medical support. The article also outlines prospects for further development through medical integration, peer-to-peer support models, and digital platforms for continuous psychosocial assistance.

Keywords: ambiguous loss; prisoners of war; psychological rehabilitation; chronic stress; trauma; defense and security forces; resilience; military families.

<https://doi.org/10.31891/PT-2026-2-50/2>

Стаття надійшла до редакції / Received 02.04.2026

Прийнята до друку / Accepted 28.04.2026

Опубліковано / Published 28.05.2026



This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

© Володимир ВОЛОШИН

Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

Повномасштабне вторгнення Росії в Україну, розпочате 24 лютого 2022 року, та героїчна оборона Маріуполя (березень-травень 2022 року) спричинили появу принципово нової за своїм масштабом і характером соціально-психологічної реальності: тисячі сімей опинилися у стані тривалої невизначеної втрати, коли близька людина одночасно є і відсутньою фізично, і психологічно присутньою в щоденному житті родини. На відміну від втрати, підтвердженої фактом смерті й ритуалом прощання, цей стан позбавлений завершення, що унеможливує природне горювання та запускає хронічний стрес із каскадними нейрофізіологічними, когнітивними та соматичними наслідками. Брак достовірної інформації про долю полонених, маніпуляції шахраїв, поступове згасання суспільної уваги і відсутність ефективних інституційних механізмів підтримки перетворюють цей стан на тривалу психологічну кризу, що загрожує не лише здоров'ю безпосередніх учасниць, а й стабільності їхніх родин та міжпоколінній передачі травми.

Ця проблема безпосередньо пов'язана з актуальними науковими і практичними завданнями сучасної клінічної та кризової психології. З теоретичного боку вона потребує адаптації існуючих концепцій – насамперед моделі невизначеної втрати П. Боссе, двопроектної моделі горя Stroebe & Schut та резилієнс-орієнтованих підходів – до специфічного контексту збройного конфлікту, тривалого полону і колективної травми. З практичного боку

стандартні протоколи роботи з ПТСР, гострим горем чи кризовим втручанням виявляються недостатніми для цієї групи, оскільки не враховують відсутності завершення втрати й циклічного характеру стресових загострень. Відтак нагальною є розробка спеціалізованих, науково обґрунтованих форматів психологічної реабілітації – зокрема ретрит-програм із чіткими критеріями відбору, ресурс-орієнтованою методологією та моделлю горизонтальної підтримки – здатних забезпечити довготривалу стабілізацію й функціональне відновлення дружин і матерів полонених захисників України.

Формулювання цілей статті

Метою статті є системний аналіз психологічних особливостей стану родин військовополонених захисників Маріуполя в умовах тривалої невизначеної втрати та визначення ключових методичних принципів організації ефективних ретрит-програм їхньої психологічної реабілітації.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Концепція невизначеної втрати (ambiguous loss) була сформульована П. Босс у 1970-х роках на основі клінічних спостережень за родинами американських пілотів, зниклих безвісти під час В'єтнамської війни, і остаточно розвинута в монографії 1999 року «Ambiguous Loss: Learning to Live with Unresolved Grief». На відміну від класичного горя, де втрата має чітке підтвердження (смерть, поховання, ритуал прощання, що дозволяє перейти до стадії прийняття), невизначена втрата характеризується відсутністю фактичного завершення, що створює стан постійної невизначеності, когнітивного дисонансу та емоційного «заморожування». П. Босс підкреслює, що саме ця відсутність чіткості робить невизначену втрату найскладнішим видом смутку, оскільки вона не піддається традиційним протоколам терапії горя.

П. Босс розрізняє два основні типи невизначеної втрати, кожен із яких має власні психологічні механізми та наслідки:

1. Фізична відсутність за психологічної присутності: близька людина відсутня фізично (полон, зникнення безвісти, міграція, викрадення), але залишається центральною в емоційному світі родини. Надія на повернення підтримує психологічну присутність, проявляючись у повсякденних ритуалах (зберігання речей, планування «на двох», розмови з відсутнім). Цей тип блокує природний процес адаптації, оскільки родина не може перейти до стадії прощання. Результат – когнітивний дисонанс (одночасне існування двох

реальностей: «він живий» і «його немає») та хронічний стрес, що виснажує ресурси.

2. Психологічна відсутність за фізичної присутності: людина повернулася додому фізично, але травма (ПТСР, амнезія, важка інвалідність, деменція, залежність, радикальна зміна особистості) змінює її настільки, що попередні стосунки втрачено. Родина переживає горе за «колишньою» версією близької людини, одночасно намагаючись адаптуватися до нової реальності. Цей тип часто супроводжується почуттям провини («я не можу його/її любити таким/такою») та вторинною травматизацією.

У випадку сімей військовополонених переважає перший тип. Відсутність ритуалу прощання (поховання, підтвердження смерті) унеможливорює символічне закриття, що призводить до хронічного смутку, відчуття «замороженого» життя та постійного очікування. Поліна Босс (2016) у роботі «The Context and Post-Process of Theory Development» описує три ключові парадокси невизначеної втрати, які ускладнюють як індивідуальну адаптацію, так і терапевтичну роботу:

- Людина є, але її немає: надія на повернення конфліктує з реальністю відсутності, створюючи внутрішній розкол між «можливим» і «фактичним».

- Горе без тіла: відсутність підтвердження смерті блокує ритуали прощання, що є еволюційно важливими для закриття гештальту.

- Соціальна стигма: суспільство очікує «рухатися далі» (за моделлю Kübler-Ross), але це неможливо без чіткої інформації, що призводить до ізоляції та відчуття «ненормальності».

Ці парадокси роблять традиційні моделі горя (Kübler-Ross, 1969; стадії заперечення, гніву, торгу, депресії, прийняття) частково непридатними. Замість лінійного прогресу до «прийняття» фокус зміщується на толерантність до невизначеності, будівництво сенсу в умовах відсутності завершення, розвиток стійкості та переосмислення ідентичності родини. Терапія спрямована не на «вилікування», а на навчання жити з відкритим питанням, зберігаючи функціональність і зв'язок із реальністю.

Нейрофізіологічні механізми хронічного стресу в контексті невизначеної втрати

Хронічний стрес, характерний для родин полонених, активує вісь гіпоталамус-гіпофіз-наднирники (HPA), призводячи до тривалої гіперсекреції кортизолу (McEwen, 2017). Це має каскадні наслідки на центральну нервову систему:

– Пошкодження гіпокампу, відповідального за консолідацію пам'яті та контекстуальне навчання, що пояснює суб'єктивні скарги на забудькуватість і труднощі з запам'ятовуванням повсякденних деталей.

– Виснаження дорсолатеральної префронтальної кори (dlPFC), яка регулює виконавчі функції – увагу, планування, прийняття рішень, гнучкість мислення (Arnsten, 2009).

– Дисрегуляція мигдалевидного тіла, що посилює гіперчутливість до тригерів (звістки про обміни, медійні повідомлення, фрази на кшталт «все буде добре»).

Довготривалі дослідження з використанням МРТ показують зменшення об'єму сірої речовини в dlPFC на 8-12% у осіб із хронічним стресом (Liston et al., 2009). У жінок ефект може посилюватися через взаємодію кортизолу з естрогенами та прогестероном.

Міжнародний досвід роботи з родинами військовополонених: уроки та моделі

Досвід США під час і після війни у В'єтнамі (1955-1975), що стала одним із найтриваліших і найконтроверсійніших конфліктів ХХ століття з понад 58 тисячами загиблих американських військових, є одним із перших систематичних, науково обґрунтованих досліджень впливу полону та зникнення безвісти на родини. Дружини військовополонених (POW) та зниклих безвісти (MIA) демонстрували значно вищий рівень депресії, тривоги, соматизованих розладів (головний біль, шлункові спазми, мігрень) і соматичних захворювань (гіпертонія, виразкова хвороба шлунка, хронічний біль у спині, фіброміалгія), навіть через 20-30 років після звільнення, підтвердження смерті чи повернення останків (Hunter, 1988). Ці ефекти були інтергенераційними: діти таких сімей мали вищий ризик тривожних розладів і проблем із прив'язаністю.

Національні програми підтримки, започатковані у 1970-х роках під егідою Міністерства оборони США та громадських організацій (наприклад, National League of Families of American Prisoners and Missing in Southeast Asia), включали регулярні групові зустрічі (щомісяця або щотижня, залежно від регіону), психоедукацію про фізіологію стресу (активація НРА-осі, роль кортизолу, симптоми виснаження), сімейні консультації з фокусом на комунікацію, спільне прийняття рішень, розподіл обов'язків і збереження сімейної ідентичності. Ці програми також передбачали юридичну допомогу, фінансову підтримку та публічне визнання.

Програми допомагали зменшити ізоляцію через створення спільнот, нормалізувати переживання (показуючи, що тривога, гнів, провина – типові), зміцнювати сімейні зв'язки та запобігати

розлученням, що були частим наслідком тривалої невизначеності. Довгострокові дослідження показали зниження рівня депресії на 25-30% у учасниць регулярних груп порівняно з контрольними.

В Ізраїлі після війни Судного дня 1973 року – несподіваного та травматичного конфлікту, що тривав 19 днів і призвів до захоплення понад 300 ізраїльських військових у полон (переважно на Синайському та Голанському фронтах) – довгострокові лонгітюдні дослідження, проведені протягом 30-40 років, виявили чітку трансгенераційну (інтергенераційну) передачу травми: діти полонених мали проблеми з формуванням безпечної прив'язаності (переважно тривожно-амбівалентний чи унікальний стиль), вищий ризик розвитку ПТСР, тривожних розладів, депресії, а також труднощі в соціальній адаптації, включаючи академічні невдачі, низьку мотивацію до навчання, конфлікти в стосунках із однолітками, труднощі в романтичних партнерствах і підвищену схильність до ризикованої поведінки (Dekel & Goldblatt, 2008). Ці ефекти зберігалися навіть у внуків, демонструючи епігенетичні та соціальні механізми передачі.

Ефективними виявилися peer support групи, спеціально створені для дружин і матерів полонених, де фасилітаторами ставали жінки, які пройшли подібний досвід, завершили кілька циклів психологічної реабілітації, отримали базову підготовку з фасилітації та регулярно проходили супервізію. Такі групи проводилися щомісячно або щотижня, залежно від потреби, у безпечному просторі (громадські центри, військові бази), з чіткими правилами конфіденційності та емоційної безпеки.

Такий підхід забезпечував емпатію «зсередини» – розуміння без пояснень, знижував стигму («я не ненормальна»), нормалізував переживання (гнів, провина, надія), створював модель стійкості («вона пройшла – значить, і я зможу»), зміцнював соціальну мережу та давав практичні стратегії виживання. Дослідження показали, що учасниці peer support груп мали на 40% нижчий рівень депресії та на 35% вищу соціальну функціональність через 5 років порівняно з тими, хто отримував лише індивідуальну терапію.

В Аргентині після Фолклендської війни 1982 року – короткого, але інтенсивного конфлікту з Великою Британією за контроль над Мальвінськими островами, що тривав 74 дні та призвів до загибелі 649 аргентинських військових і захоплення понад 11 тисяч у полон – державні та громадські програми реабілітації, започатковані у 1980-х і розвинені в 1990-х, акцентували комплексну медичну інтеграцію: соматичні захворювання (гіпертонія, діабет 2 типу, виразкова хвороба шлунка, синдром подразненого кишківника, аутоімунні розлади, такі як

ревматоїдний артрит чи системний червоний вовчак, хронічний біль у суглобах і спині) лікувалися паралельно з психологічною допомогою в спеціалізованих санаторіях, реабілітаційних центрах і військових госпіталях. Програми включали регулярні медичні огляди, фізіотерапію, бальнеологію, дієтологічну підтримку та фармакотерапію.

Комплексний підхід передбачав поєднання соматичного лікування з груповою та індивідуальною психотерапією, сімейними сесіями, арт-терапією та соціальною реінтеграцією, що дозволяло знизити рівень госпіталізацій на 30-40%, покращити якість життя учасників і зменшити ризик суїцидів серед ветеранів та їхніх родин.

Дослідження показали, що інтеграція медичної та психологічної допомоги в санаторних умовах (з перебуванням 2-4 тижні) давала стійкий ефект: зниження кортизолу, нормалізація сну, покращення імунних показників і зменшення симптомів депресії через 6-12 місяців після курсу.

Спільні риси успішних програм у різних країнах (США, Ізраїль, Аргентина та інші), що працювали з родинами військовополонених і зниклих безвісти, виявилися універсальними та підтвердженими довгостроковими дослідженнями:

- Хвильова модель стабілізації, що враховує регресії, коливання емоційного стану, циклічність криз і поступове зменшення амплітуди хвиль (Southwick et al., 2014). Ця модель не передбачає лінійного прогресу, а визнає, що покращення змінюється рецидивами через зовнішні тригери (новини, річниці, обміни), і фокусується на поверненні до базового рівня функціонування після кожного спаду, а не на «остаточному вилікуванні».

- Ресурс-орієнтований підхід замість травма-фокусованої терапії, щоб уникнути когнітивного, емоційного та фізичного перевантаження клієнтів, які вже перебувають у стані виснаження. Замість глибокого аналізу травматичних спогадів (які часто фрагментарні чи відсутні) акцент робиться на відновленні ресурсів: сон, харчування, рух, соціальні зв'язки, прості ритуали, творчість, природа. Такий підхід знижує ризик ретраumatизації та підвищує стійкість.

- Горизонтальна підтримка (peer support) як основний механізм довгострокової стійкості, нормалізації переживань і зменшення стигми (Solomon, 2004). Групи, де фасилітаторами виступають люди з подібним досвідом, забезпечують емпатію без пояснень, обмін практичними стратегіями, відчуття приналежності та модель виживання («вона пройшла – значить, і я зможу»). Дослідження

показують, що peer support ефективніший за професійну терапію в підтримці мотивації та зниженні ізоляції через 5-10 років.

Порівняння з іншими моделями горя та травми: адаптація до невизначеності

Класична модель Kübler-Ross (1969) передбачає лінійний прогрес через п'ять стадій (заперечення, гнів, торг, депресія, прийняття), але в невизначеній втраті стадії циркулюють, «застрагають» або повторюються без завершення. Модель подвійного процесу Stroebe & Schut (1999) – осциляція між орієнтацією на втрату (горе, спогади) та на відновлення (нові цілі, соціальні зв'язки) – ближча до реальності, але потребує адаптації до відсутності фактичного завершення втрати.

У травматерапії методи на кшталт EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), CPT (Cognitive Processing Therapy) чи PE (Prolonged Exposure) фокусуються на обробці травматичних спогадів, але в контексті полону чи зникнення спогади часто відсутні, фрагментарні або засновані на уявленнях, що робить ці методи менш ефективними та потенційно дестабілізуючими. Натомість рекомендуються mindfulness-based підходи (MBSR – Mindfulness-Based Stress Reduction), resilience-building програми (з акцентом на ресурси та сенс), Acceptance and Commitment Therapy (ACT) для розвитку психологічної гнучкості та роботи з невизначеністю як постійним фактором життя.

Критерії відбору учасниць ретриту

Відбір учасниць є фундаментом безпеки та ефективності групового процесу в психологічному ретриті. Неправильний відбір може призвести до дестабілізації як окремих клієнток, так і всієї групи, особливо в умовах інтенсивної емоційної взаємодії.

Перший критерій – приналежність до сімей захисників Маріуполя. Це забезпечує гомогенність за ключовим травматичним досвідом – тривалою невизначеністю щодо долі рідних, які брали участь в обороні міста. Спільність контексту створює базову довіру, оскільки учасниці поділяють подібні емоційні реакції на тригери (звістки про полонених, медійні повідомлення). Частина учасниць уже знайомі між собою. Гомогенність зменшує ризик вторинної травматизації через нерозуміння чи порівняння досвідів.

Другий критерій – відсутність маленьких дітей, які потребують інтенсивного догляду та постійної уваги з боку матері. Діти до шести років можуть стати джерелом додаткового емоційного та логістичного навантаження як для матері, так і для всієї групи. Жінка, яка постійно відволікається на дитину, не може повноцінно включитися в процес

реабілітації, а інші учасниці можуть відчувати провину, тривогу чи неможливість допомогти. Цей критерій не є дискримінаційним – для матерів із маленькими дітьми розробляються альтернативні формати підтримки, такі як денні групи, онлайн-програми або ретрит із можливістю догляду за дітьми.

Третій критерій – обов'язкова попередня співбесіда з психологом і психіатром. Метою є виявлення межових розладів особистості, гострих психотичних станів, тяжкої депресії з суїцидальним ризиком або інших декомпенсованих психічних станів. Такі стани можуть дестабілізувати не лише саму людину, а й усю групу, особливо в умовах інтенсивної групової динаміки. Під час співбесіди використовуються стандартизовані інструменти скринінгу, такі як опитувальник SCL-90-R для загальної психопатології, шкали PHQ-9 для оцінки депресії та GAD-7 для тривоги, PCL-5 для оцінки ПТСР, Audit – для оцінки адикції та інші. У разі виявлення потреби в медикаментозному лікуванні психіатр призначає відповідну фармакотерапію (антидепресанти, анксиолітики) та визначає, чи може людина брати участь у ретриті після стабілізації. Важливо підкреслити: відмова у участі не є остаточною – людині пропонуються альтернативні формати допомоги, індивідуальна терапія або кризове втручання, щоб уникнути стигматизації та зберегти ресурс.

Особливості психічного стану клієнток

Чим довше триває невизначеність, тим важливішою стає приналежність до групи однодумців. Клієнтки роками перебувають у підвищеному стані: кожна звістка про обмін, смерть у полоні чи шахрайство активує хронічний стрес із гострими піками. До цього додається повсякденна реальність війни – обстріли, руйнації, втрати. Усе це формує стан постійної гіперпильності, коли організм не встигає відновлюватися між стресовими епізодами.

Особливо руйнівним є вплив шахраїв, які за гроші обіцяють зв'язок із полоненим або «ексклюзивну» інформацію. Кожна така взаємодія завершується втратою грошей, надій і довіри – не лише до шахраїв, а й до офіційних каналів і близьких. Людина втрачає віру в легітимні джерела, але продовжує шукати будь-яку інформацію, стаючи ще вразливішою до нових маніпуляцій.

Хронічне виснаження знижує увагу, пам'ять і здатність планувати – це нейрофізіологічні наслідки тривалої гіперсекреції кортизолу. У такому стані людині потрібне не глибоке опрацювання травми, а підтримуюче середовище, відпочинок і безпечний простір для відреагування емоцій.

З часом суспільна увага до родин полонених зменшується – це природна втома від співчуття. Однак для клієнток це сприймається як зрада, що посилює відчуття ізоляції та «невидимості».

Ключові елементи ефективної роботи

Важливо, щоб клієнтки відчували, що вони не самотні в своєму досвіді, що суспільство турбується про них і підтримує їх через конкретні, відчутні дії: регулярні листи з побажаннями та новинами, дзвінки від волонтерів чи представників спільноти, організація пам'ятних дат (річниці оборони, дні народження полонених), публічні визнання їхньої стійкості в ЗМІ чи на місцевих заходах, публічні зустрічі з ветеранами, побратимами чи громадськими діячами. Ці дії створюють відчуття видимості, зменшують ізоляцію та підтверджують, що їхній біль не забутий, навіть коли медійна увага згасає.

Якісна психоедукація, адаптована до поточного когнітивного ресурсу групи: прості, доступні пояснення про природу хронічного стресу, фізіологію горя, механізми активації тригерів, нейрофізіологічні наслідки виснаження, а також практичні техніки саморегуляції (дихальні вправи, заземлення, щоденники настрою). Матеріали подаються коротко, візуально (інфографіка, малюнки, відео), з повторенням ключових ідей. Це має бути регулярним елементом кожної зустрічі – не разовий семінар, а інтегрована частина програми, щоб інформація поступово засвоювалася та застосовувалася в повсякденному житті.

Наявність стійкої спільноти: горизонтальна підтримка від людей із подібним досвідом (інші дружини, матері полонених) ефективніша за професійну терапію в довгостроковій перспективі, оскільки забезпечує емпатію «зсередини», нормалізацію переживань, обмін практичними стратегіями та відчуття приналежності. Такі групи формуються поступово, з чіткими правилами конфіденційності, модерациєю.

Регулярна реабілітація, бажано двічі на рік: весна і осінь – періоди загострення тригерів, пов'язаних із сезонними змінами (світловий день, погода), річницями ключових подій (оборона Маріуполя, евакуація, обміни), медійними сплесками та емоційними циклами. Кожен цикл включає ресурсні активності, психоедукацію, групову динаміку та планування між ретритами, щоб підтримувати стабільність і запобігати регресіям.

Перспективи

Працювати з медичною базою: санаторії, профільні лікарні, реабілітаційні центри та поліклініки для комплексної допомоги – хронічний стрес призводить до соматичних захворювань (серцево-

судинні розлади, включаючи гіпертонію та ішемічну хворобу, діабет 2 типу, виразкова хвороба шлунка, синдром подразненого кишківника, аутоімунні захворювання, такі як тиреоїдит Хашимото чи ревматоїдний артрит). Інтеграція психологічної реабілітації з фізіотерапією, бальнеологією, масажем, дієтологією та регулярним медичним скринінгом (аналізи на кортизол, HbA1c, ліпідний профіль) дозволяє запобігати ускладненням, зменшувати соматичні прояви та покращувати загальний фізичний і психічний стан клієнтів.

Навчання амбасадорок із дружин військових, які пройшли кілька циклів груп і мають стабільний стан: модель «свій для свого» з передачею діагностичних інструментів (PHQ-9, GAD-7), методичних посібників, шаблонів групових сесій, чек-листів безпеки та регулярною супервізією від психологів. Це забезпечує масштабування проєктів без втрати якості, створює стійку мережу підтримки на місцях, знижує залежність від професійних кадрів і дає жінкам відчуття агентства та внеску в спільну справу.

Цифрова трансформація: спеціалізовані мобільні додатки для щоденного моніторингу настрою, сну, тригерів і фізичної активності; закриті чати спільнот із модерацією; VR-релаксація (віртуальні прогулянки лісом, морським узбережжям, медитації); онлайн-програми самодопомоги на основі MBSR, АСТ і когнітивно-поведінкових технік. Цифрові інструменти підвищують доступність підтримки в будь-який час, дозволяють зберігати зв'язок між ретритами, збирати анонімні дані для покращення програм і зменшувати ізоляцію в віддалених регіонах.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

Робота з сім'ями військовополонених – це тривалий процес у стані постійної невизначеності, де немає чітких відповідей і прогнозів. Спеціалісти супроводжують людину в реальності, що щодня змінюється, а тому цей процес – не спринт, а «марафон емоційного витримування».

Психологічний стан членів сімей легко дестабілізується зовнішніми тригерами: новинами, чутками про обміни, повідомленнями шахраїв. Кожне таке втручання може повернути кризу й загострити відчуття безсилля. Завдання фахівця – не лише стабілізувати симптоми, а допомогти людині побачити: її життя не обмежується очікуванням, вона має право на паузу від болю.

Ефективність підтримки визначається якістю стосунку між фахівцем і клієнткою. Жінкам потрібен простір, де їхні почуття не

знецінують, де можна говорити прямо – без страху бути «надто емоційною» чи «незручною».

Ключовим часто стає повернення контролю над повсякденністю: планування дня, турбота про себе без вини. Коли людина відновлює маленькі «острівці впливу», вона набуває здатності витримувати хаос, який від неї не залежить.

Залучення жінок до активних ролей – фасилітації груп, взаємного наставництва – допомагає їм побачити власну силу. Їхній біль поступово перетворюється на ресурс: з'являється новий сенс і новий зв'язок зі світом.

Зрештою, навіть у радикальній невизначеності можливе стале відновлення – коли людина не лише повертає здатність жити, а й стає опорою для інших. Трансформація болю у солідарність і людську гідність – у цьому і є глибинний сенс цієї роботи.

References

1. Anderson, A. P., Mayer, M. D., Fellows, A. M., Cowan, D. R., Hegel, M. T., & Buckley, J. C. (2017). Relaxation with immersive natural environments presented using virtual reality. *Psychoneuroendocrinology*, 78, 123–130.
2. Arnsten, A. F. T. (2009). Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 410–422.
3. Boss, P. (1999). *2Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Harvard University Press.
4. Boss, P. (2016). The context and process of theory development: The story of ambiguous loss. *Journal of Family Theory & Review*, 8(3), 269–286.
5. Dekel, R., & Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 281–289.
7. Kabat-Zinn, J. (1990). «Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness». Delta.
8. Kübler-Ross, E. (1969). «On death and dying». Macmillan.
9. Liston, C., McEwen, B. S., & Casey, B. J. (2009). Psychosocial stress reversibly disrupts prefrontal processing and attentional control. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(3), 912–917.
10. McEwen, B. S. (2017). Neurobiological and systemic effects of chronic stress. *Chronic Stress*, 1, 1–11.
11. Park, B. J., Tsunetsugu, Y., Kasetani, T., Kagawa, T., & Miyazaki, Y. (2010). The physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the forest atmosphere or forest bathing): Evidence from field experiments in 24 forests across Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 15(1), 18–26.
12. Solomon, Z. (2004). The impact of posttraumatic stress disorder in military situations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Suppl 1), 11–16.
13. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), Article 25338.
14. Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies*, 23(3), 197–224.

15. Zaki, J. (2020). Catastrophe Compassion: Understanding and Extending Prosociality Under Crisis. *Trends in Cognitive Sciences*, Volume 24, Issue 8. P. 587-589.