МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

# на тему: **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ, ЯК КЛЮЧОВОГО ЕЛЕМЕНТА РЕІНТЕГРАЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ЗВІЛЬНЕНИХ З ПОЛОНУ**

Виконала: студентка 2 курсу,
групи 8.0534-з-2-дн
спеціальності 053– Психологія
Тучина Лариса Германівна
Керівник: к. психол. наук, доцент кафедри психології Залановська Л.І.
Рецензент: к. психол. наук, доцент кафедри психології Мосол Н. О.,

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**
Завідувач кафедри
_____
к.психол.н., доцент. Н.О. Губа
«____»_____2026 р.

**З А В Д А Н Н Я**

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Тучиній Ларисі Германівні

1. Тема роботи: Особливості психологічної роботи як ключового елемента реінтеграційних заходів із звільненими з полону.

керівник роботи Залановська Л. І. к.психол.н., доцент кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 №1393-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: Здійснити теоретико-методологічний аналіз соціально-психологічних особливостей реінтеграції військовослужбовців після полону та еволюції наукових поглядів на бойову травму; визначити специфіку «кумулятивної травми» у захисників, які зазнали тотальної втрати соціальних опор (дому, родини, звичного середовища); емпірично дослідити дезадаптивні стратегії поведінки, зокрема феномен «втечі у службу» та специфіку переживання «провини вцілілого» у ветеранів-ВПО; розробити фазово-орієнтовану модель психологічної підтримки та перевірити ефективність запропонованих практичних рекомендацій для фахівців і державних інституцій щодо впровадження патронатного супроводу осіб із кумулятивною травмою.

5. Перелік графічного матеріалу: 3 таблиць, 2 рисунків

6. Консультанти розділів роботи

| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата | |
|---|---|---|---|
| | | Завдання Видав | Завдання прийняв |
| Вступ | Залановська Л.І., доцент | | |
| Розділ 1 | Залановська Л.І., доцент | | |
| Розділ 2 | Залановська Л.І., доцент | | |
| Розділ 3 | Залановська Л.І., доцент | | |
| Висновки | Залановська Л.І., доцент | | |

7. Дата видачі завдання _____

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

| № з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи | Строк виконання етапів роботи | Примітка |
|---|---|---|---|
| 1 | Збір та систематизація матеріалу | січень –лютий 2025 р. | Виконано |
| 2 | Робота над вступом | березень 2025 р. | Виконано |
| 3 | Робота над першим розділом | квітень-травень 2025 р. | Виконано |
| 4 | Робота над другим розділом | липень 2025 р. | Виконано |
| 5 | Робота над третім розділом | червень -серпень 2025 р. | Виконано |
| 6 | Написання висновків | вересень 2025 р. | Виконано |
| 7 | Передзахист | грудень 2025 р. | Виконано |
| 8 | Нормоконтроль | січень 2026 р. | Виконано |

Студент _____ Л. Г. Тучина

Керівник роботи _____ Л. І. Залановська

**Нормоконтроль пройдено**

**Нормоконтролер _____** Г. В. Коваль

# РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 82 сторінки, 2 рисунки, 3 таблиці, 30 джерел, 3 додатки.

Об’єкт дослідження: психологічне відновлення військових, які повернулися з полону під час повномасштабної війни.

Предмет дослідження: психологічний стан бійців, стратегії поведінки та способи надання допомоги при множинних травмах.

Мета дослідження: вивчити особливості повернення до життя осіб із тяжким травматичним досвідом і створити на цій основі ефективну модель психологічної підтримки.

Гіпотеза дослідження: стандартні методи лікування ПТСР, не є дієвими для бійців із «маріупольським синдромом» (поєднання полону та втрати дому). Такий складний досвід потребує нових підходів до реабілітації.

Методи дослідження: Теоретичні: Вивчення наукових праць та світового досвіду (США, Ізраїль, Хорватія) для розкриття суті поняття «кумулятивна травма». Емпіричні (Якісні): Глибинні інтерв’ю та аналіз конкретних історій Тестування (Психодіагностика): PCL-5, F-SOZU, Тест СЖО. Методи інтерпретації: Розповідей військових, як основа для створення авторських вправ та правил першого контакту з бійцем.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що ми виходимо за межі стандартного розгляду ПТСР. Ми систематизуємо знання про специфіку життя саме після полону, розкриваючи глибину наслідків цього досвіду в поєднанні з фактором втрати дому. Робота акцентує увагу на феномені «самотнього ветерана», для якого війна стає зоною комфорту.

Галузь застосування: психологи шпиталів, соціальні працівники громад, реабілітологи та волонтери.

ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА, ПТСР, МОРАЛЬНА ТРАВМА, РЕІНТЕГРАЦІЯ, ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНІ, КУМУЛЯТИВНА ТРАВМА, ВТЕЧА У СЛУЖБУ, ПРОВИНА ВЦІЛІЛОГО.

# SUMMARY

Tuchuna L. H. Peculiarities of psychological work as a key element in the reintegration of released prisoners of war.

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (30 items, 8 of foreign origin), 3 appendix on 8 pages. The qualifying work volume is 92 pages long, 82 of them – main text. There are 3 tables and 2 illustrations.

The qualifying work examines the specific characteristics of reintegrating individuals with severe traumatic experiences and aims to develop an effective model for psychological support based on these findings.

The research object: The psychological reintegration and social adaptation of military personnel released from captivity during the Russo-Ukrainian war.

The research subject: Socio-psychological characteristics, maladaptive behavior strategies, and support mechanisms for military personnel with cumulative trauma.

The research goal: To analyze the specifics of reintegrating individuals with cumulative trauma and to develop an effective model for their psychological support.

The research tasks are:

1. To conduct a theoretical analysis of modern scientific thought. To study what modern science says about the process of human reintegration into normal life after extreme stress, and to identify gaps in existing approaches to working with former prisoners of war.

2. To describe the phenomenology of captivity. To examine in detail how captivity affects the psyche of a military person, what profound changes occur in the personality under the pressure of isolation and torture, and what traces this experience leaves in the mind for many years.

3. To identify barriers to adaptation. To identify and classify the main difficulties (psychological, social, everyday) that released soldiers face when trying

to adapt to society, especially in the absence of their own housing and support from loved ones.

4. To analyze the state of assistance. Critically assess how assistance to former prisoners is organized in Ukraine today at the state and volunteer levels, identify the weaknesses of the system and understand what is critically lacking in it for the full restoration of the personality.

5. Systematize empirical data. Collect and summarize information from available reports of international organizations, analytical articles and testimonies related to the issues of the return of Ukrainian defenders.

6. Develop practical recommendations. Formulate specific, effective advice for practical psychologists and social workers on how to work more effectively with such servicemen, taking into account the factor of "flight to war" and the lack of family resources

Chapter 1 «Theoretical and methodological foundations of researching the reintegration process of military personnel after captivity» provides theoretical analysis of the development of the problem.

Chapter 2 «Socio-psychological characteristics and the regulatory context of the return of Ukrainian defenders»

Chapter 3 «Empirical study and practical mechanisms for optimizing the reintegration system» explains the design and methods of research.

*Key words*: psychological work, reintegration, prisoners of war (POW), cumulative trauma, PTSD, moral injury, escape into service, survivor guilt.

**ЗМІСТ**

ВСТУП 9
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕІНТЕГРАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОЛОНУ 15
1.1. Поняття реінтеграції та адаптації особистості в сучасній психологічній науці: соціальний та екзистенційний виміри 15
1.2. Еволюція наукових поглядів на бойову травму: від «снарядного шоку» до сучасного розуміння ПТСР та моральної травми (Moral Injury) 18
1.3. Психофізіологія та нейробіологія наслідків полону: вплив екстремального стресу та катувань на когнітивні функції особистості 23
1.4. Теоретичні моделі психологічного відновлення: гуманістичний, когнітивно-поведінковий та інтегративний підходи 25
1.5. Аналіз міжнародного досвіду реінтеграції військовополонених (моделі США, Ізраїлю, Хорватії) та можливості його імплементації в Україні 29
РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА НОРМАТИВНИЙ КОНТЕКСТ ПОВЕРНЕННЯ УКРАЇНСЬКИХ ЗАХИСНИКІВ 34
2.1. Специфіка гібридної та повномасштабної війни в Україні як контекст реінтеграції: виклики відсутності «безпечного тилу» 34
2.2. Міжнародно-правові стандарти поводження з військовополоненими (Женевські конвенції) та психологічні наслідки їх системного порушення 36
2.3. Інституційна система підтримки в Україні: аналіз державних програм та роль громадського сектору 40
2.4. Роль мікросоціального оточення (родини, громади, побратимів) у процесі реадаптації: ресурсний та конфліктний аспекти 42
2.5. Феноменологія кумулятивної травми у захисників Маріупольського гарнізону: реінтеграція в умовах тотальної втрати соціальних опор 47
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРАКТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ОПТИМІЗАЦІЇ СИСТЕМИ РЕІНТЕГРАЦІЇ 54

3.1. Методологія та організація дослідження: обґрунтування використання якісних методів (Case-study) та етичні принципи роботи 54
3.2. Аналіз дезадаптивних стратегій реінтеграції: психологічна сутність феномену «втечі у службу» та «синдрому батьківської неспроможності» 59
3.3. Дослідження впливу «провини вцілілого» на мотивацію до відновлення цивільного життя (на прикладі ветеранів-ВПО) 63
3.4. Авторська модель комплексної підтримки: від стабілізації до відновлення суб’єктності та пошуку нових смислів 67
3.5. Практичні рекомендації щодо вдосконалення системи реінтеграції для фахівців психологічної служби, державних інституцій та соціуму 70
ВИСНОВКИ 80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 82
ДОДАТКИ 85

# ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сьогоднішня реальність, у якій опинилася Україна, ставить перед суспільством виклики, що не мають аналогів у сучасній історії Європи. Тема реабілітації військовослужбовців нині є не просто актуальною, а болючою, гострою та критично важливою для виживання нації. В умовах повномасштабної війни величезна кількість українських захисників та захисниць пройшла через справжнє пекло бойових дій, яке назавжди змінило їхню свідомість. Однак найтяжчим випробуванням для багатьох став не сам бій, а досвід ворожого полону – досвід абсолютної беззахисності та тиску.

Повернення цих людей додому – це набагато складніший і глибший процес, ніж просто медичне лікування чи класична терапія посттравматичного стресового розладу (ПТСР), як це прийнято вважати у традиційній психології. Ми стикаємося з ситуацією, коли стандартні протоколи, розроблені для мирного часу або локальних конфліктів, виявляються безсилими перед масштабом трагедії, яку переживає український воїн.

Для багатьох захисників, і особливо це стосується бійців легендарного Маріупольського гарнізону, довгоочікуваний обмін із полону, на жаль, не стає щасливим фіналом їхніх страждань. Натомість вони стикаються з феноменом, який можна охарактеризувати як «накопичувальна» або комплексна травма втрати. Це страшне поєднання факторів, яке руйнує особистість зсередини: людина щойно вирвалася з фізичної ізоляції катівень, але, опинившись на свободі, усвідомлює, що повертатися їй нікуди.

Ця проблема набуває катастрофічних масштабів для тих, чий дім був зруйнований вщент, а рідні загинули або залишилися на окупованих територіях без можливості виїзду. У такий момент звільнений з полону воїн розуміє, що втрачено весь його звичний життєвий світ. Фізично він вільний,

але психологічно опиняється в вакуумі. Замість омріяного затишку та родинного тепла, на нього чекає порожнеча, руїни та самотність.

Саме в таких критичних ситуаціях старі методи реабілітації перестають працювати. Традиційно психологи та соціальні працівники спираються на підтримку родини як на головний, фундаментальний ресурс одужання. Родина – це якір, який тримає ветерана у реальності. Але що робити фахівцю, і, головне, що робити самому бійцю, коли родини немає? Коли немає дружини, яка обійме, немає батьків, які чекають, немає дому, де можна сховатися від світу?

Тут виникає серйозна наукова та соціальна проблема, яку необхідно дослідити негайно: як адаптуватися людям, що втратили будь-яку опору в житті? Спостереження показують тривожну тенденцію: для багатьох із таких «самотніх» ветеранів єдиним зрозумілим способом зберегти себе та свою психіку від розпаду стає повернення на військову службу. Вони свідомо чи підсвідомо відмовляються будувати особисте майбутнє у цивільному житті, бо там надто боляче, там панує тиша, яка нагадує про втрати. Тому вони «ховаються» у війні. Війна для них стає зрозумілішою за мир, адже на фронті є побратими, є чіткі правила і немає необхідності відповідати на питання «як жити далі?».

Якщо ми як суспільство і як наукова спільнота не знайдемо підхід до таких ветеранів зараз, то після закінчення війни вони можуть опинитися у повній соціальній ізоляції, відірваними від світу, який вони захищали ціною власного здоров’я.

Варто також глибоко усвідомити природу травми, отриманої в неволі. Полон – це екстремальне випробування, яке ламає не лише тіло, а й душу. Це не просто обмеження волі, це тотальний контроль над особистістю, постійний страх смерті, психологічний тиск, катування та примусова зміна цінностей. У полоні людина вчиться виживати, пригнічуючи свої емоції та людяність. Коли боєць повертається, фізична загроза зникає, але внутрішня війна триває. Пережитий досвід продовжує керувати його поведінкою,

реакціями та стосунками з оточуючими. Звільнені часто продовжують жити за законами табору навіть серед мирного міста.

Повернення до цивільного життя – це довгий, болісний шлях, який неможливо подолати за місяць чи два. Необхідно не лише відновити психіку, а фактично наново навчити людину жити: спілкуватися без агресії та підозрілості, працювати у цивільному колективі, знову бути батьком, чоловіком чи сином, долати нерозуміння суспільства, яке часто не готове сприйняти біль ветерана. Без системної, фахової та, головне, людяної підтримки колишні полонені ризикують замкнутися в собі й ніколи не знайти свого місця в мирному житті.

Для України це величезний виклик національного масштабу. Від того, наскільки якісно ми допоможемо цим людям повернутися, залежить здоров'я всього нашого суспільства на десятиліття вперед. Ігнорування цієї проблеми призведе до зростання рівня агресії, суїцидів та соціальної напруги.

Попри те, що про ветеранів зараз говорять багато у медіа та на державних майданчиках, тема саме глибинного відновлення після полону вивчена недостатньо. Більшість наявних досліджень фокусуються на загальних симптомах бойового стресу, контузіях чи пораненнях, але часто ігнорують унікальний і неймовірно важкий досвід неволі, поєднаний із втратою дому. Саме тому вкрай важливо детально розібрати цю проблему, спираючись не лише на сухі протоколи, а й на принципи людяності, емпатії та індивідуального підходу.

Отже, обрана тема дослідження вимагає глибокого аналізу, адже вона стосується доль тисяч реальних людей і майбутнього нашої країни. Це спроба знайти відповідь на питання: як повернути до життя тих, хто бачив смерть в обличчя і втратив усе, крім надії.

Мета та завдання дослідження.

Мета роботи полягає у тому, щоб глибоко дослідити, як відбувається повернення військовослужбовців до мирного життя після жахів полону, проаналізувати специфіку «накопичувальної травми» (полон плюс втрата

соціальних опор) та зрозуміти, яка саме психологічна підтримка їм необхідна для нормальної адаптації в суспільстві.

Для досягнення цієї мети у роботі були поставлені такі завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасної наукової думки. Вивчити, що говорить сучасна наука про процес реінтеграції людини до звичного життя після екстремальних навантажень, та виявити прогалини у наявних підходах щодо роботи з колишніми полоненими.

2. Описати феноменологію полону. Детально дослідити, як саме полон впливає на психіку військового, які глибинні зміни відбуваються в особистості під тиском ізоляції та тортур, і які сліди цей досвід залишає у свідомості на довгі роки.

3. Визначити бар’єри адаптації. Виявити та класифікувати головні труднощі (психологічні, соціальні, побутові), з якими стикаються звільнені бійці, коли намагаються адаптуватися в соціумі, особливо в умовах відсутності власного житла та підтримки близьких.

4. Проаналізувати стан надання допомоги. Критично оцінити, як сьогодні в Україні на державному та волонтерському рівнях організована допомога колишнім полоненим, виявити слабкі місця системи та зрозуміти, чого в ній критично бракує для повноцінного відновлення особистості.

5. Систематизувати емпіричні дані. Зібрати та узагальнити інформацію з доступних звітів міжнародних організацій, аналітичних статей та свідчень, що стосуються проблематики повернення українських захисників.

6. Розробити практичні рекомендації. Сформулювати конкретні, дієві поради для практичних психологів та соціальних працівників щодо того, як ефективніше працювати з такими військовими, враховуючи фактор «втечі у війну» та відсутності сімейного ресурсу.

Об’єкт дослідження – процес психосоціальної реадаптації та повернення військовослужбовців із полону, їхнє складне «вживання» в умови цивільного життя, що часто супроводжується внутрішніми конфліктами та кризою ідентичності.

Предмет дослідження – специфічні соціально-психологічні фактори, від яких залежить успіх цього повернення. Особливий акцент у роботі зроблено на аналізі складних випадків, коли боєць переживає подвійну травму: наслідки полону та повну втрату соціального фундаменту (здоров'я, дому, родини та будь-якої зовнішньої підтримки).

Методи дослідження.

Для вирішення поставлених завдань та всебічного розкриття теми використано комплекс методів, що дозволяють поєднати наукову об'єктивність з розумінням унікальності кожної людської долі:

- Теоретичні методи: аналіз, синтез та узагальнення. Ми вивчили профільну наукову літературу, порівняли різні підходи до травматерапії та систематизували наявні знання про ПТСР і адаптацію. Також було проаналізовано відкриті звіти правозахисних організацій та публікації у медіа.
- Емпіричні методи: проведено тестування за допомогою валідизованих психодіагностичних шкал для вимірювання рівня посттравматичного стресового розладу, рівня тривожності та оцінки наявності соціальної підтримки.
- Якісні методи: використано метод аналізу конкретних випадків (case-study). Це дозволило не просто оперувати статистикою, а глибоко розібрати життєві історії конкретних бійців, які пережили повну втрату соціальних опор. Аналіз їхнього особистого шляху відновлення дає можливість побачити реальні механізми виживання та адаптації.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що ми виходимо за межі стандартного розгляду ПТСР. Ми систематизуємо знання про специфіку життя саме після полону, розкриваючи глибину наслідків цього досвіду в поєднанні з фактором втрати дому. Робота акцентує увагу на феномені «самотнього ветерана», для якого війна стає зоною комфорту.

Практичне значення роботи є незаперечним, оскільки її результати орієнтовані на прикладне застосування. Отримані дані можуть брати в роботу реальні фахівці – психологи шпиталів, соціальні працівники громад, реабілітологи та волонтери. Розроблені рекомендації допоможуть створювати більш дієві, чутливі та гнучкі програми підтримки для тих, хто повернувся з неволі, даючи їм шанс на справжнє, а не формальне повернення до життя.

# РОЗДІЛ 1
# ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСУ РЕІНТЕГРАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОЛОНУ

## 1.1 Поняття реінтеграції та адаптації особистості в сучасній психологічній науці: соціальний та екзистенційний виміри

Поняття реінтеграції посідає центральне місце в сучасних соціальних та психологічних дослідженнях, набуваючи особливої ваги в контексті вивчення наслідків екстремальних, кризових та травматичних подій. У найзагальнішому розумінні цей термін означає процес повторного включення особистості в соціальне середовище після періоду ізоляції, вимушеного виключення або радикальної зміни життєвих умов. Водночас сучасна наукова думка дедалі частіше наголошує на тому, що реінтеграція не може бути зведена до механічного «повернення» у попередній стан. Це складний, багатовимірний процес відновлення розірваних зв’язків між людиною, її травматичним досвідом та соціальним світом, який за час її відсутності також зазнав змін.

У соціальних науках (соціології, соціальній роботі) реінтеграція розглядається як системний процес, що охоплює відновлення соціальних ролей, міжособистісних зв’язків, економічної самостійності та активної участі в житті громади. У цьому контексті вона протиставляється соціальній маргіналізації та ексклюзії, які виникають внаслідок війни, ув’язнення або перебування в полоні. Для осіб, які пережили тривалу ізоляцію та насильство, спроба повернутися до норми часто супроводжується відчуттям глибокого відчуження, втрати соціальної ідентичності та фундаментальними складнощами у відновленні довіри до суспільних інституцій.

З психологічної точки зору, феномен реінтеграції має значно глибший та індивідуалізований вимір. Вона пов’язана не лише з інтеграцією у

зовнішні структури, але й із внутрішнім процесом відновлення цілісності особистості («Я-концепції»), повернення базового почуття безпеки та довіри до світу. Для людини, яка пройшла крізь пекло полону, реінтеграція – це драматичний шлях між травматичним минулим, яке не відпускає, і необхідністю жити далі в умовах, що часто сприймаються як загрозливі або чужі.

У межах гуманістичної та екзистенційної психології цей процес тлумачиться як відновлення суб'єктності. Досвід полону – це досвід об'єктивації, що супроводжується тотальним контролем, систематичним приниженням та руйнуванням людської гідності. У таких умовах особистість втрачає відчуття себе як творця власного життя. Тому повернення до цивільного існування вимагає створення специфічних умов, у яких людина знову зможе відчути себе цінною, почутою та прийнятою, без необхідності виправдовувати своє виживання.

Особливістю реінтеграції українських військовослужбовців є поєднання кількох критичних чинників: інтенсивного бойового стресу, травматичного досвіду неволі та різкого переходу від армійської ієрархії до хаосу цивільного життя. Цей перехід часто породжує внутрішній конфлікт ідентичності. Тому реінтеграція набуває нелінійного характеру: вона супроводжується «відкатами», емоційними кризами, повторною актуалізацією травматичних спогадів (флешбеками) та відчуттям втрати життєвих орієнтирів.

Для глибшого розуміння специфіки цього стану доцільно звернутися до концепції «лімінальності» (від лат. *limen* – поріг). Звільнений військовослужбовець тривалий час перебуває у «пороговому стані»: він уже не полонений, але ще не цивільна людина. Це стан болісної невизначеності, «сіра зона», де старі патерни виживання (надмірна пильність, недовіра, приховування емоцій) все ще активно працюють, а нові механізми мирного співіснування ще не сформовані. Психологічно боєць може залишатися в стінах камери ще довго після фізичного звільнення. Цей своєрідний

«ментальний карантин» створює невидиму стіну між ветераном та його оточенням, долати яку доводиться щоденними надзусиллями.

Наступним бар'єром є феномен когнітивного дисонансу та ціннісного конфлікту. Полон – це середовище, де життя знецінюється до нуля, а реальність звужується до фізіологічного виживання. Повертаючись у мирне місто, де люди переймаються побутовими дрібницями, колишній полонений відчуває гостру невідповідність між своїм трагічним досвідом і позірною «легкістю» буття оточуючих. Це породжує гнів та відчуженість: світ мирних людей здається фальшивим, тоді як війна парадоксальним чином сприймається як простір «чесних стосунків». Науковці визначають цей стан як екзистенційну кризу повернення.

Процес ускладнюється явищем, яке в сучасній травматерапії визначають як «моральна травма» (*moral injury*). Вона виникає внаслідок руйнування глибоких моральних переконань через свідчення катувань, неможливість врятувати побратимів або зіткнення з абсолютною безкарністю зла. Відновлення віри в те, що світ може бути справедливим, а люди – гуманними, стає одним із найважчих завдань терапії. Без цього ветеран ризикує залишитися в стані глибокого цинізму або виснажливого почуття провини вцілілого.

Особливої гостроти проблема набуває в умовах дефіциту ресурсів (згідно з теорією С. Хобфолла), зокрема повної втрати дому та родини. Для таких військовослужбовців поняття «повернення» втрачає первинний сенс, адже вони повертаються фактично «в нікуди». Це створює ситуацію екзистенційного вакууму, коли руйнується простір безпеки та пам'яті. Дослідження фіксують, що за таких обставин психіка часто вмикає захисний механізм – бажання повернутися на фронт. Військова служба стає сурогатом дому, а побратими замінюють втрачену родину. Цей феномен «втечі у війну» є специфічною формою адаптації до нестерпної реальності.

Насамкінець, успішність реінтеграції критично залежить від соціальної перцепції. Існує подвійна небезпека: стигматизація (страх перед

«неврівноваженим» ветераном) або надмірна героїзація. Сприйняття ветерана виключно як «героя зі сталі» несвідомо дегуманізує його, накладаючи заборону на слабкість, біль чи сльози. Тиск таких соціальних очікувань змушує людину носити «маску благополуччя», ховаючи за нею глибоку душевну прірву.

Таким чином, у межах даного дослідження реінтеграція розглядається як системний процес реконструкції життєвого світу особистості. Він вимагає не лише медичного втручання, а й пошуку нових смислів існування («post-traumatic growth»). Це перехід від біологічної стратегії «вижити будь-якою ціною» до екзистенційної стратегії «жити попри все».

## 1.2 Еволюція наукових поглядів на бойову травму: від «снарядного шоку» до сучасного розуміння ПТСР та моральної травми (Moral Injury)

Перебування в полоні класифікується у сучасній психології як екстремальний психотравмуючий досвід, який за своєю руйнівною силою виходить за межі звичайного людського розуміння. Для військовослужбовців цей досвід стає «точкою біфуркації» – моментом, що розділяє життя на «до» і «після». Це не просто обмеження волі, а комплексне поєднання фізичного виснаження (голод, катування, антисанітарія), потужного психологічного тиску, тривалої невизначеності (відсутність інформації про обмін чи рідних) та постійної, щохвилинної загрози життю. Сукупність цих чинників формує специфічний клінічний профіль, який часто визначають як Комплексний посттравматичний стресовий розлад (КПТСР).

Фундаментальним наслідком полону є тотальне руйнування базового відчуття безпеки. У полоні людина засвоює страшний урок: світ є місцем абсолютної загрози, де правила не діють, а твоє життя залежить від примхи наглядача. Навіть після фізичного звільнення та повернення в безпечне середовище, психіка продовжує функціонувати в режимі «червоної тривоги». Колишні бранці перебувають у стані гіпервігільності (надмірної пильності):

вони постійно сканують простір на наявність загроз, здригаються від гучних звуків, уникають натовпу чи відкритих вікон. Тіло продовжує «воювати» або «ховатися», навіть коли розум усвідомлює, що війна залишилася позаду. Світ більше не сприймається як передбачуваний або дружній, а буденні ситуації (черга в магазині, зауваження перехожого) можуть викликати непропорційно сильні емоційні реакції люті або паніки.

Критичних змін зазнає емоційна сфера особистості. Психіка, намагаючись захиститися від нестерпного болю та страху в полоні, часто вмикає механізм дисоціації – відключення почуттів. Після повернення це проявляється у вигляді «емоційного оніміння» або алекситимії (нездатності розпізнати та описати власні емоції). Людина може виглядати байдужою, холодною, відстороненою, хоча всередині неї вирує буря. Цей стан часто змінюється полярним явищем – неконтрольованими спалахами гніву чи розпачу. Окремим, надзвичайно болючим феноменом є «провина вцілілого». Для багатьох колишніх полонених характерний виснажливий внутрішній монолог: «Чому вижив я, а не вони?», «Чи міг я зробити більше?». Це почуття провини, часто ірраціональне, блокує радість від повернення додому і може стати причиною саморуйнівної поведінки.

Полон призводить до глибинної кризи ідентичності. Відбувається болісний розлом у «Я-концепції». Військовослужбовець, який до полону ототожнював себе з роллю сильного Захисника, Воїна, Героя, у неволі стикається з досвідом безпорадності жертви. Цей когнітивний дисонанс важко інтегрувати у свідомість. Після повернення людина може відчувати втрату сенсу, сумнів у власній цінності або відчуження від колишнього образу себе. Вона задає собі питання: «Хто я тепер?». Це особливо ускладнює процес повернення до цивільних ролей – партнера, батька, фахівця. Буденні проблеми здаються дріб’язковими, а минулі досягнення – неважливими на фоні пережитого досвіду межі життя і смерті.

Окремої уваги потребує деформація міжособистісних стосунків. Досвід полону часто створює невидиму стіну відчуження. Повертаючись,

військовослужбовці можуть зіштовхуватися з комунікативними бар'єрами: їм здається, що ніхто, крім побратимів, не здатен зрозуміти глибину їхнього болю. Виникає ефект «соціального аутизму», коли людина фізично присутня в родині, але емоційно перебуває в ізоляції. Ситуація ускладнюється очікуваннями рідних, які часто прагнуть «швидкого повернення до нормальності», не розуміючи, що «старої» людини більше не існує. Цей тиск може призводити до сімейних конфліктів та вторинної травматизації.

Важливо наголосити: описані психологічні наслідки не є ознакою слабкості чи психічної патології в класичному розумінні. Це – нормальна реакція нормальної людини на ненормальні обставини. Те, що у мирному житті виглядає як симптом (агресія, недовіра, замкненість), у полоні було ефективним механізмом виживання, який дозволив зберегти життя. Усвідомлення цього факту має принципове значення для формування гуманістичного підходу до реінтеграції. Він має базуватися не на «виправленні» ветерана, а на повазі до його досвіду, безмежному терпінні та прийнятті індивідуального темпу зцілення.

Отже, розуміння спектра психологічних наслідків перебування в полоні – від фізіологічних змін до екзистенційної кризи – є необхідною передумовою для побудови ефективних стратегій допомоги. Без урахування глибини цієї «накопичувальної травми» будь-які спроби соціалізації ризикують залишитися формальними, а іноді й шкідливими для душі, яка і так пройшла крізь пекло.

***Еволюція наукових поглядів на психологічну травму та нейробіологічні механізми впливу полону на особистість***

Для глибокого розуміння проблематики реінтеграції необхідно звернутися до історичного генезису поняття бойової психічної травми. Історія військової психології свідчить, що феномен, який ми сьогодні називаємо ПТСР, був відомий людству століттями, однак його інтерпретація зазнавала радикальних змін – від стигматизації до клінічного визнання [Herman, 2015].

У часи Першої світової війни цей стан описували терміном **«снарядний шок» (shell shock)**. Лікарі того часу, зокрема Ч. Майєрс, помилково вважали, що симптоми (тремор, німота, ступор) викликані мікропошкодженнями мозку від вибухових хвиль. Пізніше, коли симптоми виявили у солдатів, які не перебували під обстрілами, виник термін «воєнний невроз», який часто трактувався командуванням як прояв боягузтва або симуляції [Jones & Wessely, 2005].

Друга світова війна ввела поняття **«бойова втома» (combat fatigue)**. Американські психіатри (Р. Грінкер, Дж. Шпігель) почали використовувати натрій-аміталові інтерв'ю («сироватку правди») для катарсису – вивільнення витіснених емоцій. Проте лише після війни у В'єтнамі та завдяки руху ветеранів у США в 1980 році діагноз **ПТСР (Post-Traumatic Stress Disorder)** було офіційно внесено до класифікатора DSM-III [Friedman, 2013]. Це стало революційним кроком: страждання ветеранів отримало легітимний медичний статус, знявши з них тавро «слабкості».

У контексті нашого дослідження особливу увагу слід приділити **нейробіології травми**. Сучасні дослідження з використанням фМРТ (функціональної магнітно-резонансної томографії) доводять, що полон та катування змінюють не лише психіку, а й архітектоніку мозку [Van der Kolk, 2014].

1. **Дисфункція мигдалеподібного тіла (Amygdala):** Мигдалеподібне тіло відповідає за детекцію загрози («детектор диму»). У колишніх полонених воно перебуває в стані хронічної гіперактивації. Навіть у безпечному середовищі мозок продовжує генерувати сигнали тривоги на нейтральні стимули (гучний звук, різкий рух, запах). Це пояснює феномен гіпервігільності (надмірної пильності), який заважає ветерану розслабитися вдома.

2. **Пригнічення гіпокампу (Hippocampus):** Гіпокамп відповідає за переробку спогадів та їх розміщення у часі. Під впливом надмірного кортизолу (гормону стресу) під час катувань робота гіпокампу блокується. Як

наслідок, травматичний спогад не інтегрується в минуле, а залишається «плаваючим». Тому флешбек відчувається не як спогад («це було»), а як повторне переживання («це відбувається зараз»).

3. **Деактивація префронтальної кори (Prefrontal Cortex):** Ця зона відповідає за логіку, планування та контроль емоцій. У стані тригера вона «вимикається», і керування перехоплює «рептильний мозок» (інстинкти бий/біжи/замри). Саме тому заклики родичів «заспокоїтися і подумати логічно» часто не працюють – фізіологічна здатність до логіки тимчасово заблокована [Levine, 2010].

Розуміння цих біологічних механізмів є критичним для побудови програм реінтеграції в Україні. Воно доводить, що поведінка ветерана (агресія, ізоляція) є не «поганим характером», а наслідком нейрофізіологічних змін, які потребують тривалої реабілітації, а не осуду.

**Таблиця 1.1 – Порівняльна характеристика ПТСР та Моральної травми (Moral Injury)**

| Критерій порівняння | Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) | Моральна травма (Moral Injury) |
|---|---|---|
| **Основний тригер** | Загроза життю, фізичне насильство, небезпека | Порушення моральних переконань, зрада цінностей, свідчення зла |
| **Домінуюча емоція** | Страх, жах, безпорадність | Провина, сором, гнів, відраза |
| **Когнітивна установка** | «Світ небезпечний», «Я можу померти» | «Я поганий», «Я не гідний», «Світ несправедливий» |
| **Фізіологічна реакція** | Гіперзбудження (бий/біжи), флешбеки | Емоційне оніміння, депресія, соціальна ізоляція |
| **Мішень терапії** | Зниження тривоги, робота з мигдалеподібним тілом | Відновлення довіри, спокута, прощення |

## 1.3 Психофізіологія та нейробіологія наслідків полону: вплив екстремального стресу та катувань на когнітивні функції особистості

Досвід перебування в полоні належить до категорії екстремальних психотравмуючих подій, які за своєю інтенсивністю та руйнівною силою виходять далеко за межі звичайного людського досвіду. У сучасній психології така травма розглядається не лише як окрема подія, що загрожує біологічному існуванню, а як фундаментальний розлом, переживання, яке перевищує здатність психіки до негайного опрацювання та інтеграції. Це момент, коли реальність стає нестерпною, і психіка, рятуючись, «розколюється». У випадку військовослужбовців полон поєднує тривалу, виснажливу загрозу смерті, тотальну втрату контролю, систематичне приниження людської гідності та відчуття повної, паралізуючої залежності від волі ворога.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найбільш відомих, але далеко не єдиним наслідком такого досвіду. Важливо підкреслити, що наявність або відсутність офіційного клінічного діагнозу в медичній картці не визначає реальну глибину пережитої трагедії. Навіть без формальних критеріїв ПТСР колишні полонені можуть роками перебувати в стані хронічної психологічної напруги, внутрішньої дезорганізації та емоційної нестабільності. ПТСР у цьому контексті – це не хвороба в звичайному розумінні, а нормальна реакція на ненормальні події, спроба організму адаптуватися до того, до чого адаптуватися неможливо. Це проявляється через інтрузії (нав’язливі спогади), нічні жахіття та флешбеки, коли минуле вдирається в теперішнє, змушуючи ветерана знову і знову переживати жах полону так, ніби він відбувається «тут і зараз».

Критичною особливістю травматичного досвіду полону є його пролонгований (тривалий) характер. На відміну від «шокової травми» (разова подія, наприклад, вибух чи аварія), полон – це травма триваючого стресу (Type II Trauma), яка може розтягуватися на місяці або роки. Це призводить

до повного виснаження адаптаційних ресурсів особистості. У таких нелюдських умовах психіка змушена переходити в аварійний режим виживання, докорінно перебудовуючи особистість. Формується так званий Комплексний ПТСР (К-ПТСР), який зачіпає глибинні структури характеру: змінюється сприйняття себе, інших людей та сенсу життя загалом. Повернутися з цього «режиму війни» до мирного функціонування надзвичайно складно, адже механізми, що рятували життя в камері (підозрілість, агресія, емоційний холод), у сім'ї стають руйнівними.

Окреме, надзвичайно важливе місце в осмисленні наслідків полону займає поняття морального поранення (moral injury). Це явище, яке часто плутають з ПТСР, має зовсім іншу природу. Якщо ПТСР базується на механізмі страху та загрози життю, то моральна травма – це рана совісті. Вона виникає внаслідок глибоких внутрішніх конфліктів, пов'язаних із руйнуванням базових моральних переконань про Добро і Зло. Для військовослужбовців це може проявлятися через нестерпний дисонанс між кодексом честі, гідності, вірності побратимам і реальними, часто жахливими обставинами виживання в неволі. Це може бути спогад про те, як не зміг допомогти товаришу, якого катували поруч; як був змушений підкоритися наказу ворога, щоб отримати їжу; або просто усвідомлення того, що світ допустив таке беззаконня.

Моральні поранення часто супроводжуються токсичними почуттями сорому, провини та внутрішньої порожнечі, які надзвичайно складно вербалізувати. Це не просто вина за вчинок, це глобальна вина за своє існування («Я поганий», «Я зламаний»). На відміну від класичних симптомів стресу (тривога, тремор), ці переживання є «тихими вбивцями»: вони можуть залишатися непоміченими для оточення, але зсередини роз'їдати душу ветерана, призводячи до соціальної ізоляції, депресії та втрати здатності будувати довірливі стосунки. Людина з моральною травмою часто вважає себе негідною любові та щастя.

У процесі реінтеграції критично важливо розуміти, що травматичний досвід полону не зникає і не «залишається в минулому» автоматично після перетину лінії розмежування. Він вростає в біографію людини. Інтеграція травми – це довгий шлях перетворення болючого досвіду на частину життєвої історії, яка більше не керує поведінкою людини. Гуманістичний підхід у психологічній допомозі категорично заперечує примусове «розкриття» чи «опрацювання» травми, оскільки це може призвести до ретравматизації. Основою допомоги має бути створення безпечного простору та безумовна повага до права людини мовчати, плакати або говорити тоді, коли вона сама відчує готовність до цього.

Таким чином, глибоке розуміння відмінностей між страхом (ПТСР) і душевним болем (моральна травма), усвідомлення «накопичувального» характеру страждань є ключем до побудови ефективних моделей реінтеграції. Без урахування цього екзистенційного виміру будь-які соціальні пільги чи адміністративні заходи ризикують залишитися лише «фасадом», за яким ховається самотня, зболена душа, що так і не повернулася з війни.

## 1.4 Теоретичні моделі психологічного відновлення: гуманістичний, когнітивно-поведінковий та інтегративний підходи

Повернення з полону – це парадоксальний процес. Попри очікуване відчуття ейфорії та полегшення, цей етап нерідко стає початком нової, «тихої» війни військовослужбовця – війни за своє місце в соціумі. Однією з найболючіших та найскладніших проблем, з якою масово зіштовхуються колишні бранці, є **феномен соціальної ізоляції**. Вона не завжди є добровільною чи очевидною, проте діє як невидима стіна, що відділяє ветерана від світу живих. Соціальна ізоляція може мати як зовнішні, так і внутрішні прояви, поступово перетворюючи процес реінтеграції на ходіння по колу.

**Зовнішня соціальна ізоляція** часто є наслідком тотального нерозуміння та комунікативної безпорадності з боку оточення. Родина, друзі та колеги, навіть маючи найщиріші наміри, часто просто не знають, «інструкції» до взаємодії з людиною, що повернулася з пекла. Вони бояться поставити «зайве запитання», яке може поранити, або, навпаки, намагаються удавати, що нічого не сталося, очікуючи швидкого повернення до колишнього стилю спілкування. Ця незграбність створює вакуум. Розмови стають поверхневими, побутовими, штучними. Ветеран гостро відчуває цю фальш. Він бачить, як люди відводять очі або підбирають слова, і це перетворює його на «чужого» у власному домі. Виникає ефект **«скляної стіни»**: він бачить рідних, чує їх, але емоційного контакту не відбувається.

Ще глибшою проблемою є **внутрішня ізоляція (самоізоляція)**. Вона формується тоді, коли сама людина свідомо або несвідомо «капсулюється», уникаючи соціальних контактів. Причинами цього є тотальне емоційне виснаження (ресурсів на спілкування просто немає), недовіра до світу, страх бути неправильно зрозумілим або небажання знову переживати болісні спогади через розпитування. Військовий, який звик до граничної чесності стосунків на фронті або в камері, часто сприймає цивільне спілкування як лицемірне. У таких випадках соціальна відстороненість стає єдиним доступним **захисним механізмом**. Це спроба зберегти крихку внутрішню рівновагу, сховавшись у «мушлю». Проте цей захист є пасткою: він дає тимчасовий спокій, але водночас блокує можливості для відновлення, посилюючи почуття самотності та непотрібності.

Не менш руйнівним чинником є **стигматизація**. У суспільстві існують полярні, але однаково шкідливі стереотипи щодо колишніх полонених. З одного боку – це **стигма жертви** (жалість, сприйняття людини як «зламаної», «бідної», неповноцінної). Таке ставлення принижує гідність воїна, позбавляє його сили та суб’єктності. З іншого боку – **стигма героя** (ідеалізація, вимоги бути «сталевим», «незламним»). Це так звана «токсична позитивність», коли суспільство забороняє ветерану бути слабким, плакати чи визнавати свій біль,

адже «герої не вмирають і не плачуть». Обидві форми стигматизації є **дегуманізуючими**: вони зводять багатогранну особистість людини виключно до її травматичного досвіду, ігноруючи її реальні потреби.

Особливо підступною є **прихована стигматизація**, яка проявляється у формі гіперопіки або надмірної делікатності («ходіння навшпиньки»). Колеги та рідні намагаються «не турбувати» ветерана, не залучають його до вирішення сімейних чи робочих питань, оберігаючи від стресу. Хоча такі дії продиктовані турботою, фактично вони призводять до **соціальної смерті** особистості: людину виключають з активного життя, даючи їй зрозуміти, що вона тепер – «кришталева ваза», до якої страшно торкатися. Це породжує у ветерана відчуття власної дефектності та тягаря для близьких.

У **гуманістичному контексті** справжня реінтеграція можлива лише за умови відмови від стигм. Вона передбачає створення інклюзивного середовища, в якому людина не змушена відповідати чужим очікуванням – ні героїчним, ні жертовним. Прийняття того факту, що адаптація може бути довгою, "некрасивою", зі зривами та мовчанням, є ключовою умовою подолання ізоляції.

Отже, соціальна ізоляція та стигматизація є бар’єрами, які іноді важче подолати, ніж самі спогади про катування. Фізичні рани загоюються, але відчуття відчуженості може тривати роками. Усвідомлення цих процесів на рівні суспільства («терапевтичне суспільство») та найближчого оточення є необхідною передумовою для того, щоб повернення додому стало справжнім поверненням до життя, а не переходом з однієї камери в іншу – камеру самотності.

У сучасній психологічній науці, попри значний масив досліджень, не існує (і, ймовірно, не може існувати) єдиної універсальної моделі, яка б вичерпно описувала алгоритм відновлення особистості після екстремального досвіду полону. Це зумовлено **унікальністю архітектоніки травми**: кожна історія виживання є неповторною комбінацією глибини болю, індивідуальних ресурсів резильєнтності (життєстійкості) та контексту повернення. Тим не

менш, наукова література пропонує кілька фундаментальних теоретичних підходів, які створюють необхідну «методологічну оптику» для розуміння того, як саме відбувається процес «зцілення» душі, понівеченої війною.

Однією з ключових є **гуманістична модель психологічного відновлення** (базується на ідеях К. Роджерса та А. Маслоу). У її межах особистість розглядається не як «пацієнт», якого треба вилікувати, а як активний Суб'єкт, здатний до самовідновлення та зростання навіть після найтяжчих потрясінь. Для колишнього полоненого, якого місяцями чи роками примусово перетворювали на «об'єкт» (річ без прав і голосу), цей підхід є революційним. З позицій гуманістичної парадигми, реінтеграція – це не механічне «повернення до норми» (бо старої норми більше не існує), а процес **посттравматичного зростання**. Це пошук нового балансу та оновленої ідентичності. Центральними інструментами тут є безумовне прийняття, емпатія та валідизація (визнання) болю. Завдання психолога – не «лагодити» ветерана, а бути поруч, поки він сам збирає себе наново.

Критично важливим для аналізу наслідків полону є **екзистенційний підхід** (зокрема, логотерапія В. Франкла). Ця модель фокусується на питаннях Сенсу, свободи вибору та відповідальності перед життям. Досвід полону – це зіткнення з Абсурдом, яке радикально руйнує колишні уявлення про справедливість світу. Ветеран опиняється в стані **екзистенційного вакууму**, коли старі цінності зруйновані, а нові ще не створені. У цьому контексті реінтеграція тлумачиться як глибока духовна праця. Військовослужбовець постає перед необхідністю дати відповідь на найважчі питання: «Заради чого я вижив?», «Хто я тепер, якщо я більше не можу воювати?», «Як жити в світі, де можливе таке зло?». Без віднайдення персонального сенсу страждань («Хто має Навіщо жити, витримає будь-яке Як») справжнє відновлення неможливе.

**Соціально-психологічні (екологічні) моделі** акцентують увагу на тому, що травма не живе у вакуумі. Згідно з цими підходами, психологічне благополуччя колишніх полонених є похідним від якості соціального

середовища. Травму наносять люди (вороги), і зцілювати її мають люди (суспільство). Реінтеграція тут розглядається як двосторонній процес: змін має зазнавати не лише ветеран, але й саме суспільство. Соціум має трансформуватися з байдужого спостерігача на **«терапевтичну спільноту»**, яка готова прийняти біль повернених без осуду та страху. Ця модель підкреслює, що самотність і відсутність підтримки (особливо для тих, хто втратив родину) є факторами вторинної травматизації, що блокують одужання.

Окреме місце займають **моделі поетапного (фазового) відновлення** (наприклад, трьохфазна модель Джудіт Герман). Вони описують реінтеграцію як динамічний процес, що включає:

1. **Фазу безпеки та стабілізації** (повернення контролю над тілом і емоціями).
2. **Фазу пригадування та жалоби** (опрацювання травматичних спогадів, оплакування втрат).
3. **Фазу возз'єднання** (побудова нових зв'язків зі світом). Важливо розуміти, що ці етапи не є сходами, якими піднімаються вгору. Це скоріше спіраль: людина може повертатися на попередні етапи, переживати регрес, і це є нормальною частиною шляху. Такий підхід дозволяє уникнути нереалістичних очікувань щодо «швидкого одужання» і дає право на власний темп.

У контексті теми дослідження (особливо щодо «самотніх ветеранів» без житла) особливої ваги набуває **інтегративний (біопсихосоціальний) підхід**. Він поєднує елементи всіх вищезгаданих моделей. Він визнає, що полон б'є одночасно по тілу (біологія), душі (психологія) та зв'язках (соціум). Тому і допомога має бути комплексною: неможливо лікувати душу, коли людина не має де жити (соціальний аспект), і неможливо дати житло, не вилікувавши безсоння (медичний аспект).

Таким чином, теоретичні моделі створюють концептуальну основу для розуміння головної істини: повернення з полону – це **багатовимірна**

**екзистенційна одіссея**. Це шлях від виживання до повноцінного життя. Розуміння цих теорій дозволяє перейти від хаотичної допомоги до побудови системи, що базується на гуманізмі, повазі до гідності та глибокому розумінні природи людського страждання.

## 1.5 Аналіз міжнародного досвіду реінтеграції військовополонених та можливості його імплементації в Україні

Для вдосконалення вітчизняної моделі реінтеграції доцільно проаналізувати досвід країн, які стикалися з подібними викликами. Найбільш релевантними для України є моделі Ізраїлю, США та Хорватії.

**1.5.1. Ізраїльська модель: концепція «Безперервності» та резильєнтності** Ізраїль, перебуваючи у стані перманентної війни, розробив одну з найефективніших систем психологічної підтримки. Ключовою особливістю є концепція **«безперервності допомоги» (Continuity of Care)**, розроблена професором М. Лахадом [Lahad, 2017].

- **Протокол:** Допомога починається не після демобілізації, а ще в зоні бойових дій (принцип «Forward Psychiatry» – наближеної психіатрії).
- **Центри резильєнтності (Resilience Centers):** В Ізраїлі діє мережа центрів, які працюють не лише з військовими, а й з громадами. Акцент робиться не на «лікуванні травми», а на «посиленні ресурсів».
- **Застосування в Україні:** Для наших реалій (особливо для маріупольців) важливим є ізраїльський досвід роботи з **«травмою полону Гілада Шаліта»**. Протокол його повернення включав повну ізоляцію від медіа в перші дні та роботу спеціально підібраної команди психологів, які супроводжували родину ще до моменту обміну.

**1.5.2. Досвід США: Програма TAP та система VA** Сполучені Штати мають потужну інституційну базу – Міністерство у справах ветеранів (Department of Veterans Affairs).

- **Transition Assistance Program (TAP):** Це обов'язкова програма для всіх, хто звільняється зі служби. Вона включає триденні воркшопи з профорієнтації, фінансової грамотності та психологічної підготовки до цивільного життя. Військовий не може звільнитися, не пройшовши цей курс.
- **Робота з наслідками полону (POW Advisory Committee):** У США існують окремі протоколи для колишніх військовополонених (наприклад, ветеранів В'єтнаму та Іраку). Дослідження центру Robert Mitchell (Robert Mitchell Center for POW Studies) довели, що наслідки полону можуть проявлятися через 30-40 років, що обґрунтовує необхідність пожиттєвого моніторингу [Ursano et al., 2010].

**1.5.3. Хорватський досвід: Реінтеграція після Вітчизняної війни (1991–1995)** Цей досвід є найбільш спорідненим з українським через схожість характеру війни (оборона території, етнічні чистки, масові руйнування міст, як-от Вуковар – «хорватський Маріуполь»).

- **Специфіка:** Хорватія зіткнулася з масовим ПТСР (так званий «В'єтнамський синдром на Балканах»).
- **Уроки:** Хорватські дослідники (зокрема, Г. Кардум) виявили прямий зв'язок між соціальним визнанням та успішністю адаптації. Ветерани, які відчували повагу суспільства, мали значно нижчі показники депресії.
- **Негативний досвід:** Хорватія допустила помилку, зробивши акцент на пасивних пільгах (високі пенсії для ветеранів у молодому віці), що призвело до їх виключення з ринку праці та алкоголізації. Це застереження для України: допомога має стимулювати активність, а не утримання [Kozarić-Kovačić et al., 2002].

Висновки до розділу 1

У першому розділі магістерської роботи здійснено комплексний теоретико-методологічний аналіз проблеми реінтеграції військовослужбовців, звільнених з полону. Систематизація наукових джерел, історичних даних та сучасних психологічних теорій дозволила сформулювати низку засадничих положень, що визначають логіку подальшого дослідження.

**1. Концептуалізація феномену реінтеграції.** На основі аналізу соціологічних та психологічних підходів встановлено, що реінтеграція не може розглядатися виключно як механічний процес повернення індивіда в попереднє соціальне середовище. Це складний, багатовимірний процес **екзистенційної реконструкції особистості**. З'ясовано, що для колишніх полонених цей процес ускладнюється станом «лімінальності» (пороговості) – перебуванням у психологічній «сірій зоні» між травматичним минулим та невизначеним майбутнім. Доведено, що успішна реінтеграція передбачає не «повернення до норми» (оскільки старе «Я» незворотно змінене досвідом), а конструювання нової ідентичності, що інтегрує травматичний досвід, та відновлення базової довіри до світу, зруйнованої в умовах ізоляції.

**2. Еволюція поглядів та легітимізація травми.** Історичний екскурс засвідчив трансформацію наукового розуміння бойової травми: від стигматизуючих концепцій «снарядного шоку» та «моральної слабкості» до клінічного визнання ПТСР та моральної травми (Moral Injury). Це має принципове значення для сучасної практики, оскільки знімає з ветерана тягар провини за свій стан. Визначено, що моральна травма, яка виникає внаслідок руйнування етичних переконань (свідчення катувань, неможливість захистити побратимів), є окремим клінічним феноменом, який потребує специфічних, відмінних від лікування страху, методів терапії, спрямованих на роботу із соромом та провиною.

**3. Нейробіологічний базис змін.** Аналіз психофізіологічних механізмів підтвердив, що перебування в полоні призводить до об'єктивних структурних та функціональних змін у мозку. Хронічний екстремальний стрес, катування

та депривація сну викликають гіперактивацію мигдалеподібного тіла (відповідального за реакцію страху) та пригнічення префронтальної кори (відповідальної за контроль та логіку). Цей висновок є критичним для розуміння поведінки звільнених: спалахи агресії, емоційне оніміння чи нездатність планувати майбутнє є не проявами «поганого характеру», а наслідком **біологічної травми нервової системи**. Відповідно, реінтеграція має починатися з фізіологічної стабілізації та відновлення когнітивних функцій.

**4. Теоретичні моделі відновлення.** Серед розглянутих психологічних підходів найбільш релевантною для роботи з наслідками полону визначено **гуманістично-екзистенційну парадигму**. В умовах тотальної дегуманізації, якої зазнає людина в неволі, ключовим терапевтичним завданням стає відновлення суб'єктності та гідності. Обґрунтовано, що інтегративний підхід, який поєднує травмофокусовані методи (для опрацювання спогадів) та логотерапію (для пошуку нових сенсів за В. Франклом), є найбільш ефективним. Він дозволяє ветерану трансформувати травматичний досвід з джерела руйнації у джерело «посттравматичного зростання».

**5. Імплементація міжнародного досвіду.** Аналіз моделей реінтеграції США, Ізраїлю та Хорватії дозволив виокремити ефективні стратегії, які можуть бути адаптовані в Україні. Зокрема:

- ізраїльський принцип «безперервності допомоги» та залучення громад як ресурсу резильєнтності;
- американська модель інституціоналізованого супроводу (Transition Assistance Program);
- хорватський досвід (і помилки) щодо соціальної адаптації після війни за незалежність. Водночас зазначено, що жодна із зарубіжних моделей не може бути скопійована повністю через унікальність українського контексту – поєднання активної фази війни з масовим поверненням полонених.

**Узагальнюючи вищевикладене**, можна стверджувати, що теоретичний базис дослідження сформовано. Ми розглядаємо реінтеграцію як системний біопсихосоціальний процес, успіх якого залежить від відновлення внутрішніх ресурсів особистості та наявності зовнішніх соціальних опор. Однак, як показує практика, класичні теорії стикаються з серйозними викликами в українських реаліях, де травма полону часто накладається на травму втрати дому та родини.

# РОЗДІЛ 2
# СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА НОРМАТИВНИЙ КОНТЕКСТ ПОВЕРНЕННЯ УКРАЇНСЬКИХ ЗАХИСНИКІВ

## 2.1 Специфіка гібридної та повномасштабної війни в Україні як контекст реінтеграції: виклики відсутності «безпечного тилу»

Повномасштабне вторгнення росії, що розпочалося 24 лютого 2022 року, стало тектонічним зрушенням для українського суспільства, докорінно змінивши соціальну реальність та ландшафт колективної психіки. В умовах екзистенційної загрози державності, Україна зіткнулася з викликом, що не має аналогів у європейській історії XXI століття – масовим, системним поверненням військовослужбовців із ворожого полону в умовах активної фази бойових дій. Цей процес відбувається на тлі тотальної невизначеності, економічної нестабільності та щоденного терору цивільного населення, що перетворює реінтеграцію на надзвичайно складне, «рівняння з багатьма невідомими».

Фундаментальна відмінність українського контексту від класичних історичних прикладів (Друга світова війна, війна у В’єтнамі тощо) полягає у **відсутності чіткої часової та просторової межі між війною та миром**. Військовослужбовці повертаються з полону не в «тиху гавань» післявоєнного відновлення, а в суспільство, яке саме перебуває у стані **хронічного травматичного стресу**. Поняття «глибокого тилу» в Україні є умовним: загроза ракетних ударів, звуки сирен, новини про загибель знайомих – це фон, який не дозволяє нервовій системі звільненого бійця вийти зі стану мобілізації. Для людини з ПТСР це означає перманентну ретравматизацію: мирне життя, яке мало б лікувати, саме по собі є джерелом тригерів небезпеки.

Особливістю контексту є також **специфічний характер травми**, отриманої в російському полоні. Свідчення звільнених захисників вказують на те, що система утримання в РФ спрямована не просто на ізоляцію, а на цілеспрямоване **психофізичне знищення української ідентичності**. Це поєднання середньовічних тортур із сучасними методами психологічного тиску. Повертаючись звідти, людина часто несе в собі не лише біль від пережитого, а й глибоку образу на світ за те, що таке зло взагалі можливе в сучасному світі.

Соціально-психологічний клімат повернення ускладнюється феноменом **завищених суспільних очікувань**. Український соціум, травмований війною, потребує символів незламності. Тому колишніх полонених (особливо захисників «Азовсталі») часто сприймають виключно через призму героїчного епосу – як «людей зі сталі», титанів духу. Хоча таке ставлення продиктоване повагою, воно створює пастку **«дегуманізуючої героїзації»**. Суспільство несвідомо відмовляє Герою у праві бути слабким, розгубленим, зламаним чи хворим. Цей тиск очікувань («Ти ж герой, тримайся!») стає важким тягарем для людини, яка, можливо, мріє просто згорнутися калачиком і плакати. Очікування «сили» залишають критично мало простору для прояву вразливості, що змушує ветеранів носити соціальні маски, поглиблюючи внутрішню самотність.

Крім того, український контекст характеризується високим рівнем **медіатизації** процесу обмінів. Кадри повернення, сльози радості, прапори – це важливий елемент інформаційної війни та підняття бойового духу нації. Проте для конкретної особистості ця публічність може стати стресогенним фактором. Після ейфорії перших днів настає період тиші, коли журналісти зникають, а людина залишається сам-на-сам зі своїми демонами. Цей контраст між «святковим фасадом» обміну та сірою, часто болісною реальністю лікарень і бюрократії, викликає у багатьох почуття покинутості та використаності.

Найтрагічнішим аспектом, специфічним для нинішньої війни, є проблема **«подвійної втрати»** або реінтеграції в умовах відсутності дому. Це особливо стосується бійців Маріупольського гарнізону та вихідців з окупованих територій. Вони повертаються з полону в статус **вимушених переселенців (ВПО)**. Для них поняття «повернення додому» є метафоричним, а не фізичним. Їхні міста зруйновані, квартири розграбовані або заселені чужинцями, а фотоальбоми та особисті речі знищені. Ця категорія звільнених стикається з **екзистенційним безхатченківством**: вони вільні, але безпритульні. Необхідність вирішувати базові питання виживання (де жити, що їсти, як відновити документи) забирає той ресурс, який мав би йти на психологічне відновлення. Саме тут криється найбільший ризик «втечі у війну» – повернення на фронт не тому, що рани загоїлися, а тому, що в цивільному житті немає ні стін, ні опори.

Також варто зазначити нерівномірність доступу до кваліфікованої допомоги. Попри значні зусилля держави та волонтерів, система реабілітації в Україні все ще перебуває на етапі становлення. Існує дефіцит фахівців, які вміють працювати саме зі специфікою полону та тортур, а не просто з бойовим стресом. Це призводить до ситуацій, коли ветеран, замість розуміння, стикається з формалізмом або некомпетентністю, що підриває його і без того крихку довіру до державних інституцій.

Отже, контекст війни в Україні формує унікальні, надзвичайно жорсткі умови реінтеграції. Це не просто медична чи соціальна проблема, це **виклик національного масштабу**. Усвідомлення того, що наші військові повертаються не в мир, а в продовження боротьби (зовнішньої та внутрішньої), є ключем до побудови адекватних, чесних та людяних моделей підтримки.

## 2.2 Міжнародно-правові стандарти поводження з військовополоненими (Женевські конвенції) та психологічні наслідки їх системного порушення

Процес реінтеграції військовослужбовців після полону в Україні спирається на складну архітектуру нормативно-правових актів та реалізується через розгалужену мережу державних і недержавних інституцій. Важливо усвідомлювати, що українське правове поле у цій сфері перебуває в стадії **активної, часто реактивної трансформації**. Це зумовлено безпрецедентним масштабом викликів: законодавство фактично «наздоганяє» реальність війни, намагаючись врегулювати питання, з якими Європа не стикалася з часів Другої світової війни.

На **законодавчому рівні** фундаментом є Конституція України, Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», а також спеціальні постанови Кабінету Міністрів, що регулюють питання надання статусу особи, позбавленої свободи внаслідок збройної агресії. Ці документи гарантують звільненим бійцям право на грошові виплати, безоплатну медичну допомогу, санаторно-курортне лікування та психологічну реабілітацію. Проте, з соціально-психологічної точки зору, існує суттєвий розрив між **«правом де-юре» та «реалізацією де-факто»**. Правові норми часто мають загальний, уніфікований характер і не враховують **феноменологію полону**. Закон бачить «пільговика», тоді як реабілітація потребує бачення «травмованої особистості». Наприклад, стандартні протоколи медичної допомоги можуть не враховувати специфічні наслідки катувань або психосоматичні розлади, що вимагають тривалої, а не пакетної терапії.

**Інституційна екосистема** підтримки є дуалістичною. З одного боку – це **державні органи** (Міністерство у справах ветеранів, Координаційний штаб з питань поводження з військовополоненими, медичні заклади Міноборони та МОЗ). Їхня функція – забезпечення системності та

легітимності допомоги. З іншого боку – потужний кластер **громадських організацій, благодійних фондів та волонтерських ініціатив** (наприклад, патронатні служби при військових частинах). Саме неурядовий сектор часто виступає «швидкою допомогою», закриваючи ті потреби, де державна машина буксує через інертність. Волонтери забезпечують більш гнучкі, людяні та індивідуалізовані форми супроводу, часто стаючи єдиною точкою опори для ветерана в перші дні після звільнення.

Критичною проблемою, яка потребує детального аналізу, є **«бюрократичне травмування»**. З соціально-психологічної точки зору, зіткнення колишнього полоненого з бюрократичною системою може стати фактором ретравматизації. Людина, яка в полоні страждала від тотального безправ'я та залежності від чужої волі, повертаючись додому, знову потрапляє в ситуацію залежності – цього разу від довідок, печаток та рішень чиновників. Необхідність доводити свій статус, стояти в чергах, збирати документи (які часто втрачені, особливо у захисників Маріуполя) викликає відчуття приниження та безсилля. Для психіки, враженої ПТСР (для якої характерні симптоми уникнення та роздратування), цей **«паперовий фронт»** стає непосильним випробуванням. Це може призводити до агресії або апатії («нічого мені від вас не треба»), що блокує доступ до необхідних ресурсів відновлення.

Окремої уваги заслуговує проблема **фрагментарності та міжвідомчої роз'єднаності**. Реінтеграція – це пазл, який складається з медицини, психології, юридичного супроводу та соціальної адаптації. На практиці ж ветеран часто змушений курсувати між різними інстанціями, які не мають єдиної бази даних чи узгоджених алгоритмів дій. Відсутність інституту **кейс-менеджменту** (супроводу «від А до Я» одним фахівцем) призводить до того, що людина губиться в лабіринті кабінетів. Це формує почуття покинутості: «Я був потрібен, поки тримав зброю, а тепер я сам по собі».

У **гуманістичному вимірі** ефективна інституційна підтримка має базуватися на принципах **партисипативності та поваги до гідності**.

Допомога не повинна бути «нав’язаною» чи примусовою (що нагадує тюремний режим), вона має бути запропонованою. Інституції повинні трансформуватися з карально-контролюючих органів у сервісні служби. Важливо розуміти: примус до реабілітації або формалізований, байдужий підхід чиновника не лише знижує ефективність бюджетних витрат, але й відтворює **травму знецінення**, знайому людині з досвіду неволі.

Таким чином, нормативно-правові та інституційні засади підтримки в Україні є потужним, але все ще недосконалим механізмом. Головний виклик полягає в тому, щоб наповнити сухі букви закону **людяним змістом**. Система повинна працювати для людини, а не людина – для системи. Подальший розвиток інституцій має відбуватися з урахуванням голосу самих ветеранів, фокусуючись на подоланні бюрократичного насилля та створенні простору безпеки й довіри.

***Міжнародно-правові стандарти поводження з військовополоненими та їх порушення як фактор травматизації***

Для повного розуміння глибини психологічної травми українських захисників необхідно проаналізувати правовий контекст їхнього перебування в неволі. Травма формується не лише фізичним болем, а й усвідомленням тотального безправ’я.

Основою міжнародного гуманітарного права є **Женевська конвенція про поводження з військовополоненими від 12 серпня 1949 року** (ЖК III). Аналіз свідчень звільнених українських військових вказує на системне порушення РФ ключових статей Конвенції:

- **Ст. 13 (Гуманне поводження):** Заборона катувань. Свідчення про застосування електроструму, побиття та імітації розстрілів вказують на цілеспрямовану політику дегуманізації.
- **Ст. 26 (Харчування):** Вимога забезпечення раціону, достатнього для підтримки здоров'я. Українські військові повертаються у стані важкої дистрофії (втрата 30-50% маси тіла), що запускає біологічні механізми «голодної травми», впливаючи на когнітивні здібності.

– **Ст. 71 (Листування):** Право на контакт із рідними. Інформаційна ізоляція (Incommunicado detention) є формою психологічного катування, що посилює тривогу та відчуття покинутості [ICRC Commentary, 2020].

Порушення цих норм створює специфічний психологічний феномен – **«травму несправедливості»**. Військовий, який знає, що має права, але бачить їх тотальне ігнорування, втрачає віру в світопорядок. Це значно ускладнює подальшу реінтеграцію, оскільки формує стійку недовіру до будь-яких правових інститутів, навіть у власній державі.

## 2.3. Інституційна система підтримки в Україні: аналіз державних програм та роль громадського сектору

У відповідь на безпрецедентні виклики війни, в Україні відбувається поступова кристалізація комплексної державної політики щодо повернення захисників. Система трансформується від ситуативних, фрагментарних рішень перших місяців вторгнення до створення **системної архітектури реінтеграції**. Цей процес регулюється нормативним полем, ключовим елементом якого став Закон України «Про соціальний і правовий захист осіб, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України...» (від 26.01.2022 № 2010-IX). Цей документ має не лише юридичне, а й **психотерапевтичне значення**: він де-юре закріплює статус постраждалого, валідизуючи (визнаючи) його страждання на державному рівні.

Центральною ланкою в управлінні цим складним процесом виступає **Координаційний штаб з питань поводження з військовополоненими** (КШППВ), що діє при ГУР МО України. Діяльність штабу базується на реалізації уніфікованої «Дорожньої карти». Це спроба створити «маршрут безпеки» для військовослужбовця: від моменту перетину кордону під час обміну (зони небезпеки) до етапу повного повернення в соціум (зони стабільності).

Згідно з Постановою Кабінету Міністрів України від 15.11.2022 № 1281, алгоритм державної реінтеграції поділяється на кілька критичних етапів, кожен з яких має своє психологічне навантаження:

1. **Первинний етап (стабілізаційний, або «декомпресія»).** Проводиться у закритому режимі в спеціалізованих закладах. Його мета – не лише невідкладна хірургічна допомога, а й задоволення базових фізіологічних потреб (сон, їжа, душ). Психологічно це етап «повернення в тіло»: людина має знову відчути свої фізичні кордони, які порушувалися тортурами. Тут проводиться первинний скринінг на ризик суїцидальної поведінки.

2. **Етап спеціалізованої реабілітації.** Здійснюється в центрах підпорядкування Міноборони, МВС або МОЗ. Ключовим викликом тут є перехід від лікування тіла до лікування душі. Флагманом у цьому напрямі є **Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» МОЗ України**. Фахівці центру працюють зі специфікою «невидимих поранень» (наслідками контузій) та глибокою травмою катувань, використовуючи сучасні нейропсихологічні підходи, що є критично важливим для відновлення когнітивних функцій.

3. **Соціальний постінтервенційний супровід.** Це етап відновлення соціальної суб'єктності. Він включає відновлення документів (паспорта, військового квитка), оформлення пільг та фінансових виплат. Для колишнього полоненого, який довгий час був «номером» у списку наглядача, отримання паспорта з власним прізвищем є актом **символічного повернення Імені та Гідності**.

Важливим кроком у дестигматизації психологічної допомоги стала **Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?»**, ініційована першою леді Оленою Зеленською. Програма спрямована на імплементацію психологічної підтримки на рівні первинної ланки (сімейних лікарів). Це дозволяє ветерану отримати допомогу у своєму районі, не звертаючись до психіатричних лікарень, що часто викликає страх та опір. Проте, для глибоких травм полону цього рівня часто недостатньо.

Саме тут, де державна система стикається з обмеженнями (бюрократія, брак вузьких фахівців, конвеєрний підхід), критичну нішу заповнює **недержавний сектор**. Громадські організації діють як «соціальні амортизатори», забезпечуючи індивідуальний підхід:

- **ГО «Блакитний птах»** спеціалізується на найважчих випадках – роботі з цивільними заручниками та військовими, що пережили катування. Вони надають юридичний та кризовий психологічний супровід, часто працюючи з родинами ще до моменту звільнення.
- **Фонд «Повернись живим»** та ветеранські хаби реалізують проєкти спортивної реабілітації («Invictus Games») та менторської підтримки за принципом «рівний – рівному». Це допомагає подолати соціальну ізоляцію, інтегруючи ветерана у спільноту тих, хто має схожий досвід.

Проте, аналізуючи ефективність державних програм, варто зазначити певні ризики. Уніфіковані протоколи («всім – однаковий пакет послуг») не завжди враховують унікальність травми. Людина, яка втратила дім у Маріуполі, потребує зовсім іншого алгоритму дій, ніж той, хто повертається в збережену родину в тиловому місті. З гуманістичної перспективи, державна підтримка не повинна перетворюватися на примусове «заподіянні добра». Найважливіше, що може дати держава – це простір вибору та право на власний темп зцілення, поєднуючи медичні протоколи з людяністю.

## 2.4 Роль мікросоціального оточення (родини, громади, побратимів) у процесі реадаптації: ресурсний та конфліктний аспекти

Поряд із державними протоколами та інституційними механізмами, фундаментальну, а часто й вирішальну роль у процесі реінтеграції військовослужбовців після полону відіграє мікросоціальне середовище. У сучасній психології травми існує аксіома: **«травма наноситься людьми, і зцілюється вона лише через стосунки з людьми»**. Саме в просторі живих, щоденних взаємодій з родиною, громадою та бойовими побратимами

відбувається складна алхімія перетворення «жертви обставин» на «людину, що вижила і живе». Проте в умовах жорстокої реальності нинішньої війни цей процес набуває специфічних, часто трагічних рис, особливо коли йдеться про повну або часткову втрату соціальних опор.

**Таблиця 2.1 – Типологія соціальних ситуацій повернення (Порівняльний аналіз)**

| **Тип ситуації** | **Характеристика оточення** | **Ризики реінтеграції** | **Стратегія поведінки ветерана** |
|---|---|---|---|
| **«Безпечна гавань»** | Є дім, дружина, діти, робота збережена | Вторинна травматизація родини, конфлікти | Адаптивна (поступове повернення) |
| **«Соціальний вакуум»** | Дім зруйновано, родина загинула або розпалася | Суїцидальні думки, алкоголізація, ізоляція | **«Втеча у службу»** (гіперідентифікація з армією) |
| **«Розділена родина»** | Дім в окупації, родина (діти) в окупації | Почуття безсилля, «синдром заручника» | Пасивне очікування, страх дій |

### 2.4.1. Сім’я як ресурс відновлення та зона конфлікту

Традиційно сім’я розглядається як «безпечна гавань», куди корабель повертається після шторму. Для людини, яка пройшла крізь пекло полону, родина виконує три критичні функції, які не здатна замінити жодна державна програма:

1. **Відновлення базової довіри:** У полоні людина засвоює урок, що світ – це місце тотальної загрози. Сім’я – це єдиний простір, де ветеран може, хоча б теоретично, зняти психологічну «броню» гіпервігільності та дозволити собі заснути без страху.

2. **Легітимізація емоцій:** Саме в колі найрідніших військовий отримує «дозвіл» на прояв вразливості. Сльози, слабкість, тремор рук – це те, що не можна показувати ворогу і небезпечно показувати командиру, але можна довірити дружині чи матері.

3. **Реконструкція ідентичності:** Повернення до виконання ролей батька, чоловіка, сина допомагає поступово витіснити травматичну ідентичність «в'язня» (номера у списку) або «бійця» (функції).

Однак на практиці сім'я часто перетворюється із зони ресурсу на **зону високої напруги та конфлікту**. Виникає болісна «криза зустрічі двох реальностей». По-перше, спрацьовує фактор **«інверсії ролей»**. За час відсутності чоловіка (який міг бути в полоні рік чи два), дружина була змушена стати «головою родини»: вона самотужки вирішувала фінансові питання, евакуювала дітей, дбала про безпеку. Військовий повертається з очікуванням повернути собі статус «головного захисника», але стикається з тим, що його місце вже зайняте, а родина навчилася функціонувати автономно. Це породжує відчуття непотрібності. По-друге, небезпечним є феномен **гіперопіки або «жалості»**. Намагання рідних «залікувати» травму надмірною увагою, звільненням від будь-яких обов'язків часто сприймається ветераном як тиск, контроль (що нагадує режим неволі) та приниження його чоловічої гідності.

### 2.4.2. Специфіка адаптації «самотніх ветеранів» (Кейс Маріуполя: «Вцілілий без спадку»)

Окрему, найбільш вразливу категорію звільнених складають військовослужбовці (зокрема захисники «Азовсталі», морські піхотинці 36-ї бригади), які стикаються з **подвійною, кумулятивною травмою**: травмою полону та повною втратою «життєвого світу» (дому та родини). Для маріупольця звільнення з полону – це не хепі-енд. Це вихід у **екзистенційний вакуум**. Якщо для інших військових обмін – це «повернення додому», то для нього – це повернення на попелище.

**Психологічна феноменологія цього стану:**

1. **Крах «ресурсу надії»:** Протягом місяців катувань єдиним, що тримало психіку бійця, була надія на зустріч із дружиною та дітьми. У момент звільнення, коли він дізнається про загибель рідних або втрату зв'язку з ними, цей ресурс миттєво перетворюється на отруту. Надія стає джерелом нестерпного болю.

2. **Феномен «вцілілого без спадку»:** Виникає важка форма провини вцілілого. Ветеран задає собі питання: «Чому вижив я, сильний чоловік, а загинула вона, слабка жінка?». Це призводить до знецінення власного життя, яке сприймається як «незаслужений дарунок» або навіть як покарання.

3. **Соціальна депривація:** Відсутність фізичного дому (стін, фотоальбомів, улюбленої чашки) поглиблює дезорієнтацію. Людина відчуває себе «історичним уламком», якому немає місця в новій реальності.

### 2.4.3. Стратегія «Втечі у війну» та гіперідентифікація зі службою

Аналіз реальних кейсів демонструє специфічну, тривожну стратегію адаптації у ветеранів, які втратили сім'ю та житло. Це свідома або несвідома **«втеча в армію»**. Військовий відмовляється від демобілізації чи відпустки, навіть маючи на це законні підстави та проблеми зі здоров’ям. Він обирає життя в казармі або повернення на фронт.

**Чому це відбувається?**

- **Служба як милиця для психіки:** Армія надає жорстку структуру (розклад, накази), що знімає тривогу вибору, характерну для мирного життя.
- **Казарма як дім:** Гуртожиток при частині стає єдиною стабільною точкою опори, сурогатом втраченого дому.
- **Легітимізація болю:** Служба дозволяє каналізувати агресію та відчай у «корисну» діяльність (знищення ворога), дозволяючи уникнути нестерпного процесу горювання. Ветеран «заморожує» свої емоції.
- **Депресивна самостигматизація:** У випадку, коли діти залишилися живі (наприклад, з родичами або в окупації), батько може не забирати їх не через байдужість, а через переконання у власній

неспроможності. Він каже собі: *«Я зламаний, я мертвий всередині, я нічого не можу їм дати, їм буде краще без мене»*. Це не егоїзм, це форма самопожертви через самознищення.

Ризиком такої стратегії є **відтермінований психологічний колапс**. Коли війна закінчиться, або здоров'я остаточно здасть, такий ветеран залишиться сам на сам із порожнечею, яку він роками намагався заповнити війною.

### 2.4.4. Роль побратимів та громади як «зовнішньої опори»

У ситуації, коли біологічна родина втрачена, критичного значення набуває **«горизонтальна підтримка»**. Побратимство стає сурогатною сім'єю. Спільний досвід болю створює унікальний простір довіри, куди цивільним психологам вхід часто закритий. Слова побратима «Ти потрібен нам» важать більше, ніж сотні сесій терапії. Громада та волонтерські спільноти (центри «ЯМаріуполь», ветеранські хаби) виконують функцію **«соціального милиці»**. Вони допомагають ветерану вирішувати побутові питання, створюючи відчуття приналежності до «свого племені», де не треба пояснювати, чому ти здригаєшся від гучних звуків.

### 2.4.5. Практичні стратегії психологічної допомоги та взаємодії

На основі аналізу проблематики можна виділити дієві алгоритми роботи для психологів та рекомендації для найближчого оточення.

**А. Рекомендації для родин (Психологічна гігієна спілкування):**

1. **Табу на допити:** Категорична відмова від питань «Що там робили?», «Як ти вижив?». Використання стратегії присутності: «Я тут, я поруч, коли захочеш – ми поговоримо».
2. **Повага до «ментального карантину»:** Розуміння мовчання чи бажання усамітнитися не як ігнорування родини, а як необхідну «декомпресію» перевантаженої психіки.

3. **Заміна жалю на повагу:** Жаль («бідненький мій») фіксує ветерана в позиції жертви. Повага («я пишаюся твоєю силою») повертає йому суб'єктність і гідність.

**Б. Терапевтичні техніки роботи з «Маріупольським кейсом» (втрата і провина):**

- **Робота з ірраціональною провиною («Не вберіг дружину»):** Використовується техніка **«Лист, який не буде відправлено»**. Психолог пропонує ветерану написати лист загиблій. Мета – вивести провину з темної кімнати підсвідомості на світло, у слова. Важливо прописати фразу «Я вибачаюсь за те, що…» і, головне, «Я не міг змінити те, що…». Це допомагає розмежувати зону реальної відповідальності і зону фатальних обставин.
- **Подолання заборони на життя (Техніка «Дозвіл»):** Часто ветеран живе в казармі, караючи себе за смерть дружини. Психолог ініціює уявний діалог: *«Якби ваша дружина бачила вас зараз тут, у цьому стані, що б вона сказала? Вона хотіла б вашого повільного самогубства чи щоб ви стали опорою для ваших дітей?»*. Образ дружини перетворюється з «судді» на «янгола-охоронця», який дає дозвіл жити далі.
- **Логотерапія (Пошук Сенсу №2):** Якщо головний сенс життя (Сенс №1 – сім'я) зруйновано, завдання – знайти Сенс №2. Для «самотнього» ветерана це може бути ідея помсти (конструктивна агресія), допомога побратимам або боротьба за повернення дітей з окупації.
- **Трансформація самопокути у відповідальність:** У роботі з ветераном, який не забирає дітей через відчуття власної «зламаності», психолог не тисне на мораль. Він використовує аргумент **«підготовки бази»**: *«Дітям в окупації потрібен не розбитий горем чоловік у гуртожитку, а сильний батько з квартирою. Ваша реабілітація і отримання житла – це не для вас, це частина спецоперації з їх порятунку»*. Це змінює мотивацію: ветеран починає дбати про себе заради інших.

Таким чином, роль соціального оточення є вирішальною. Без родини чи спільноти побратимів навіть найкраща медична реабілітація дасть лише

тимчасовий ефект. Тільки через відновлення значущих зв'язків людина може повернутися з внутрішнього полону до життя.

## 2.5 Феноменологія кумулятивної травми у захисників Маріупольського гарнізону: реінтеграція в умовах тотальної втрати соціальних опор

Незважаючи на активну розбудову державних механізмів та потужний волонтерський рух, процес реінтеграції військовослужбовців після полону в Україні залишається зоною турбулентності. Він супроводжується низкою системних дисфункцій та глибинних протиріч, які мають як інституційний, так і екзистенційний характер. Аналіз поточної ситуації дозволяє виокремити кілька кластерів проблем, що гальмують повернення захисників до повноцінного життя.

**1. Проблема фрагментарності та відсутності «безшовного» маршруту**

Однією з ключових інституційних проблем є відсутність цілісної, довготривалої моделі супроводу (Case Management). Наявна система часто нагадує «клаптикову ковдру»: медична допомога надається в одному місці, відновлення документів – в іншому, а психологічна підтримка – в третьому. Між цими етапами існують «сліпі зони». Наприклад, після виписки зі шпиталю (етап стабілізації) ветеран часто опиняється сам на сам із побутовими проблемами. Відсутність єдиного координатора призводить до **ефекту «бюрократичного пінг-понгу»**, коли травмована людина змушена бігати кабінетами, доводячи своє право на допомогу. Це виснажує і без того обмежений ресурс психіки, формуючи стійку недовіру до держави.

**2. Виклик професійної компетентності та нерівного доступу**

Географія допомоги в Україні є вкрай нерівномірною. Якщо у великих містах (Київ, Львів, Дніпро) доступні спеціалізовані центри (на кшталт «Лісової поляни» чи центрів «Superhumans»), то у районних центрах та селах

кваліфікована допомога часто відсутня. Критичною є проблема якості кадрів. Психологія війни та наслідків катувань – це вузька спеціалізація. Залучення психологів без відповідної підготовки (наприклад, шкільних психологів чи коучів) до роботи з клінічними випадками полону несе ризик **ятрогенії** – погіршення стану пацієнта через некомпетентне втручання. Спроби «розговорити» ветерана без навичок стабілізації можуть призвести до важкої ретравматизації та психотичних зривів.

**3. Феномен резистентності (опору) допомозі**

На індивідуальному рівні найскладнішим бар'єром є парадокс: ті, хто найбільше потребує допомоги, найчастіше від неї відмовляються. Цей опір має кілька причин:

- **Стигма слабкості:** У військовій субкультурі звернення до психолога («мозкоправа») часто сприймається як визнання власної дефектності або божевілля.
- **Втрата автономії:** У полоні людина була об'єктом маніпуляцій. Тому будь-яка спроба фахівця «залізти в голову» чи нав'язати лікування сприймається як чергова форма контролю та насилля над волею.
- **«Синдром унікальності болю»:** Ветеран переконаний, що цивільний спеціаліст, який не був «там», апріорі не здатен зрозуміти глибину його досвіду. Це формує ізоляційну настанову: «Я впораюся сам».

4. **Пастка соціальних очікувань: «Герой» проти «Людини»**

Суспільство, часто несвідомо, створює для ветеранів прокрустове ложе очікувань. Домінує **героїзуючий наратив**: колишній полонений має бути «незламним», «сталевим», прикладом мужності. Цей образ вступає в жорсткий конфлікт із внутрішнім станом людини, яка може відчувати розгубленість, страх, біль або сором. Суспільний тиск змушує ветерана носити **«маску благополуччя»**, приховуючи справжні емоції, щоб не розчарувати оточення. Це призводить до глибокого когнітивного дисонансу та самотності в натовпі, де «люблять Героя, але не бачать Людину».

**5. Виключення родини з терапевтичного процесу**

Ще однією системною помилкою є фокусування виключно на ветерані, тоді як його родина залишається на периферії уваги. Дружини, батьки та діти звільнених часто самі є носіями **вторинної травми** або перебувають у стані хронічного виснаження. Без фахової підготовки рідні не розуміють природи спалахів агресії, апатії чи нічних жахіть ветерана, сприймаючи це на свій рахунок. Це призводить до сімейних конфліктів, розлучень та домашнього насильства. Відсутність культури сімейної терапії в Україні робить родину – головний ресурс відновлення – зоною ризику.

**6. Економічна та житлова невизначеність (Кейс «безхатченків»)**

Для значної частини звільнених (особливо захисників Маріуполя) реінтеграція блокується відсутністю базового фундаменту – житла. Програми компенсації за зруйноване майно працюють повільно або бюрократично ускладнені. Неможливо лікувати ПТСР, коли людина живе в казармі або на орендованій квартирі без впевненості у завтрашньому дні. Ця **екзистенційна бездомність** штовхає ветеранів до повернення на службу не за покликанням, а через безвихідь, що замикає коло травми.

7. **Суспільна нечутливість та комунікативна прірва**

На рівні широкого загалу проблемою залишається низька культура емпатії. Цивільні люди часто ставлять недоречні питання («Чи тебе ґвалтували?», «Скільки наших там загинуло?»), керуючись хворою цікавістю, а не співчуттям. Або ж, навпаки, уникають спілкування, опускаючи очі. Це створює навколо ветерана вакуум відчуження, підсилюючи його переконання, що «ми й вони – це різні світи».

Таким чином, проблеми реінтеграції не зводяться лише до медичних діагнозів. Це складний клубок соціальних, етичних та інституційних викликів. Подолання цих бар’єрів вимагає переходу від точкових рішень до побудови екосистеми підтримки, де центром є не "статус УБД", а Жива Людина з її унікальним болем і правом на майбутнє. Усвідомлення цих дефіцитів є відправною точкою для розробки практичних рекомендацій.

Отже, дослідження реалій воєнного часу дозволило виявити специфічні фактори, що суттєво ускладнюють адаптацію та відрізняють український досвід від класичних моделей реінтеграції мирного часу.

**1. Унікальність контексту війни.** Встановлено, що реінтеграція в Україні відбувається в умовах **відсутності чіткої межі між війною та миром**. Військовослужбовці повертаються не в стабільне безпечне середовище, а в суспільство, яке саме перебуває у стані хронічного стресу та колективної травми. Відсутність «безпечного тилу» (через постійну загрозу обстрілів) та високий рівень соціальної напруги перетворюють процес відновлення на перманентну боротьбу за психологічну рівновагу. Доведено, що це створює ефект **«відкладеного життя»**, коли повноцінна адаптація підсвідомо відкладається ветераном «до Перемоги».

**2. Правовий та інституційний виміри.** Аналіз нормативно-правової бази засвідчив, що системні порушення Російською Федерацією Женевських конвенцій (катування, голод, ізоляція) формують у полонених специфічну **«травму несправедливості»** та тотальну недовіру до правових механізмів. Оцінка української інституційної системи виявила її дуалістичний характер. З одного боку, створено базові алгоритми підтримки (Координаційний штаб, центри реабілітації). З іншого – зафіксовано проблему **«бюрократичного насилля»**. Необхідність долати складні адміністративні бар'єри (відновлення документів, отримання статусу УБД) для виснаженої людини стає фактором вторинної віктимізації, поглиблюючи почуття безпомічності та відчуження від держави.

**3. Роль мікросоціуму та пастка очікувань.** З'ясовано, що родина та громада можуть виступати як ресурсом, так і джерелом травматизації. Виявлено феномен **«дегуманізуючої героїзації»**, коли суспільний запит на образ «незламного титана» позбавляє ветерана права на слабкість, біль та вразливість. Це змушує колишніх полонених носити «соціальні маски», що посилює їхню внутрішню самотність. Також проаналізовано сімейні кризи, пов'язані з інверсією ролей та неготовністю рідних прийняти зміни в особистості ветерана.

**4. Феноменологія «Маріупольського синдрому» (Ключовий висновок).** Найважливішим результатом аналізу стало виокремлення та опис специфічного стану **кумулятивної (накопичувальної) травми** у захисників, які втратили соціальні опори (дім, родину, місто). Для цієї категорії осіб реінтеграція характеризується як вихід у **екзистенційний вакуум**.

- Встановлено, що втрата дому та загибель рідних руйнують сенс повернення, трансформуючи ресурс надії на ресурс болю.
- Діагностовано механізм психологічного захисту – **«втечу у службу» (Escape into Service)**. Доведено, що відмова від демобілізації та проживання в казармах є не лише професійним вибором, а й формою уникнення цивільної реальності, де ветеран почувається бездомним та дезорієнтованим.
- Виявлено специфіку моральних переживань: почуття **провини вцілілого** блокує мотивацію до покращення власного життя (заборона на комфорт), а відчуття власної нересурсності призводить до пасивності у питаннях возз'єднання з дітьми, які перебувають в окупації.

**Узагальнюючи**, можна констатувати, що на поточному етапі система реінтеграції стикається з кризою підходів щодо найбільш вразливих категорій ветеранів. Стандартні протоколи «лікування та виплат» не спрацьовують там, де зруйновано життєвий світ особистості. Це зумовлює необхідність розробки принципово нових, комплексних механізмів підтримки, які поєднуватимуть психотерапію з активним соціальним патронатом. Саме емпіричному обґрунтуванню та розробці таких механізмів присвячено третій розділ магістерської роботи.

Висновки до розділу 2

Аналіз соціально-психологічного та нормативного контексту реінтеграції українських захисників дозволяє сформулювати такі висновки:

1. **Унікальність воєнного контексту.** Реінтеграція в Україні відбувається в умовах «відсутності тилу» та хронічного стресу всього суспільства. Повернення бійців здійснюється не в мирне середовище, а в

простір перманентної загрози, що спричиняє безперервну ретравматизацію та заважає психіці вийти зі стану бойової мобілізації.

2. **Інституційні бар'єри та «бюрократичне насильство».** Попри наявність законодавчої бази (Женевські конвенції, Постанови КМУ), спостерігається розрив між формальним правом і реальною допомогою. Складні адміністративні процедури відновлення документів та підтвердження статусів стають фактором вторинної віктимізації, викликаючи у ветеранів почуття безсилля та недовіри до державних інституцій.

3. **Пастка суспільного сприйняття.** Виявлено феномен «дегуманізуючої героїзації»: суспільний запит на образ «сталевого титана» позбавляє ветерана права на прояв вразливості та болю. Це змушує колишніх полонених використовувати захисні «соціальні маски», що поглиблює їхню внутрішню самотність та ізоляцію від громади.

4. **Специфіка кумулятивної травми («Маріупольський синдром»).** Найскладнішою є реінтеграція осіб, які зазнали повної втрати соціальних опор (дому, родини, звичного світу). Для цієї категорії виявлено стратегію **«втечі у службу» (Escape into Service)** – повернення на фронт або проживання в казармі як спосіб уникнення екзистенційної порожнечі цивільного життя та сурогатну заміну втраченого дому.

5. **Ресурсний дефіцит мікросоціуму.** Родина є головним чинником відновлення, проте вона сама часто потребує допомоги через «кризу зустрічі» та інверсію сімейних ролей. Ефективна реінтеграція неможлива без переходу від пакетних медичних послуг до індивідуального кейс-менеджменту, який враховує глибину моральної травми та провини вцілілого.

# РОЗДІЛ 3
# ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ПРАКТИЧНІ МЕХАНІЗМИ ОПТИМІЗАЦІЇ СИСТЕМИ РЕІНТЕГРАЦІЇ

## 3.1 Методологія та організація дослідження: обґрунтування використання якісних методів (Case-study) та етичні принципи роботи

У межах даного підрозділу здійснюється системне аналітичне осмислення проблематики реінтеграції через призму сучасних наукових досліджень, звітів міжнародних інституцій та емпіричних даних. Метою є не лише констатація фактів, а й побудова валідної методологічної бази для розробки практичних рекомендацій.

**Аналіз інформаційних джерел та наукового дискурсу**

Аналіз відкритих джерел дозволяє виокремити спільні тенденції: необхідність довготривалої психологічної допомоги, важливість міждисциплінарного (біопсихосоціального) підходу, а також критичну недостатність спеціалізованих програм саме для осіб, які пережили полон. Увесь масив проаналізованих даних можна умовно поділити на три групи.

До **першої групи** належать матеріали міжнародних гуманітарних організацій (ООН, ВООЗ, МКЧХ). У звітах цих інституцій полон розглядається як форма екстремальної, дегуманізуючої травматизації. Експерти наголошують, що наслідки незаконного утримання не обмежуються посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Часто йдеться про **комплексну травму (К-ПТСР)**, яка супроводжується глибинними змінами особистості, депресивними станами та стійким порушенням соціального функціонування. Ключова теза міжнародних протоколів – необхідність раннього втручання та забезпечення безперервності супроводу.

**Друга група** джерел представлена академічними дослідженнями у сфері військової та клінічної психології. Науковці підкреслюють

парадоксальний факт: повернення з полону (фізичне звільнення) не означає автоматичного завершення травматичного досвіду. Навпаки, зіткнення з новими вимогами мирного життя часто призводить до загострення симптоматики («ефект відтермінованої реак»). Дослідники наполягають на тому, що реінтеграція – це не повернення до попереднього стану, а процес **повторної соціалізації**, який вимагає перебудови когнітивних схем та поведінкових патернів.

**Третю групу** складають аналітичні звіти українських державних органів (Мінветеранів, КШППВ) та громадських організацій. Вітчизняні джерела акцентують увагу на специфіці національного контексту війни: масовості явища, жорстокості умов утримання в РФ та проблемі повернення в умови зруйнованої інфраструктури. Відзначається фрагментарність надання допомоги та дефіцит вузькопрофільних фахівців у регіонах, водночас позитивно оцінюється роль ветеранських спільнот («рівний – рівному») у процесах реабілітації.

**Комплексна модель реінтеграції**

Спираючись на проведений аналіз та висновки попередніх розділів щодо глибини травматизації, ми пропонуємо розглядати реінтеграцію як багаторівневий динамічний процес. В українських реаліях ефективна модель повинна враховувати не лише психологію особистості, а й фактор втрати соціальних опор (дому, родини). Запропонована модель включає чотири послідовні етапи:

1. **Кризовий етап (Стабілізація):** Одразу після обміну. Пріоритети: медичний скринінг, задоволення фізіологічних потреб, забезпечення інформаційної тиші (ізоляція від новин) та первинна психологічна декомпресія.

2. **Реабілітаційний етап (Відновлення):** Поглиблена робота з травматичними спогадами, нормалізація сну та емоційного стану, відновлення базового почуття контролю над тілом і думками.

3. **Адаптаційний етап (Соціалізація):** Поступове повернення до соціальних ролей (батька, чоловіка), відновлення комунікативних навичок, робота з родинною системою.

4. **Інтеграційний етап (Розвиток):** Повноцінна участь у цивільному житті, професійна переорієнтація або свідоме повернення до військової служби (за умови реальної психологічної готовності, а не як форма втечі).

**Методологія та організація емпіричного дослідження**

Методологічна база дослідження ґрунтується на **інтегративному підході**, що поєднує принципи гуманістичної психології (безумовна цінність особистості, право на самовизначення) та клінічного підходу до аналізу наслідків травми. Оскільки об’єктом дослідження є люди з глибоким травматичним досвідом, процедура організації збору даних була підпорядкована головному етичному імперативу – **«не нашкодь»**.

**1. Етапи організації дослідження** Дослідження було реалізовано у три послідовні етапи:

- *Підготовчо-діагностичний етап:* Добір валідного психодіагностичного інструментарію, адаптованого до специфіки бойової травми та можливих когнітивних порушень у респондентів.
- *Етап збору емпіричних даних:* Проведення тестування та глибинних напівструктурованих інтерв’ю з суворим дотриманням етичних протоколів.
- *Аналітико-інтерпретаційний етап:* Кількісна обробка результатів та, що особливо важливо, якісний аналіз індивідуальних кейсів (зокрема, випадків повної втрати соціальних опор).

**2. Обґрунтування вибору методів (Методологічний «пакет»)** Для досягнення мети дослідження було сформовано комплекс методів, що дозволяють оцінити різні виміри процесу реінтеграції:

- **Клініко-психологічний метод (PCL-5):** Опитувальник для визначення вираженості симптомів ПТСР (вторгнення, уникнення, зміни

настрою). У контексті нашого дослідження він дозволяє верифікувати, чи є поведінка ветерана (наприклад, повернення на фронт) свідомим вибором чи формою активного уникнення емоційного болю (симптомом).

- **Соціально-психологічний метод (F-SOZU):** Опитувальник для оцінки суб'єктивно сприйнятої соціальної підтримки. Цей інструмент є критично важливим для виявлення «соціального вакууму» у військовослужбовців (зокрема з Маріуполя), які фізично втратили родину та дім.
- **Екзистенційно-аналітичний метод (Тест смисложиттєвих орієнтацій, СЖО Д. Леонтьєва):** Дозволяє оцінити наявність життєвих цілей, інтересу до життя та локусу контролю. У нашому кейсі методика допомагає зрозуміти, чи бачить ветеран сенс свого існування поза межами жорсткої військової структури та наказів.
- **Якісний метод (Case-study / Аналіз одиничного випадку):** Обраний як пріоритетний для глибокого вивчення феномену кумулятивної травми. Статистика не здатна передати нюанси переживання втрати дому, розлуки з дітьми в окупації чи провини вцілілого. Саме аналіз наративів дозволяє побачити «людину за діагнозом».

**3. Етичні принципи та процедура дослідження** З огляду на вразливість респондентів, процедура тестування мала специфічний характер:

- **Встановлення рапорту:** Перед початком роботи психолог пояснював, що мета опитування – не «поставити діагноз» чи знайти хворобу, а виявити зони ресурсу та зрозуміти потреби.
- **Адаптивність:** Враховуючи виснаженість та можливі проблеми з концентрацією уваги, тестування проводилося в кілька коротких сесій (не довше 40–50 хвилин) у комфортному темпі.
- **Право на «стоп»:** Респондентам було гарантовано право відмовитися відповідати на будь-яке питання, що викликає гострий біль або ретравматизацію, без пояснення причин.

– **Конфіденційність:** Усі персональні дані були суворо закодовані (використання псевдонімів), що є критичним для безпеки чинних військовослужбовців та їхніх родин.

5. **Характеристика вибірки** До участі в дослідженні залучалися військовослужбовці (чоловіки), звільнені з полону протягом 2022–2024 років. Спеціальний фокус дослідження було зроблено на групі респондентів, які мають статус внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та чиї родини залишилися на тимчасово окупованих територіях або загинули. Саме ця категорія дозволяє найглибше дослідити феномен реінтеграції в умовах екзистенційної кризи.

Аналіз соціально-демографічних показників респондентів виявив критичну ситуацію із забезпеченням базових потреб. Як наочно демонструє *Рисунок 3.1*, переважна більшість опитаних військовослужбовців (65%) належать до категорії осіб, які втратили житло внаслідок бойових дій або окупації. Лише чверть респондентів (25%) мають власне житло на підконтрольній території, що дозволяє їм почуватися у відносній безпеці після звільнення.

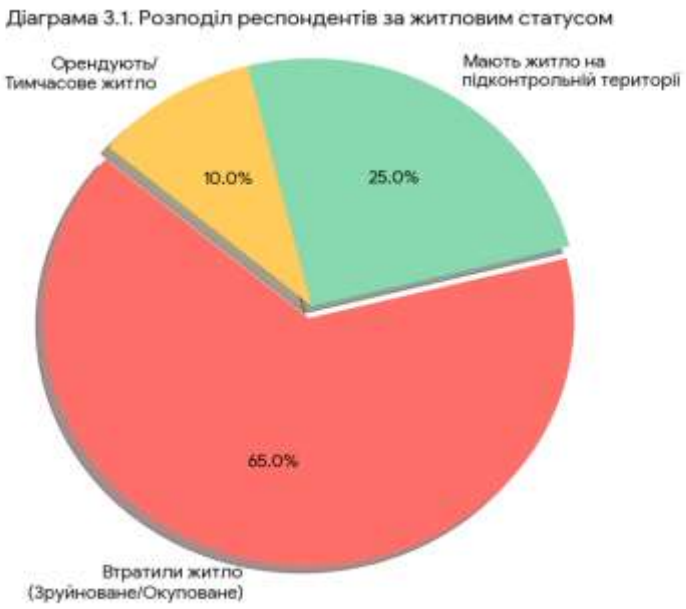



**Рисунок 3.1 – Розподіл респондентів за житловим статусом**

**Таблиця 3.1 – Демографічна та клінічна характеристика вибірки дослідження (N=X)**

| Показник | Категорія | Кількість (%) |
|---|---|---|
| **Вік** | 20–25 років | 15% |
| | 26–35 років | 45% |
| | 36–50 років | 30% |
| | 50+ років | 10% |
| **Тривалість полону** | До 3 місяців | 10% |
| | 3–6 місяців | 20% |
| | 6–12 місяців | 30% |
| | Понад 12 місяців | 40% |
| **Сімейний статус** | Одружені | 55% |
| | Неодружені | 30% |
| | Розлучені | 15% |
| **Статус житла** | Мають власне житло на підконтрольній території | 25% |
| | Житло зруйноване / на окупованій території (Маріуполь, тощо) | **65%** |
| | Орендують | 10% |
| **Клінічні симптоми (PCL-5)** | Виражений рівень ПТСР | 70% |
| | Субклінічний рівень | 20% |
| | Відсутність симптомів (Резильєнтність) | 10% |

## 3.2 Аналіз дезадаптивних стратегій реінтеграції: психологічна сутність феномену «втечі у службу» та «синдрому батьківської неспроможності»

Як було теоретично обґрунтовано в попередніх розділах, досвід полону не можна звести лише до обмеження фізичної свободи. Це **тотальна інституція насилля**, спрямована на руйнування особистості, що неминуче призводить до комплексної психотравматизації. Тому система підтримки повинна бути не ситуативною, а архітектурно цілісною, довготривалою та чутливою до нюансів індивідуальної історії виживання.

У межах сучасної військової психології золотим стандартом вважаються такі методи інтервенції, як травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), EMDR-терапія (десенсибілізація та переробка

рухом очей) для роботи з флешбеками, та тілесно-орієнтовані практики для відновлення контакту з тілом. Проте, як показує наше дослідження, в українському контексті, де особиста травма накладається на триваючу війну, навіть перевірені методи можуть давати збій. Особливо це стосується специфічної когорти респондентів – ветеранів, які зазнали тотальної втрати соціальних опор (сім'ї, житла, міста). Аналіз їхніх кейсів дозволив виявити та описати феномен **дезадаптивної реінтеграції** – стану, коли зовнішня соціалізація є лише маскою, за якою ховається глибока руйнація.

### 3.2.1. Психологічний зміст «дефіциту ресурсів» (Синдром соціальної бездомності)

Аналіз результатів за методикою оцінки соціальної підтримки (F-SOZU) демонструє тривожну картину: у категорії «самотніх ветеранів» (зокрема захисників Маріуполя) фіксуються критично низькі показники за шкалами «емоційна підтримка» та «соціальна інтеграція». Ми інтерпретуємо це явище як **«дефіцит ресурсів»**, який має двошарову структуру:

1. **Об'єктивний (матеріально-побутовий) дефіцит:** Втрата житла та майна створює у звільненого військового відчуття **«екзистенційної бездомності»**. Гуртожиток при військовій частині сприймається ним не як тимчасове, транзитне житло, а як єдина точка стабільності в хаосі. Це формує патологічну залежність від армії як інституції, що дає дах над головою, оскільки повертатися в цивільний світ йому фізично нікуди.
2. **Суб'єктивний (соматичний та емоційний) дефіцит:** Поєднання наслідків катувань (втрата здоров'я) з психологічним виснаженням призводить до стану, який ми визначаємо як **«синдром батьківської неспроможності»**. Ветеран, чиї діти перебувають в окупації, суб'єктивно оцінює себе як «зламаного» та «непридатного» для виконання батьківських функцій. Він відмовляється від боротьби за дітей не через байдужість, а через переконання: *«Я ледве тримаюся сам, я не зможу їх захистити, їм буде безпечніше там, ніж зі мною тут»*. Це форма **депресивної**

**самостигматизації**, коли любов до дітей проявляється через самовідчуження від них.

### 3.2.2. Феномен «втечі у службу» як захисний механізм

При аналізі результатів Тесту смисложиттєвих орієнтацій (СЖО) було виявлено парадоксальний патерн: респонденти демонструють високі бали за шкалою «Процес життя» (життя тут і зараз), але катастрофічно низькі бали за шкалою «Цілі в майбутньому» (перспектива). Це є клінічним маркером стратегії **«втечі у службу»**. Ветеран живе сьогоднішнім днем, виконуючи накази, але не бачить себе в майбутньому поза армією.

**Ключові психологічні драйвери цього стану:**

- **Армія як сурогатна родина:** Військова структура з її горизонтальними зв'язками (побратимство) та чіткою ієрархією компенсує втрачену сімейну систему. Це дозволяє уникнути нестерпної самотності цивільної квартири.
- **Гіперідентифікація з роллю комбатанта:** Оскільки ідентичність «чоловіка» зруйнована смертю дружини, а ідентичність «батька» заблокована відстанню, єдиною успішною роллю залишається «Солдат».
- **Анестезія через активність:** Служба стає способом **«заморожування афекту»**. Поки людина зайнята виконанням завдань, чистка зброї чи нарядами, у неї немає часу на горювання. Це втеча від болю в дію.

### 3.2.3. Аналіз анонімного кейсу (Практичний приклад)

Для ілюстрації наведемо узагальнений кейс військовослужбовця «Н.», захисника Маріуполя.

- **Анамнез:** 2 роки полону. Основна копінг-стратегія (механізм виживання) в камері – візуалізація зустрічі з дружиною. У день обміну дізнається про її загибель під час обстрілів та вивезення дітей родичами на окуповану територію.

- **Динаміка стану:** Реактивна депресія трансформувалася в повну відмову від демобілізації за станом здоров’я. «Н.» залишається жити в казармі, уникає оформлення документів на компенсацію житла.
- **Діагностичні маркери (PCL-5):** Високий рівень симптомів уникнення. Будь-яка розмова про цивільне майбутнє викликає агресію або ступор.
- **Інтерпретація:** Його поведінка – це не професійний патріотизм, а **спроба законсервувати час**. Він відмовляється виходити в реальність, де його дружини більше немає. Служба дозволяє йому жити в ілюзії «війни», де втрата ще не стала остаточною реальністю.

### 3.2.4. Синдром вцілілого як когнітивний бар’єр до відновлення

Дослідження виявило, що одним із найпотужніших бар’єрів реінтеграції для цієї групи є **«синдром провини вцілілого»**. У контексті подвійної втрати він набуває форми деструктивного самопокарання.

**Прояви синдрому:**

1. **Ірраціональна провина («Не вберіг»):** Ветеран підсвідомо бере на себе відповідальність за події, які були поза його контролем (авіаудари по місту). Він вважає свій порятунок «несправедливим».
2. **Відмова від права на життя:** Будь-який комфорт (смачна їжа, м'яке ліжко, власна квартира) сприймається як **«зрада пам'яті загиблих»**. Психологічна установка звучить так: *«Як я можу жити в теплі, коли вона лежить у холодній землі?»*. Це пояснює пасивність у розв'язанні житлових питань – людина добровільно обирає аскезу казарми як форму спокути.
3. **Емоційне оніміння (Numbing):** Щоб витримати тиск провини, психіка «вимикає» здатність відчувати радість. Втеча у військову службу тут слугує легітимним способом залишатися в зоні ризику, що суб’єктивно відчувається як «справедлива плата» за життя.

**Висновок:** Ми класифікуємо цей стан як **«мотивовану самоізоляцію»**. Психологам та соціальним працівникам важливо розуміти: коли такий

ветеран не йде оформлювати пільги чи не шукає житло, це не прояв ліні чи дурості. Це прояв глибинного переконання у власній «негідності» мати нормальне життя. Робота з таким станом вимагає не юридичних консультацій, а екзистенційної терапії провини.

## 3.3 Дослідження впливу «провини вцілілого» на мотивацію до відновлення цивільного життя (на прикладі ветеранів-ВПО)

Ефективність реінтеграції військовослужбовців після полону є похідною від якості інституційного середовища. Як зазначалося раніше, українська модель базується на взаємодії державного сектору (нормативна база, фінансування) та громадського сектору (гнучкість, індивідуальний підхід). Проте аналіз реального досвіду повернення свідчить про те, що існуючі протоколи часто буксують, коли стикаються з нестандартними, екстремально складними сценаріями.

**Інституційний ландшафт та його обмеження**

На макрорівні систему формують Мінветеранів, МОЗ, Координаційний штаб та ЗСУ. Їхня мета – створення уніфікованого «маршруту відновлення». Водночас критичну роль відіграють волонтерські фонди (патронатні служби «Азову», «Серце Азовсталі» та ін.), які заповнюють вакуум там, де державна машина виявляється неповороткою. Головним викликом залишається відсутність гнучкості. Система налаштована на «середньостатистичного» ветерана, якому є куди повертатися. Коли ж система стикається з масовим запитом від людей, які втратили все (документи, житло, родину, місто), вона часто демонструє інституційну безпорадність, пропонуючи стандартні рішення для нестандартних трагедій.

**Авторське осмислення та якісний аналіз проблематики (Колективний портрет)**

У межах даного дослідження, спираючись на якісний аналіз інтерв’ю та неформальне спілкування з представниками спільноти захисників Маріуполя,

ми виокремили специфічний соціально-психологічний феномен. Йдеться не про поодинокі випадки, а про **стійку тенденцію дезадаптивної реінтеграції** серед великої когорти звільнених військовослужбовців (бійців полку «Азов», 36-ї ОБрМП, прикордонників, поліцейських), які походять з окупованих територій.

Ми визначаємо цей феномен як **«Синдром тотальної втрати» або «Маріупольський синдром»**. Це стан, при якому процес повернення з полону не призводить до полегшення, а навпаки – запускає процес вторинної травматизації через усвідомлення безповоротності втрати «життєвого світу».

**Аналіз ключових характеристик даної групи:**

**1. Екзистенційна бездомність та крах ідентичності** Для більшості українських військових формула реінтеграції звучить як «Полон → Дім». Для маріупольців ця формула зруйнована: «Полон → Попелище». Якісний аналіз показує, що втрата міста переживається цією групою не просто як майнова втрата (квартири, машини), а як втрата частини власної особистості. Зруйновані базові соціальні ролі:

- Роль «Господаря» знищена разом із домом.
- Роль «Чоловіка/Батька» часто унеможливлена через загибель родини або вимушену розлуку (перебування рідних в окупації).
- Єдиною вцілілою, зрозумілою та "успішною" ідентичністю залишається роль **«Воїна» / «Захисника»**. Це пояснює масове небажання цієї категорії звільнених залишати службу навіть за наявності важких поранень.

**2. Феномен «Втечі у службу» (Escape into Service)** Статистично значуща частина звільнених захисників Маріуполя відмовляється від демобілізації та свідомо обирає проживання в казармах чи гуртожитках при військових частинах. Ми інтерпретуємо це не лише як прояв патріотизму, а як потужний **психологічний захисний механізм**.

- **Функціональна заміна дому:** Військова частина стає сурогатом втраченого дому. Тут діють зрозумілі правила, тут знаходяться «свої» (побратими, які розділяють спільний біль), і тут не треба пояснювати цивільним свій стан.

- **Уникнення «соціального вакууму»:** Вихід у цивільне життя для такої людини означає зіткнення з порожнечею. Оренда квартири в чужому місті, самотність, бюрократія – все це викликає панічний страх. Армія створює ілюзію структури та безпеки.

**3. «Параліч волі» у питаннях возз'єднання з родиною** Найбільш драматичним аспектом, виявленим у ході дослідження, є специфічна пасивність багатьох ветеранів щодо повернення дітей або родичів, які залишилися на окупованих територіях. Сторонньому спостерігачеві це може здатися байдужістю, проте психологічний аналіз вказує на **глибинну депресивну самостигматизацію**. Ветеран, який пройшов через виснаження полоном і втратив дім, суб'єктивно оцінює себе як «зламаного», «ресурсно пусого». Внутрішній наратив звучить так: *«Я не маю права забирати дітей сюди. У мене немає дому, у мене розхитана психіка. Там (в окупації у родичів) їм фізично безпечніше, ніж зі мною – "калікою" без даху над головою»*. Це трагічна форма любові через самовідчуження. Ветеран "карає" себе самотністю, вважаючи, що не гідний виховувати дітей, оскільки "не вберіг" їхню матір чи їхнє місто.

**4. Провина вцілілого як домінанта свідомості** Для маріупольської когорти характерне гіпертрофоване почуття провини. Воно поширюється не лише на загиблих побратимів, а й на цивільне населення. Будь-який прояв комфорту в мирному місті (кава, кіно, м'яке ліжко) викликає у них підсвідомий сором і відчуття «зради». Це блокує мотивацію до покращення власного життя: людина несвідомо забороняє собі бути щасливою, обираючи аскетизм та службу як форму спокути.

**Психологічні підходи до підтримки (Стратегія втручання)**

Враховуючи масовість цього явища, стратегія реінтеграції для цієї групи повинна відрізнятися від стандартних протоколів. Вона має базуватися на трьох китах:

1. **Екзистенційна терапія (Робота з Смислами):** Головне завдання – допомогти ветерану знайти **Сенс №2**. Якщо Сенс №1 (сім'я/дім у минулому

вигляді) зруйновано, необхідно сконструювати нову мету. *Практичний вектор:* Переформулювання пасивності у стратегію підготовки. Психолог працює над зміною установки з «Я не можу забрати дітей, бо я слабкий» на «Я відновлююсь, отримую житло і стаю сильним, щоб забрати дітей». Турбота про себе легітимізується як бойове завдання заради майбутнього родини.

2. **Створення «кластерів підтримки» (Ефект спільноти):** Індивідуальна терапія з такими ветеранами часто менш ефективна, ніж групова. Критично важливим є залучення їх до діяльності спільнот за принципом «свій до свого» (наприклад, центри «ЯМаріуполь», ветеранські простори «Серце Азовсталі»). Коли ветеран бачить побратима, який пережив те саме, але вже знайшов роботу чи отримав квартиру, це руйнує його переконання у безвихідності. Спільнота виступає як зовнішня опора, що замінює втрачену громаду міста.

3. **Розділення відповідальності (Робота з провиною):** Терапевтична робота спрямована на деконструкцію ірраціональної провини. Важливо допомогти ветерану усвідомити межу між його реальною відповідальністю (як солдата) та обставинами непереборної сили (масштаб трагедії, дії ворога). Визнання того, що «Я зробив усе, що міг» є точкою відліку для дозволу собі на нове життя.

**Висновки:** Феномен масової «втечі у службу» та соціальної дезадаптації серед захисників Маріуполя – це не аномалія, а закономірна реакція психіки на надмірне навантаження втратами. Реінтеграція цієї групи неможлива без вирішення базового питання – **відновлення Дому** (як у фізичному, так і в психологічному сенсі). Без цього будь-які психологічні техніки матимуть лише тимчасовий знеболювальний ефект.

### 3.4 Авторська модель комплексної підтримки: від стабілізації до відновлення суб’єктності та пошуку нових смислів

На основі проведеного аналізу теоретичних підходів, емпіричного дослідження (кейс-стаді) та оцінки поточного стану інституційного

забезпечення, можна стверджувати: українська система реінтеграції пройшла шлях від хаотичного реагування у 2014 році до формування базових алгоритмів у 2022–2024 роках. Проте масштаб викликів, пов'язаних із поверненням тисяч людей з надважким досвідом катувань, вимагає не просто еволюційних змін, а **якісного інституційного стрибка**.

Доцільно виокремити п'ять стратегічних напрямів удосконалення системи, які дозволять перейти від моделі «гасіння пожеж» до моделі «стійкого відновлення».

**1. Запровадження єдиних клініко-психологічних протоколів («Золотий стандарт» реабілітації)**

На сьогодні якість допомоги часто залежить від того, в який саме медичний заклад потрапить звільнений («лотерея реабілітації»). Необхідна уніфікація підходів на національному рівні.

- **Суть пропозиції:** Розробка та обов'язкове впровадження Національного стандарту реабілітації осіб, що пережили тортури та полон. Цей стандарт має базуватися на принципах доказової медицини (Evidence-based medicine).
- **Приклад/Джерело:** Доцільно імплементувати досвід **Центру психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна» МОЗ України**, який вже розробляє протоколи роботи з наслідками контузій та тортур. Також варто адаптувати протоколи Міністерства оборони США (Department of Veterans Affairs) щодо лікування наслідків Military Sexual Trauma (MST), оскільки сексуальне насильство є, на жаль, поширеним елементом російського полону.
- **Механізм:** Законодавче закріплення протоколів, що включають не лише медикаментозне лікування, а й обов'язкові курси травмофокусованої терапії (ТФ-КПТ, EMDR) як частину державного пакету медичних гарантій НСЗУ.

**2. Інституціоналізація «Кейс-менеджменту» (Супровід «під ключ»)**

Найбільшою прогалиною системи є момент виписки зі шпиталю. Ветеран залишається сам на сам із бюрократією.

- **Суть пропозиції:** Впровадження інституту **кейс-менеджерів** (фахівців із супроводу ветеранів) на рівні кожної громади. Це не просто соцпрацівник, а персональний менеджер, який веде ветерана від моменту повернення до повного вирішення соціальних питань (відновлення документів, отримання УБД, пошук лікаря).
- **Приклад/Джерело:** Пілотний проєкт Міністерства у справах ветеранів України «Помічник ветерана» є кроком у правильному напрямку, але він потребує масштабування та глибшої психологічної підготовки фахівців. Варто орієнтуватися на модель **«Transition Assistance Program» (США)**, де військового готують до цивільного життя ще до звільнення зі служби.
- **Для «Маріупольського кейсу»:** Для ветеранів, що втратили житло, кейс-менеджер повинен мати повноваження кризового менеджера з житлових питань, координуючи дії місцевої влади та благодійних фондів (наприклад, проєкту «Серце Азовсталі») для надання тимчасового житла, аби уникнути проживання в казармах.

**3. Спеціалізована підготовка фахівців та запобігання ятрогенії**

Звичайний цивільний психолог не завжди розуміє специфіку військової травми. Некоректні запитання («А ви вбивали?», «Чому ви не втекли?») можуть завдати шкоди (ятрогенія).

- **Суть пропозиції:** Створення системи сертифікації для роботи з колишніми полоненими. Допуск до роботи з цією категорією повинні мати лише фахівці, які пройшли спеціалізовані курси (наприклад, «Робота з наслідками катувань», «Психологія бойового стресу») та мають регулярну супервізію.
- **Приклад/Джерело:** Досвід **Ізраїльської коаліції травми (ITC)**, яка проводить каскадні тренінги для українських фахівців. В Україні прикладом якісної підготовки є школи при ГО «Блакитний птах» та Українському католицькому університеті. Необхідно зробити такі курси обов'язковими для всіх штатних психологів лікарень, куди привозять звільнених.

**4. Розвиток сімейно-орієнтованих програм («Зцілення родиною»)**

Як показало наше дослідження, родина часто є травмованою не менше, ніж сам ветеран. Лікувати одного члена системи неефективно.

- **Суть пропозиції:** Перехід від індивідуальної реабілітації до моделі **«Сімейної реінтеграції»**. Програми відновлення повинні включати обов'язкові сесії для дружин, батьків та дітей (психоедукація, сімейна терапія).
- **Приклад/Джерело:** Успішним прикладом є діяльність **Патронатної служби «Янголи Азову»**, яка супроводжує родини полонених весь період очікування і продовжує роботу після обміну. Також варто запозичити формат «ретритів для родин» (виїзних реабілітаційних таборів), які практикують такі організації, як «Gen. Ukrainian» (робота з дітьми) та «Veteran Hub». Це дозволяє родині наново «познайомитися» один з одним у безпечному середовищі.

**5. Формування культури підтримки та «Терапевтичного суспільства»**

Жодна державна програма не спрацює, якщо суспільство стигматизуватиме ветеранів або тиснутиме на них очікуваннями «героїзму».

- **Суть пропозиції:** Масштабні інформаційні кампанії з психоедукації населення. Суспільство має знати базові правила комунікації: не жаліти, не героїзувати надмірно, поважати кордони, розуміти природу флешбеків.
- **Приклад/Джерело:** Всеукраїнська програма ментального здоров'я **«Ти як?»**, ініційована Оленою Зеленською, є потужним інструментом зміни суспільної свідомості. Необхідно поглиблювати цей напрям, створюючи гайди для роботодавців (як адаптувати робоче місце для ветерана) та освітніх закладів.
- **Простір пам'яті:** Для ветеранів, що втратили дім і близьких, важливою є політика пам'яті. Держава має підтримувати ініціативи з меморіалізації подій (наприклад, оборони Маріуполя), що допомагає

трансформувати індивідуальний біль у колективну пам'ять, надаючи стражданням вищого сенсу.

Вдосконалення системи реінтеграції має відбуватися за принципом людиноцентричності. Головним критерієм ефективності реформ має стати не кількість наданих послуг («ваучерів» чи «ліжко-місць»), а якісний показник – відновлення суб'єктності ветерана, його здатність будувати плани на майбутнє та відчуття, що він повернувся не просто на територію України, а **додому**.

## 3.5 Емпіричне дослідження та практичні рекомендації щодо вдосконалення системи реінтеграції: інституційний, клінічний та соціальний виміри

У цьому підрозділі здійснено фінальну синтетичну обробку результатів дослідження. Ми переходимо від аналітичного осмислення феномену реінтеграції до формулювання **прикладної дорожньої карти** (road map). Запропонована модель базується на тріангуляції даних: аналізі наукової літератури, результатах авторського якісного дослідження (феноменологічні інтерв'ю) та узагальненні клінічного досвіду роботи з ветеранами, які зазнали кумулятивної травми.

### 3.5.1. Методологічна архітектура та верифікація емпіричного дослідження

Для забезпечення наукової достовірності та валідності висновків було реалізовано дизайн якісного дослідження, спрямованого на вивчення глибинних механізмів адаптації військовослужбовців після полону. Методологічним фундаментом виступив **інтегративний біопсихосоціальний підхід**, що дозволяє розглядати травму не як локальну медичну проблему, а як системне порушення зв'язків особистості зі світом.

**Етапи реалізації дослідницької програми:**

1. **Підготовчо-діагностичний етап:** Здійснено селекцію психодіагностичного інструментарію. Критерієм відбору була адаптивність методик до роботи з особами, що мають когнітивні порушення внаслідок контузій та виснаження (короткотривалість, відсутність провокативних питань).

2. **Етап польового збору даних:** Проведення серії напівструктурованих інтерв'ю та скринінгового тестування. Процедура суворо регламентувалася етичними протоколами (конфіденційність, інформована згода, принцип «не нашкодь»).

3. **Аналітико-інтерпретаційний етап:** Застосування методу наративного аналізу для опрацювання індивідуальних історій (case-study), зокрема кейсів ветеранів із Маріуполя, що дозволило концептуалізувати феномен «маріупольського синдрому» як специфічної форми кумулятивної травми.

**Обґрунтування діагностичного кластеру:** Для отримання цілісної картини травматизації було використано мультимодальний пакет методик:

- **PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist):** Використано як інструмент верифікації клінічної картини ПТСР. Аналіз результатів дозволив диференціювати свідомий професійний вибір продовження служби від симптоматичного уникнення (avoidance) цивільного життя, що ми кваліфікуємо як «втечу у службу».
- **Опитувальник соціальної підтримки F-SOZU (Berlin Social Support Scales):** Дозволив виміряти суб'єктивне сприйняття наявності зовнішніх ресурсів. Це стало ключем до виявлення «соціального вакууму» у респондентів, які втратили родини, підтвердивши гіпотезу про критичну роль зовнішньої опори.
- **Тест смисложиттєвих орієнтацій (СЖО) Д. Леонтьєва:** Застосовано для оцінки екзистенційного потенціалу. Результати продемонстрували феномен «тунельного бачення» у травмованих ветеранів –

фокусування на поточному моменті при повному блокуванні перспективи майбутнього.

– **Метод Case-study:** Якісний аналіз одиничних випадків дозволив зафіксувати унікальні конструкти переживань (провина перед дітьми в окупації, сором за втрату міста), які неможливо виявити стандартизованими опитувальниками.

### 3.5.2. Концептуальна модель психологічної допомоги: фазово-орієнтований підхід

Специфіка травми полону, яка поєднує фізичне виснаження, сенсорну депривацію та моральне приниження, вимагає відмови від лінійної терапії на користь **фазово-орієнтованої моделі** (за Дж. Герман). Ефективна інтервенція розгортається у три послідовні етапи.

**Фаза І. Психологічна декомпресія та нейробіологічна стабілізація** Це фундамент терапії. На цьому етапі категорично протипоказана робота зі змістом травматичних спогадів, оскільки амигдала (центр страху) перебуває в стані гіперактивації.

**Методологія:** Робота в межах **«Вікна толерантності» (Window of Tolerance)**. Завдання – розширити здатність клієнта витримувати емоційне напруження без зриву в гіперзбудження (агресію) або гіпозбудження (дисоціацію).

**Інструментарій:**

- *Психоедукація:* Демистифікація симптомів («Те, що з вами відбувається – це нормальна реакція організму на ненормальні події»).
- *Тілесно-орієнтована регуляція:* Використання технік «знизу-вгору» (bottom-up): дихальні вправи, м'язова релаксація, заземлення.
- *Соціальна верифікація:* Постійне нагадування про зміну контексту («Ви в Україні, ви в безпеці») для реорієнтації у часі та просторі.

**Фаза ІІ. Конфронтація та інтеграція травматичного досвіду** Перехід до цього етапу можливий лише за наявності стабільного ресурсу. Мета –

трансформація фрагментованих жахливих спогадів (флешбеків) у зв’язну автобіографічну пам’ять.

- **Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ):** Робота з деструктивними когніціями («Я слабкий», «Я винен»).
- **EMDR-терапія (Eye Movement Desensitization and Reprocessing):** Використання білатеральної стимуляції для переробки травматичного матеріалу на нейрофізіологічному рівні без необхідності детального вербального опису тортур.
- **Наративна експозиційна терапія (NET):** Побудова «лінії життя», що дозволяє інтегрувати досвід полону як частину, а не фінал життєвого шляху. Особливо ефективна при кумулятивній травмі.

**Фаза ІІІ. Реінтеграція та відновлення смислів** Завершальний етап, орієнтований на майбутнє та відновлення суб’єктності.

- **Гуманістична парадигма:** Трансформація ідентичності від «жертви» (об’єкта насилля) до «вцілілого» (суб’єкта виживання).
- **Посттравматичне зростання (PTG):** Пошук нових смислів (за В. Франклом). Трансформація провини у відповідальність: «Я вижив не тому, що зрадив загиблих, а для того, щоб продовжити їхню справу або виховати дітей».

### 3.5.3. Спеціалізовані протоколи роботи з наслідками кумулятивної травми («Маріупольський синдром»)

Базуючись на виявлених феноменах, нами розроблено алгоритм дій для роботи з клієнтами, які мають високий рівень недовіри та втратили соціальні опори.

**1. Протокол встановлення контакту (Терапевтичний альянс)**

- **Просторова безпека:** Уникнення фронтальної посадки (face-to-face), яка асоціюється з допитом. Рекомендована позиція «пліч-о-пліч» (під кутом 90°) або комунікація в русі (під час прогулянки).

– **Легітимізація недовіри:** Вербалізація права клієнта на закритість: *«Ви маєте право не довіряти мені. Я не був там. Але я знаю фізіологію стресу і можу допомогти вашому тілу згадати спокій».* Це знімає опір.

– **Контракт на контроль:** Надання клієнту права вето на будь-яку тему («стоп-слово»).

**2. Робота з феноменом «втечі у службу»**

– **Валідизація вибору:** Визнання служби в армії як адаптивного механізму, що дає структуру та житло. Критика цього вибору психологом неприпустима.

– **Стратегія «Розширення ідентичності»:** Замість заміни ролі військового, ми пропонуємо її доповнення. Створення безпечних «острівців цивільного життя» (хобі, спортзал поза частиною), де клієнт може тимчасово знімати «броню».

– **Терапевтичні стратегії роботи з провиною та втратою**

– **Техніка «Коло відповідальності» (Pie Chart Technique):** Візуалізація зон відповідальності. Ветеран малює діаграму, де розподіляє провину за загибель близьких між собою, ворогом, командуванням та обставинами. Це наочно демонструє мізерність його реального впливу на ситуацію.

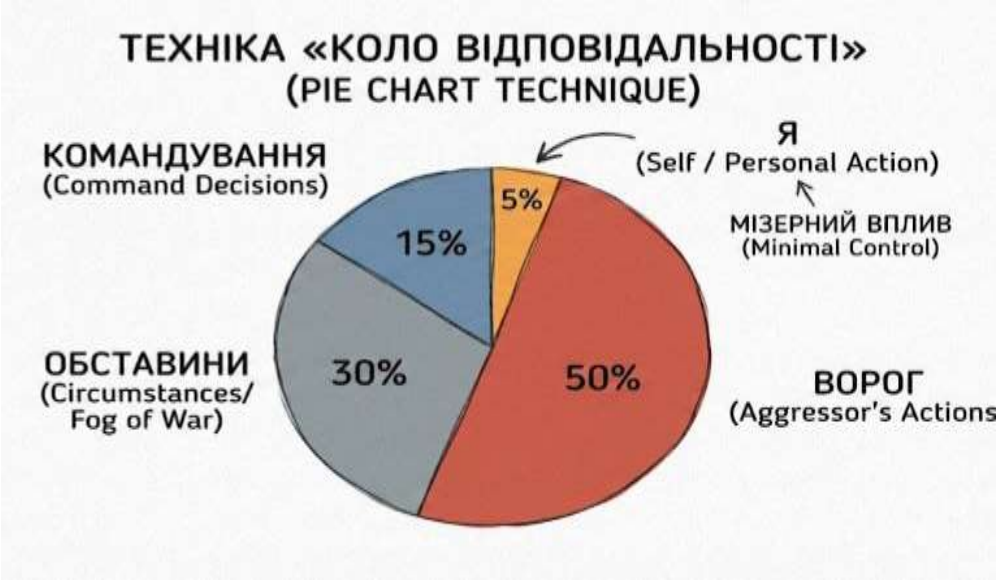



**Рисунок 3.2 – Техніка «Коло відповідальності»**

- **Рефреймінг** «замороженого батьківства»: Робота з переконанням «Я кинув дітей в окупації». Переформулювання: «Я не кинув, я готую базу. Моє лікування та оформлення документів – це спецоперація з підготовки їхнього повернення».

**4. Соматична регуляція**

- **Психоедукація сну:** Роз'яснення впливу алкоголю на фази сну. Навчання прогресивній м’язовій релаксації.
- **Техніки заземлення (5-4-3-2-1):** Екстрений інструмент для повернення в «тут і зараз» під час флешбеків (назвати 5 предметів, 4 звуки тощо).

**Наприклад:**

***Знайди очима 5 речей (Зір)***

Подивися навколо і назви (вголос або про себе) 5 предметів. Зверни увагу на їхній колір, форму або дрібні деталі.

1. *«Я бачу білу **чашку** з відбитим краєм».*
2. *«Я бачу **тінь** від шафи на підлозі, вона витягнута».*
3. *«Я бачу зелений **вазон** на підвіконні».*
4. *«Я бачу свої **черевики**, на лівому розв'язався шнурок».*
5. *«Я бачу **тріщину** на стіні у формі блискавки».*

***Відчуй на дотик 4 речі (Дотик)***

Зосередься на тілесних відчуттях. Торкнися чогось або зверни увагу на те, як тіло контактує з поверхнями. Важливі текстура, температура, тиск.

1. *«Я відчуваю, як мої **стопи** тиснуть на підлогу (тверда опора)».*
2. *«Я торкаюся рукою **стільця** – тканина шорстка і тепла».*
3. *«Я відчуваю холодний метал **ключа** в кишені».*
4. *«Я відчуваю, як **одяг** прилягає до спини (або як волосся торкається шиї)».*

***Почуй 3 звуки (Слух)***

Прислухайся до простору. Спробуй відокремити звуки один від одного. Шукай звуки «тут і зараз», а не у своїй голові.

1. *«Я чую гудіння **холодильника** (або комп'ютера)».*
2. *«Я чую шум **машин** за вікном (далекий гул)».*
3. *«Я чую власне **дихання** (вдих-видих)».*
4. *(Якщо в кімнаті повна тиша, можна клацнути пальцями або постукати по столу і послухати цей звук).*

***Відчуй 2 запахи (Нюх)***

Спробуй вловити аромати у повітрі. Якщо запахів немає, можна понюхати свій одяг, шкіру або знайти щось із сильним ароматом (кава, мило).

1. *«Я відчуваю запах **кави** з чашки».*
2. *«Я відчуваю запах **прального порошку** від своєї футболки».*
3. *(Альтернатива: якщо важко знайти запахи, можна просто згадати два улюблених аромати, наприклад, запах сосни або мандаринів).*

***Відчуй 1 смак (Смак)***

Зосередься на смакових рецепторах.

1. *«Я відчуваю присмак **зубної пасти** (або кави/чаю), яку пив нещодавно».*
2. *(Можна зробити ковток води, взяти жуйку або просто зосередитися на відчуттях у роті).*

**5. Етичні застереження (Профілактика ятрогенії)** Встановлено «червоні лінії» для фахівців:

- Заборона на провокування катарсису без наявного ресурсу (ризик ретравматизації).
- Табу на використання кліше («Я вас розумію», «Час лікує»).
- Заборона тиску щодо демобілізації за відсутності житла.

**6. Групова терапія за принципом «Спільного досвіду»** Рекомендовано створення гомогенних груп (наприклад, тільки захисники Маріуполя). Мета – не стільки терапія, скільки валідизація нормальності реакцій через ефект дзеркала («Я відчуваю те саме, значить я не божевільний»).

### 3.5.4. Аналіз бар’єрів та системні рекомендації

Узагальнення досвіду дозволило виявити ключові бар'єри реінтеграції:

1. **Соціальна ізоляція:** Емоційне відчуження та ризик аутизації («соціальне гетто»).
2. **Стигматизація:** Страх отримати ярлик «психічно нестабільного» або невідповідність образу «героя».
3. **Інституційна недовіра:** Перенесення досвіду безсилля в полоні на взаємодію з українською бюрократією.

**Консолідовані рекомендації:**

**А. Для державних інституцій:**

- Впровадження **патронатного супроводу «під ключ»** (Case Management) для ветеранів, що втратили житло, оскільки вони не здатні самостійно долати бюрократію через апатію.
- Створення мережі **соціальних хабів** з можливістю проживання, як альтернативи казармам.
- Розробка координаційного механізму пріоритетного повернення родин з окупації.

**Б. Для фахівців психологічної служби:**

- Дотримання принципу поетапності (спочатку стабілізація, потім травма).
- Індивідуалізація протоколів під контекст втрат клієнта.
- Обов’язкова супервізія для профілактики вторинного вигорання.

**В. Для соціуму:**

- Створення локальних **«Спільнот пам’яті»** для легітимізації колективного болю (наприклад, спільноти маріупольців).
- Розвиток менторських програм «Рівний-рівному».
- Зміна суспільної парадигми: перехід від героїзації чи жалю до діяльнісної поваги та інклюзії.

**Підсумок:** Реінтеграція – це двосторонній рух. Справжнє відновлення відбувається на перетині індивідуальної психологічної роботи ветерана над

смислами та активної соціальної політики держави, яка забезпечує зовнішні опори для цього внутрішнього зростання.

Висновки до розділу 3

Емпіричне дослідження особливостей реінтеграції та розробка практичних механізмів підтримки дозволили сформулювати такі висновки:

1. **Обґрунтування методологічного підходу.** Доведено, що для дослідження кумулятивної травми пріоритетним є якісний аналіз (**Case-study**), оскільки кількісні методи не здатні повноцінно розкрити суб'єктивні сенси переживань (сором, провину вцілілого). Пакет діагностичних методик (PCL-5, F-SOZU, СЖО) дозволив верифікувати зв'язок між дефіцитом соціальних опор та рівнем дезадаптації.

2. **Діагностика «Маріупольського синдрому».** За результатами аналізу вибірки (65% респондентів – особи зі зруйнованим житлом) встановлено, що втрата «життєвого світу» перетворює реінтеграцію на вихід у екзистенційний вакуум. Виявлено, що у таких ветеранів **«втеча у службу» (Escape into Service)** виступає як захисний механізм: армія стає сурогатною родиною, що забезпечує структуру та знімає тривогу перед невідомим цивільним майбутнім.

3. **Когнітивні бар'єри та провина вцілілого.** Встановлено, що ірраціональне почуття провини перед загиблими або родичами в окупації блокує мотивацію до відновлення. Ветерани підсвідомо обирають аскетизм та відмовляються від соціальних благ (житла, виплат), сприймаючи комфорт як зраду пам'яті. Це вимагає зміщення акценту з юридичних консультацій на **екзистенційну терапію смислів**.

4. **Фазово-орієнтована модель допомоги.** Запропоновано авторський алгоритм підтримки, що складається з трьох етапів:

- **Стабілізація** (нейробіологічна регуляція «знизу-вгору»);
- **Інтеграція** (переробка травми методами EMDR та ТФ-КПТ);
- **Відновлення суб'єктності** (пошук нових життєвих цілей). Окремим інструментом виділено техніку **«Коло відповідальності»**, яка

допомагає візуально розмежувати зону реального впливу бійця та зону фатальних обставин.

5. **Системні рекомендації.** Для оптимізації системи реінтеграції запропоновано:

- **Інституційно:** запровадження індивідуального **кейс-менеджменту** («супровід під ключ») для подолання «бюрократичного насилля».
- **Клінічно:** перехід до **сімейної реабілітації**, оскільки травма ветерана неминуче деформує всю сімейну систему.
- **Соціально:** створення автономних «кластерів підтримки» для ветеранів-ВПО, де принцип «рівний – рівному» забезпечує відновлення довіри до соціуму.

# ВИСНОВКИ

У магістерській роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження соціально-психологічних особливостей реінтеграції військовослужбовців, звільнених з полону. На основі аналізу наукових джерел, опрацювання нормативної бази та вивчення практичних кейсів (зокрема, захисників Маріупольського гарнізону) сформульовано такі підсумкові положення:

1. **Теоретичне переосмислення природи травми.** Встановлено, що в умовах сучасної війни процес реінтеграції виходить далеко за межі класичних протоколів лікування ПТСР. Доведено, що ключовим викликом для значної частини звільнених є **феномен кумулятивної травми**. Вона виникає внаслідок накладання досвіду екстремальної дегуманізації в полоні на ситуацію тотальної втрати соціальних опор: загибелі родини, руйнування дому та окупації рідного міста. Для цієї категорії осіб реінтеграція є не просто адаптацією, а глибокою екзистенційною кризою, де втрачено не лише фізичне здоров'я, а й сам сенс повернення.

2. **Феноменологія «втечі у службу» (Escape into Service).** У ході дослідження виявлено та проаналізовано специфічний механізм психологічного захисту – **дезадаптивну реінтеграцію через гіперідентифікацію з військовою роллю**. Для ветеранів із високим дефіцитом ресурсів (відсутність житла та сім’ї) армія перетворюється на «функціональний притулок», що компенсує соціальну самотність та структурує час. Доведено, що відмова від демобілізації та проживання в казармах є формою несвідомого уникнення цивільної реальності, сповненої болю втрати та побутової невизначеності.

3. **Диференціація почуття провини та моральної травми.** Розкрито складну внутрішню динаміку моральних переживань «самотніх ветеранів». Встановлено відмінність між двома типами станів:

- **Щодо загиблих (дружини/побратимів):** домінує ірраціональна «провина вцілілого», яка блокує право на життєвий комфорт і провокує поведінку самопокарання (аскетизм, відмова від пільг).
- **Щодо живих (в окупації):** домінує стан «паралічу ініціативи», викликаний не байдужістю, а глибинним відчуттям власної нересурсності та безсилля («синдром батьківської неспроможності»).

4. **Методологія психологічної підтримки.** Обґрунтовано, що ефективна психологічна робота має базуватися на **гуманістичній парадигмі**, де відбувається трансформація ідентичності від «жертви» до «вцілілого» (Survivor). Доведено необхідність поетапного підходу: від первинної стабілізації (декомпресії) до глибинної роботи з моральною травмою (Moral Injury) та відновлення суб'єктності. Ключовим терапевтичним завданням є інтеграція травматичного досвіду в життєву історію, де пам'ять про втрати стає фундаментом для нової відповідальності, а не інструментом саморуйнування.

5. **Інституційні трансформації.** Доведено, що реінтеграція – це двосторонній процес, успіх якого неможливий без активної участі держави. Психологічна терапія не здатна компенсувати відсутність дому. Тому запропоновано перехід від моделі «надання послуг» до моделі **активного державного патронату** (кейс-менеджменту). Для ветеранів, які втратили все, держава має забезпечити зовнішні опори (житло «під ключ», супровід у поверненні дітей), що стане необхідним фундаментом для відновлення їхньої внутрішньої психологічної рівноваги.

*Дослідження засвідчило, що успішна реінтеграція військовослужбовців після полону можлива лише за умови синергії фахового психологічного супроводу та дієвої соціальної політики. Головним вектором роботи має стати повернення ветерану відчуття власної гідності та суб'єктності, що дозволить йому вийти зі стану ізоляції та побудувати нове життя, в якому минулий досвід болю трансформується у силу жити далі.*

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України : прийнята на п’ятій сес. Верхов. Ради України 28 черв. 1996 р. *Відомості Верховної Ради України*. 1996. № 30. Ст. 141.

2. Про затвердження Порядку поводження з військовополоненими : Постанова Кабінету Міністрів України від 17.06.2022 р. № 413. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/413-2022-п (дата звернення: 10.01.2026).

3. Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я : Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. *Відомості Верховної Ради України*. 2021. № 8. Ст. 59.

4. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 20.12.1991 р. № 2011-XII. *Відомості Верховної Ради України*. 1992. № 15. Ст. 190.

5. Женевська конвенція про поводження з військовополоненими від 12 серпня 1949 року / Верховна Рада України. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_153 (дата звернення: 05.01.2026).

6. Про затвердження Протоколу надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з посттравматичним стресовим розладом : Наказ М-ва охорони здоров'я України від 14.02.2022 р. № 247. URL : https://moz.gov.ua (дата звернення: 08.01.2026).

7. Блинова О. Є. Психологія життєстійкості особистості в умовах травматичного стресу. *Науковий вісник Херсонського державного університету.* Серія : Психологічні науки. 2018. Вип. 2. С. 15–20.

8. Вакулич Т. М. Психологічні особливості реадаптації військовослужбовців після повернення із зони бойових дій. *Психологічний часопис*. 2016. № 2(2). С. 22–38.

9. Губар С. Я. Соціально-психологічна реінтеграція ветеранів АТО/ООС: теоретико-методологічні засади. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2020. № 1(43). С. 24–29.

10. Друзь О. В., Черненко І. О. Особливості діагностики та лікування посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, Вип. 2(83). С. 45–49.

11. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

12. Малкіна-Пих І. Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2018. 326 с.

13. Мулик В. С. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, звільнених з полону. *Габітус*. 2023. Вип. 45. С. 112–118. DOI : https://doi.org/10.32843/2663-5208.2023.45.18.

14. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. / під заг. ред. О. А. Блінова. Київ : Талком, 2017. 220 с.

15. Тімер-Булатова Т. М. Вплив бойового стресу на психічне здоров'я військовослужбовців: сучасний погляд на проблему. *Медична психологія*. 2017. № 3. С. 12–18.

16. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі / пер. з англ. О. Замойської. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2016. 160 с.

17. Худенко Л. Реабілітація військових: як повернути людину з війни. *Дзеркало тижня*. 2023. 14 квіт. URL : https://zn.ua/ukr/SOCIUM/reabilitatsija-vijskovikh.html (дата звернення: 11.01.2026).

18. Шей Дж. Ахіллес у В'єтнамі: бойова травма і руйнування морального характеру / пер. з англ. Львів : Астролябія, 2019. 288 с.

19. Ялом І. Екзистенціальна психотерапія / пер. з англ. Харків : Клуб Сімейного Дозвілля, 2018. 624 с.

20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.

21. Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 2015. Vol. 28, Iss. 6. P. 489–498.

22. Herman J. L. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror. New York : Basic Books, 2015. 288 p.

23. Kozarić-Kovačić D., Kožarić Z. Post-traumatic stress disorder and comorbid depression in Croatian war veterans. *Croatian Medical Journal*. 2002. Vol. 43. P. 627–635.

24. Lahad M. The Integrative Model of Resiliency (BASIC Ph). London : Jessica Kingsley Publishers, 2017. 184 p.

25. Litz B. T., Stein N., Delaney E. Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*. 2009. Vol. 29, Iss. 8. P. 695–706.

26. Porges S. W. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation. New York : W. W. Norton & Company, 2011. 347 p.

27. Van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York : Viking, 2014. 464 p.

28. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?». URL : https://www.howareu.com (дата звернення: 05.01.2026).

29. Координаційний штаб з питань поводження з військовополоненими : офіц. сайт. URL : https://koordshtab.gov.ua (дата звернення: 10.01.2026).

30. Лікування осіб, які пережили катування: Стамбульський протокол / Організація Об'єднаних Націй. Нью-Йорк ; Женева, 2004. URL : https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/training8Rev1ru.pdf (дата звернення: 09.01.2026).

# ДОДАТКИ

## Додаток А

## Практичні рекомендації щодо психологічного супроводу та взаємодії з військовослужбовцями, звільненими з полону

Сім'я – це «буфер», який першим приймає на себе удар посттравматичних реакцій, тому ці рекомендації спрямовані на збереження цілісності всієї сімейної системи. У випадках, коли сім'я відсутня, ці ж рекомендації (щодо тиші, поваги та відсутності допитів) мають виконуватися всіма оточуючими, які знають долю людини.

| **Напрям взаємодії** | **Рекомендації для членів родини та оточення** | **Чого варто уникати («Табу»)** | **Психологічне обґрунтування** |
|---|---|---|---|
| **Комунікація та вербалізація досвіду** | Дозволити ветерану самому обирати темп і обсяг розповіді. Використовувати техніку «активного слухання», підтверджуючи почуття («Я бачу, як це було важко»). | Не розпитувати про деталі полону, тортур чи загибелі побратимів. Не використовувати фраз: «Я тебе розумію» (якщо не маєте аналогічного досвіду). | Захист від ретравматизації; повага до особистих кордонів і права на мовчання. |
| **Емоційна сфера** | Легітимізувати будь-які емоції (гнів, сльози, апатію). Замінити жаль на глибоку повагу до сили та витривалості звільненого. | Не закликати до «позитиву» («Радій, ти вже вдома»). Не ігнорувати прояви агресії, але й не приймати їх на власний рахунок. | Перехід від ідентичності «жертви» до статусу «вцілілого» (survivor). |
| **Побутова реінтеграція** | Поступово залучати до прийняття дрібних рішень (що купити, куди піти). Створити стабільний розпорядок дня. | Не перевантажувати побутовими проблемами в перші дні. Не приймати всі рішення за ветерана. | Відновлення суб'єктності та почуття контролю над власним життям. |
| **Організація простору** | Забезпечити можливість для усамітнення. Мінімізувати різкі звуки, яскраве світло та великі скупчення | Не влаштовувати «сюрпризів» або гучних святкувань повернення без згоди ветерана. | Гіперчутливість нервової системи внаслідок тривалого перебування в |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | людей. | | небезпеці. |
| **Робота з втратами (дім, рідні)** | Спільно створювати ритуали пам'яті (фотоальбоми, відвідування меморіалів). Підтримувати у питаннях пошуку дітей/родичів. | Не уникати теми загиблих рідних через страх розхвилювати. Не знецінювати втрату дому («це всього лише майно»). | Опрацювання «ускладненого горювання» та інтеграція втрати в нову життєву історію. |
| **Збереження ресурсу родини** | Членам родини обов'язково відвідувати психолога або групи підтримки. Знаходити час для власного відпочинку. | Не перетворювати власне життя на обслуговування лише потреб ветерана (жертовність призводить до вигорання). | Профілактика вторинної травматизації членів сім'ї. |

## Додаток Б

## Діагностичний інструментарій

У даному додатку наведено методики, використані для діагностики психологічного стану та рівня соціальної підтримки осіб, звільнених з полону, у межах дослідження особливостей психологічної роботи як елемента реінтеграційних заходів.

### 1. Психологічний опитувальник PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5)

Ця методика була обрана як інструмент первинної діагностики для оцінки наявності та тяжкості симптомів посттравматичного стресового розладу. Вона дозволяє виявити чотири основні кластери симптомів: повторне переживання (інтрузії), уникнення, негативні зміни в когнітивній та емоційній сферах, а також зміни в рівні збудження та реактивності. Використання PCL-5 є критичним для розуміння рівня психологічної травматизації звільнених з полону та визначення необхідності негайної спеціалізованої психотерапевтичної допомоги.

**Інструкція:**

Нижче наведено список проблем, які часто виникають у людей після стресових подій. Будь ласка, прочитайте кожне твердження уважно, а потім обведіть число, яке найкраще описує, наскільки ви були стурбовані цими проблемами **протягом останнього місяця**.

| № | Пункт | Не турбувало (0) | Трохи (1) | Помірно (2) | Сильно (3) | Надзвичайно (4) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Повторні, небажані, неприємні спогади про стресову подію? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Повторні, неприємні сни про стресову подію? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Відчуття, ніби стресова подія відбувається знову (спогади, флешбеки)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4 | Сильний емоційний дискомфорт, коли | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | щось нагадує про стресову подію? | | | | | |
| 5 | Фізичні реакції (наприклад, серцебиття, пітливість) нагадують про подію? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6 | Уникання спогадів, думок про стресову подію? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7 | Уникання зовнішніх нагадувань про подію (люди, місця, ситуації)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8 | Труднощі із пригадуванням важливих моментів стресової події? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9 | Надмірно негативні переконання про себе, інших або світ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10 | Звинувачення себе або інших у стресовій події? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11 | Постійні негативні емоції (страх, гнів, провина, сором)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12 | Втрата інтересу до справ, якими ви раніше займалися? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13 | Відчуття відстороненості або відчуженості від інших людей? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14 | Труднощі з відчуттям | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | позитивних емоцій? | | | | | |
| 15 | Дратівливість, спалахи гніву або агресивна поведінка? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16 | Ризикована або саморуйнівна поведінка? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17 | Підвищена пильність (настороженість)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18 | Надмірна реакція переляку? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19 | Труднощі з концентрацією уваги? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20 | Труднощі із засинанням або переривчастий сон? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**2. Шкала соціальної підтримки F-SOZU (Fragebogen zur sozialen Unterstützung)**

Для оцінки реінтеграційного потенціалу особистості було застосовано шкалу F-SOZU. Методика спрямована на виявлення сприйнятого рівня соціальної підтримки (емоційної та інструментальної), а також потреби в ній. Для осіб, що перебували у полоні, наявність зовнішньої опори є ключовим фактором успішної адаптації. Методика дозволяє визначити, наскільки респондент відчуває себе включеним у соціальне середовище та чи має він доступ до ресурсів допомоги у своєму оточенні.

**Інструкція:**

Нижче наведено твердження, що стосуються вашого повсякденного життя та взаємодії з оточенням. Будь ласка, оцініть, наскільки ці твердження відповідають вашій ситуації, використовуючи запропоновану шкалу:

- **5** – Точно так
- **4** – Майже так
- **3** – Важко сказати
- **2** – Майже ні

- **1** – Точно ні

| № | Твердження | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Є людина, якій я можу повністю довіряти. | | | | | |
| 2 | У мене є хтось, хто може допомогти мені в побутових справах, якщо я захворію. | | | | | |
| 3 | Я відчуваю, що мене розуміють і підтримують близькі. | | | | | |
| 4 | У складних ситуаціях я знаю, до кого звернутися по пораду. | | | | | |
| 5 | Мені важливо знати, що про мене піклуються. | | | | | |
| 6 | Я маю друзів/близьких, з якими можу розділити радість. | | | | | |
| 7 | Я відчуваю себе самотнім навіть серед людей (зворотне питання). | | | | | |
| 8 | Є людина, яка підтримує мої плани на майбутнє. | | | | | |
| 9 | Я потребую більше спілкування, ніж отримую зараз. | | | | | |
| 10 | Мені є з ким поговорити про свої переживання щодо минулого. | | | | | |

## Додаток В

## Алгоритм дій для родин у кризових ситуаціях

| Етап | Сфера дій | Ключові дії | Чого робити НЕ МОЖНА |
|---|---|---|---|
| **І. Одразу після звільнення** | Фізична безпека | 1. Забезпечити медичний огляд.<br>2. Забезпечити спокій, сон та якісне харчування.<br>3. Відновити документи. | 1. Змушувати до активності.<br>2. Ігнорувати скарги на здоров'я.<br>3. Влаштовувати гучні святкування. |
| **ІІ. Перші дні вдома** | Емоційний стан | 1. Бути поруч, але не нав'язуватися.<br>2. Слухати, якщо людина ініціює розмову.<br>3. Поважати особистий простір. | 1. Змушувати розповідати про полон.<br>2. Задавати навідні питання.<br>3. Обецінювати пережитий досвід («вже все минуло»). |
| **ІІІ. Реінтеграція** | Соціалізація | 1. Обмежити коло відвідувачів.<br>2. Організувати допомогу психолога.<br>3. Повернути людину до звичних, але легких справ. | 1. Тиснути щодо працевлаштування/рішень<br>2. Порівнювати з іншими.<br>3. Пускати додому сторонніх журналістів/ цікавих знайомих. |
| **ІV. Постійно** | Самозбереження родини | 1. Розподіляти обов'язки в родині.<br>2. Шукати підтримку у спільнотах таких же родин.<br>3. Турбуватися про власне ментальне здоров'я. | 1. Забувати про власні потреби.<br>2. Приховувати проблеми від фахівців. |