

УДК 159.9.072:355.257.1

DOI <https://doi.org/10.32782/2311-8458/2026-1-4>

Кириченко Андрій Володимирович,
доктор філософії (PhD) за психологічним напрямком,
доцент кафедри військової психології,
Національний університет оборони України,
проспект Повітряних Сил України, 28, Київ, 03049, Україна
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1333-5980>

Ніколенко Роман Олександрович,
слухач кафедри військової психології,
Національний університет оборони України,
проспект Повітряних Сил України, 28, Київ, 03049, Україна
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9136-9270>

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ПЕРЕБУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ПРИМУСОВОЇ ІЗОЛЯЦІЇ (ПОЛОНУ)

***Анотація.** Стаття присвячена дослідженню психологічних трансформацій, посттравматичних реакцій та особистісних деструкцій у військовослужбовців, спричинених перебуванням у полоні або примусовій ізоляції в умовах бойових дій, а також визначення соціальних і організаційних факторів, що впливають на ефективність реінтеграції та психологічної адаптації після звільнення з полону.*

У емпіричному дослідженні взяли участь військовослужбовці, які пройшли через досвід полону або тривалої ізоляції. Для оцінки їхнього психоемоційного стану та проявів посттравматичного розладу застосовувався комплекс психологічних методик, що дозволило виявити рівень повторного переживання травми, уникання, гіперактивації та дистресу, а також оцінити стресостійкість і здатність до соціальної адаптації. Крім цього, аналізувалися соціальні та організаційні чинники підтримки, включно із сімейним оточенням, взаємодією з бойовими побратимами та рівнем прийняття з боку громади, а також ефективність психологічної допомоги. Для обробки отриманих даних використовували методи кореляційного та регресійного аналізу, що дозволило визначити взаємозв'язки між соціальною підтримкою, психологічним станом та успішністю реінтеграції.

Емпірично підтверджено, що соціальна підтримка та суб'єктивна оцінка ефективності наданої допомоги є критичними факторами зниження проявів ПТСР. Встановлено диференційований вплив різних джерел підтримки: допомога сім'ї корелює зі зменшенням загального дистресу; взаємодія з бойовими побратимами сприяє зниженню гіперактивації; прийняття з боку громади полегшує подолання стратегій уникання. Виявлено, що висока довіра до фахової психологічної допомоги є найпотужнішим предиктором зниження інтенсивності флешбеків та загального рівня травматизації.

Психологічна реабілітація та системна соціальної підтримки визначені як ключові детермінанти відновлення психоемоційної стабільності. Результати дослідження обґрунтовують необхідність впровадження мультимодального підходу до реінтеграції ветеранів, що поєднує індивідуальну терапію, розвиток адаптивних копінг-стратегій та формування сприятливого соціального середовища для запобігання посттравматичних станів.

***Ключові слова:** полон, психологічна надійність, негативні психічні стани, посттравматичний стресовий розлад, психоемоційна травма, соціальна підтримка, психологічна стійкість, мотивація, адаптація, військовослужбовець.*

Kyrychenko Andrii, Nikolenko Roman. EMPIRICAL STUDY OF THE PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES OF MILITARY SERVICEMEN'S STAY IN CONDITIONS OF FORCED ISOLATION (CAPTION)

Abstract. *The article is devoted to the study of psychological transformations, post-traumatic reactions and personal destruction in military personnel caused by captivity or forced isolation in combat conditions, as well as the identification of social and organizational factors that affect the effectiveness of reintegration and psychological adaptation after release.*

The empirical study involved military personnel who had experienced captivity or prolonged isolation. To assess their psycho-emotional state and manifestations of post-traumatic stress disorder, a set of psychological techniques was used, which allowed to identify the level of re-experiencing trauma, avoidance, hyperactivation and distress, as well as to assess stress resistance and the ability to social adaptation. In addition, social and organizational support factors were analyzed, including family environment, interaction with fellow soldiers and the level of acceptance by the community, as well as the effectiveness of psychological assistance. Correlation and regression analysis methods were used to process the data obtained, which allowed us to determine the relationships between social support, psychological state and the success of reintegration.

It has been empirically confirmed that social support and subjective assessment of the effectiveness of the assistance provided are critical factors in reducing the manifestations of PTSD. The differential impact of different sources of support has been established: family support correlates with a decrease in general distress; interaction with peers contributes to a decrease in hyperactivation; acceptance by the community facilitates overcoming avoidance strategies. It has been found that high trust in professional psychological assistance is the most powerful predictor of a decrease in the intensity of flashbacks and the overall level of traumatization.

Psychological rehabilitation and systemic social support are identified as key determinants of the restoration of psycho-emotional stability. The results of the study substantiate the need to implement a multimodal approach to the reintegration of veterans, combining individual therapy, the development of adaptive coping strategies and the formation of a favorable social environment to prevent the chronicity of post-traumatic states.

Key words: *captivity, psychological reliability, negative mental states, post-traumatic stress disorder, psycho-emotional trauma, social support, psychological resilience, motivation, adaptation, military serviceman.*

Той, хто знає, «навіщо» жити, витримає майже будь-яке «як». Коли ми вже не в змозі змінити ситуацію, перед нами постає виклик змінитися самим

Віктор ФРАНКЛ

Свобода – це не фініш, а лише початок найважливішого етапу:

битви за власне «я», яке залишилося десь у пам'яті

Андрій КИРИЧЕНКО

Вступ. У сучасних умовах російсько-української війни питання перебування військовослужбовців у полоні набуло масштабу загальнонаціональної психологічної травми. Примусова ізоляція у ворожому полоні є екстремальним деструктивним чинником, який спричиняє глибоку трансформацію особистості та руйнує базові структури психіки. Актуальність дослідження зумовлена необхідністю розробки дієвих протоколів реабілітації для захисників, які повертаються до мирного життя з досвідом, що виходить за межі людського розуміння. Емпіричний аналіз цих наслідків дозволяє не лише зафіксувати глибину уражень, а й знайти ресурси для відновлення психологічної цілісності

ветеранів. Саме тому наукове осмислення феномену ізоляції стає фундаментом для успішної ресоціалізації воїнів та збереження кадрового потенціалу Збройних Сил України.

Матеріали та методи. В емпіричному дослідженні взяли участь 60 військовослужбовців чоловічої статі віком від 23 до 56 років (середній вік – 37 років), які мають досвід перебування в полоні або в умовах примусової ізоляції, зумовлених бойовими діями у російсько-українській війні. Серед опитаних 58% військовослужбовців мають дітей, що розглядається як важливий ресурс психологічної стійкості та мотиваційний чинник швидшої соціальної реадaptaції, при цьому більшість респондентів мають вищу (45%) або

середню спеціальну освіту (55%), що потенційно полегшує процес соціальної адаптації та професійної переорієнтації після звільнення з полону. Досвід військової служби учасників становив від 6 місяців до 15 років, що забезпечило репрезентацію як військовослужбовців із мінімальним стажем, так і фахівців із тривалою службовою історією, при цьому за родом військ 55% вибірки склали представники танкових і механізованих підрозділів, 30% – артилерійських та інженерних частин, а 15% – інших підрозділів. За тривалістю перебування у полоні респонденти розподілилися таким чином: до 8 місяців – 27%; від 8 місяців до 1,5 року – 35%; від 1,5 до 3 років – 38%. Більшість учасників перебували в полоні понад один рік, що підвищує ймовірність формування виражених психологічних і фізичних наслідків, зокрема посттравматичних реакцій, при цьому після звільнення всі вони пройшли медико-психологічну реабілітацію та соціальну адаптацію у спеціалізованих центрах, що створило умови для динамічного оцінювання рівня їхньої адаптованості та психоемоційного стану.

У рамках дослідження було застосовано низку емпіричних методів, зокрема: спостереження, опитування та тестування. Для обробки отриманих даних використовувалися методи кореляційного та регресійного аналізу, що дозволило виявити взаємозв'язки між соціальною підтримкою, психологічним станом та успішністю реінтеграції. Обробка отриманих даних проводилася із використанням програмного забезпечення Microsoft Excel та статистичного пакета SPSS 21.0.

Результати. У ході анкетування з'ясовано, що 45% респондентів перебували у фізично важких умовах утримання, 30% – у психологічно важких, а 25% зазнали поєданого впливу фізичних і психологічних труднощів, що свідчить про багатовимірний травматичний досвід полону. Такий досвід потребує комплексного підходу до психологічної реабілітації, оскільки тривалий вплив поєднаних стресорів істотно підвищує ризик розвитку посттравматичних реакцій, тривожних і депресивних станів.

Наявність травм серед досліджуваних учасників також відображає ступінь психологічного та фізичного навантаження. Фізичні травми були зафіксовані у 40% респондентів, проте значно частіше – у 75% – респондентів спостерігався психологічний тиск та емоційна травматизація. Це підкреслює, що психологічні наслідки полону є більш поширеними та потребують першочергової уваги під час організації постізоляційної підтримки та реінтеграції. Для виживання в полоні військовослужбовці використовували внутрішні та зовнішні ресурси, зокрема психологічну стійкість (70%), надію на звільнення (65%), підтримку бойових побратимів (55%) і віру або релігію (35%), які сприяли збереженню мотивації, зменшенню відчуття ізоляції та підтриманню внутрішньої стабільності в умовах примусової ізоляції.

Особливості стресостійкості воїнів були досліджені за допомогою методики «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації» Холмса і Раге [5]. Згідно отриманих даних, 12% опитаних військовослужбовців мають високий рівень опірності до стресового навантаження, що свідчить про достатню стійкість до життєвих змін і адаптаційних труднощів. Такі учасники характеризуються стабільним емоційним станом, відносною психологічною рівновагою та позитивним ставленням до майбутнього. 40% респондентів показали середній рівень стресостійкості, який відображає наявність помірного впливу життєвих подій на психоемоційний стан. У цій групі можливі тимчасові труднощі адаптації, підвищена тривожність або напруження, однак зберігається потенціал до саморегуляції та відновлення. Такий рівень опірності до стресу призводить до того, що особистість змушена частку своєї енергії і ресурсів взагалі витратити на боротьбу з негативними психологічними станами, що виникають в процесі стресу.

Водночас у 48% військовослужбовців зафіксовано низький рівень стресостійкості, що свідчить про недостатню здатність до ефективного опанування стресових навантажень і може спричинити деструктивні зміни

у психічній, соціальній, професійній та поведінковій сферах.

Такий рівень стресостійкості характеризує максимально можливу ригідність по відношенню до зовнішніх подій. Ця категорія не схильна змінювати свою поведінку і адаптуватися під зовнішній світ. Їх установки й поняття непорушні. Тому будь-яка несприятлива зовнішня подія або навіть натяк на її можливість у майбутньому для них – стрес. Це може бути наслідком тривалого перебування у стресових ситуаціях, пов'язаних із бойовими діями, полонем, втратами чи складною соціальною реадaptaцією після звільнення.

Результати, отримані за «*Опитувальником травматичного стресу*» І. О. Котеньова [4], дозволяють визначити рівень вираженості посттравматичних симптомів у військово-полонених, які пережили тривалий період ізоляції та психологічного тиску. Узагальнений показник посттравматичного стресового розладу становить 96,3 бала, що свідчить про високий рівень постстресових проявів у вибірці досліджуваних. Такий результат вказує на глибоке психоемоційне напруження, зниження адаптаційних можливостей та наявність ознак емоційного виснаження, що є типовими для осіб, які пережили примусову ізоляцію (полон).

Високі показники за окремими субшкалами дають змогу деталізувати особливості психічного стану досліджуваних. Показник А (подія травми) дорівнює 15,1 бала, що відображає усвідомлення військовослужбовцями значущості та травматичності пережитих подій. Для більшості респондентів ці події залишаються емоційно насиченими, нерідко болісними спогадами, що продовжують впливати на їхнє самопочуття та світосприйняття. Психіка не повністю інтегрувала цей досвід, тому спогади про полон залишаються актуальними і часто супроводжуються сильними емоційними реакціями.

За шкалою В (повторне переживання) середнє значення становить 18,4 бала, що свідчить про наявність у значної частини обстежених мимовільного відтворення

травматичних подій у пам'яті, снах, думках, а також у формі раптових емоційних реакцій. Такі прояви відображають активну роботу травматичної пам'яті, яка не пройшла процес повноцінного опрацювання, через що травматичні образи постійно повертаються у свідомість. Це супроводжується тривожністю, напруженням, підвищеною збудливістю та порушенням сну.

Найвищий показник зафіксовано за шкалою С (уникнення) – 21,2 бала. Це свідчить про те, що більшість опитуваних схильні до активного уникання усього, що може нагадувати про травматичні події. Вони уникають спогадів, розмов про пережите, місця або осіб, пов'язаних із полонем. Така стратегія є своєрідним психологічним захистом, що допомагає зменшити емоційний біль, однак у довготривалій перспективі призводить до емоційного відчуження, апатії, труднощів у міжособистісних стосунках та соціальній взаємодії.

Показник за шкалою D (гіперактивність) становить 19,5 бала, що свідчить про підвищену нервово-психічну збудливість і схильність до різких емоційних реакцій. Такі особи часто демонструють дратівливість, неспокій, труднощі з концентрацією уваги, порушення сну, підвищену настороженість. Подібні симптоми свідчать про хронічну мобілізацію нервової системи, коли організм продовжує перебувати у стані «бойової готовності», навіть у безпечних умовах.

Найвищі середні значення спостерігаються за шкалою F (дистрес / дезадаптація) – 22,1 бала, що вказує на виражений рівень психоемоційного напруження, труднощі соціальної адаптації та відновлення після травми. Багато респондентів, імовірно, відчувають втрату інтересу до повсякденних справ, зниження працездатності, байдужість до оточення, труднощі у встановленні довірливих контактів. Це свідчить про глибоку дезорганізацію внутрішніх ресурсів особистості, що перешкоджає поверненню до повноцінного життя після пережитого полону.

Отриманий профіль (найвищі бали за шкалами С і F, помірно високі – за В і D) відображає комплексну симптоматику посттравматичного

стресового розладу з домінуванням унікаючої та дезадаптивної поведінки, тобто переважає прагнення відгородитися від травматичних спогадів, що одночасно не дозволяє завершити процес їх психологічного опрацювання.

Результати, отримані за шкалами, що відображають гострий стресовий розлад (ГСР), свідчать про значну інтенсивність психічного напруження у досліджуваних військовополонених. Узагальнений показник ГСР становить 94,0 бала, що вказує на високий рівень гострої стресової реакції, зумовленої пережитими екстремальними подіями. Такий рівень показників є типовим для осіб, які нещодавно зазнали сильного травматичного впливу, і відображає глибоку дестабілізацію емоційної, когнітивної та поведінкової сфери.

Високі значення свідчать про те, що більшість респондентів перебувають у стані затяжної реакції на травму, коли нервова система ще не відновила здатність до саморегуляції, а психіка продовжує функціонувати в режимі «екстреного реагування». У таких умовах відбувається порушення внутрішньої рівноваги, посилення тривожності, дратівливості, сплутаності свідомості та зниження контролю над емоціями.

Шкала *b* (дисоціація) має середнє значення 11,8 бала, що свідчить про наявність дисоціативних симптомів серед помірної інтенсивності. Для досліджуваних характерні епізоди емоційного «відключення», відчуття нереальності подій, «відстороненості» від себе або навколишнього середовища. Такі реакції мають захисний характер, адже допомагають психіці тимчасово знизити інтенсивність болісних переживань. Проте тривала або часта дисоціація ускладнює процес адаптації, оскільки блокує емоційне проживання травми та її інтеграцію у свідомість.

Середній показник за шкалою *e* (гіперактивація ГСР) становить 17,2 бала, що вказує на виражену фізіологічну та психічну збудливість. Більшість військовополонених демонструють стан постійного напруження, настороженості, труднощі зі сном, підвищену реакцію на гучні звуки, рухи чи наближення людей. Це свідчить про підвищену активність

симпатичної нервової системи, коли організм продовжує функціонувати у режимі виживання. Такий стан є характерним наслідком довготривалої небезпеки, загрози життю чи фізичного насильства, і призводить до емоційного виснаження та зниження здатності до концентрації.

За шкалою *f* (дистрес ГСР) середнє значення становить 18,5 бала, що є індикатором високого рівня психоемоційного дистресу. Респонденти відчують внутрішню напругу, безсилля, втрату контролю над власним емоційним станом. Вони часто повідомляють про пригніченість, апатію, емоційну спустошеність, зниження мотивації та втрату сенсу діяльності. Такі прояви є типовими для осіб, які нещодавно пережили екстремальні події, і свідчать про загальне виснаження адаптаційних ресурсів.

Отриманий профіль гострого стресового розладу вказує на переважання гіперактиваційних і дистресових симптомів при наявності дисоціативних проявів помірної вираженості. Це свідчить про те, що більшість опитуваних перебувають у стані нестійкої психічної рівноваги, коли психіка ще не завершила процес адаптації до нових умов. У таких випадках дисоціація виконує тимчасову функцію «психологічного гальма», що дозволяє зменшити інтенсивність болю, однак не сприяє довготривалому відновленню.

Отримані середні значення за шкалами контрольних показників демонструють відносно збалансований профіль достовірності відповідей респондентів. Так, показник *L* (брехня) становить 4,9, що свідчить про помірну тенденцію до соціальної бажаності у відповідях, тобто частина військовослужбовців схильна подавати себе у більш позитивному світлі або приховувати деякі аспекти внутрішнього переживання. Це може бути зумовлено як природним прагненням зберегти гідність у ситуації полону, так і страхом осуду з боку оточення.

Показник *Ag* (агравация) – 6,2, що вказує на дещо підвищену схильність до перебільшення або акцентування власних страждань і травматичних симптомів. Такий результат

можна трактувати як виражену потребу у визнанні свого болю або як спробу легітимізувати власну психічну вразливість після перенесених подій. Агресивні прояви часто спостерігаються у осіб, які пережили глибоку психологічну травму та прагнуть, щоб їхній стан був помічений і зрозумілий.

Показник *Di* (дисимуляція) – 5,1, він характеризує тенденцію до приховування негативних переживань, що може бути наслідком внутрішньої заборони на прояв слабкості або емоційного відчуження. Це узгоджується з типовою для військовослужбовців установкою на самоконтроль, витривалість і збереження зовнішньої стійкості навіть за наявності глибоких внутрішніх порушень.

У цілому, співвідношення показників *L–Ag–Di* свідчить про суперечливу систему психологічного самозахисту опитувальної категорії: одночасне прагнення здаватися сильними (*L*, *Di*) та бути почутими у своїй травмі (*Ag*). Така динаміка вказує на емоційну амбівалентність і складність самопрезентації у стані після травматичних подій.

Згідно з результатами, отриманими за методикою «Госпітальна шкала тривожності та депресії (*HADS*)» [1; 2], у більшості респондентів зафіксовано підвищені показники за субшкалами тривоги й депресії, що вказує на виражене психоемоційне напруження, ознаки дезадаптації та внутрішньої виснаженості, зумовлені тривалим перебуванням в екстремальних умовах полону, ізоляцією та пережитими травматичними подіями.

За субшкалою тривоги (*A*) у середньому зафіксовано показники, що відповідають субклінічному або клінічному рівню тривожності. Це вказує на високий рівень психічної напруги, почуття загрози, очікування небезпеки, а також часте виникнення тривожних передчуттів. Тривога у військовослужбовців набуває як ситуативного характеру (пов'язаного з невизначеністю ситуації), так і генералізованого – проявляється у гіперпильності, напрузі, труднощах концентрації уваги, роздратуванні. Такі показники можуть розглядатися як адаптаційна реакція психіки на стрес, але при її хронізації – стають пере-

думовою формування стійких невротичних або посттравматичних порушень.

За субшкалою депресії (*D*) також простежуються виражені симптоми емоційного виснаження, втрати мотивації та зниження активності. Більшість респондентів демонструють пригнічений емоційний фон, зниження інтересу до діяльності, відчуття безпорадності та зневіри у власних силах. Для опитуваних така симптоматика є закономірним наслідком тривалого психологічного тиску, соціальної ізоляції та втрати контролю над власним життям.

Отже, психоемоційний стан військовополонених за результатами *HADS* характеризується поєднанням високої тривожності та депресивних тенденцій, що свідчить про хронічне психічне виснаження, емоційну лабільність і порушення адаптаційних механізмів.

Отримані дані за *Міссісіпською шкалою посттравматичних стресових розладів* [3] свідчать про наявність у досліджуваних військовослужбовців виражених симптомів посттравматичного стресового синдрому. Середні показники за основними підшкалами демонструють високий рівень вторгнення (46,3), що проявляється у частих повторних переживаннях травматичних подій, яскравих снах, флешбеках та нав'язливих думках. Такі прояви вказують на недостатню інтеграцію травматичного досвіду у структуру особистості та продовження внутрішньої боротьби з пережитими подіями.

Високі результати за шкалою уникнення (43,7) свідчать про тенденцію досліджуваних до уникнення будь-яких нагадувань про травматичну ситуацію, обмеження емоційних контактів та відчуження від оточення. Це може бути формою психологічного захисту, спрямованою на зниження інтенсивності психічного болю.

Підвищений рівень збудливості (41,5) вказує на наявність тривожності, гіперпильності, емоційної нестабільності, проблем зі сном та підвищеної дратівливості. Такі ознаки відображають напруження нервово-психічної системи, яке зберігається після участі у бойових діях.

Додатково виявлено помірно високі показники почуття провини та самозвину-

вачення (22,4). Це може свідчити про глибокий внутрішній конфлікт, переживання моральної травми, схильність до самопокарання та негативну оцінку власних дій під час бойових ситуацій.

Загальний аналіз показує, що лише 13,3% (8 осіб) опитаних продемонстрували низький рівень проявів ПТСР (до 90 балів), що відповідає стану збереженої психічної адаптації та відсутності клінічно значущих симптомів посттравматичного стресового розладу. Ці військовослужбовці змогли відносно успішно інтегрувати травматичний досвід, зберігаючи емоційну стабільність та контроль над поведінкою.

Середній рівень ПТСР (91–115 балів) виявлено у 26,7% (16 осіб) досліджуваних. Для цієї групи характерна помірна вираженість симптомів вторгнення, тривожності та уникання, що може свідчити про підвищений ризик розвитку повноцінного ПТСР у разі відсутності підтримки. Військовослужбовці цієї категорії демонструють коливання емоційного стану, труднощі зі сном, періодичні спогади про травматичні події, але водночас частково зберігають адаптивні ресурси.

Найчисленнішу групу становлять респонденти з високим рівнем ПТСР (116–145 балів) – 36,7% вибірки (22 особи). Для них характерні виражені прояви посттравматичної симптоматики: нав'язливі спогади, емоційне оніміння, уникнення контактів, надмірна настороженість, вибухові реакції або дратівливість. Такі симптоми вказують на значні труднощі у процесі реінтеграції та підвищену потребу у психокорекційній і психотерапевтичній допомозі.

Ще 23,3% (14 осіб) військовополонених мають дуже високий (клінічний) рівень вираженості ПТСР (понад 145 балів). Для них характерні стійкі клінічні прояви травматичного досвіду, які суттєво ускладнюють адаптацію до мирного життя. У таких осіб часто спостерігаються суїцидальні думки, почуття провини, емоційна відчуженість, агресивні або саморуйнівні тенденції. Вони потребують комплексної реабілітації, що поєднує психологічну, психіатричну та соціальну підтримку.

Таким чином, узагальнені результати підтверджують, що понад половина опитаних (60%) мають високий або клінічний рівень посттравматичних симптомів, що свідчить про глибину психічних наслідків перебування у полоні та актуальність розробки системи реінтеграційних заходів, спрямованих на психотерапевтичну підтримку і відновлення емоційної стабільності цих осіб.

Для визначення ролі соціальних та організаційних факторів у процесі реінтеграції осіб, звільнених із полону, було проведено двоетапний статистичний аналіз: обчислення коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена між окремими змінними; виконання багатофакторного регресійного аналізу для виявлення провідних предикторів успішної адаптації.

Як інтегральний критерій успішності реінтеграції було обрано загальний рівень посттравматичного стресу за опитувальником І. О. Котеньова, який охоплює такі компоненти: 1) В – повторне переживання травми; 2) С – уникнення травматичних нагадувань; 3) D – гіперактивація; 4) F – дистрес і дезадаптація.

Для комплексної оцінки стану також враховано опірність до стресу за шкалою Т. Холмса і Р. Раге, рівні тривоги та депресії за HADS та загальний показник ПТСР за Міссісіпською шкалою. Це дало змогу виявити взаємозв'язки між соціальною підтримкою, організаційними умовами відновлення та різними аспектами посттравматичного реагування.

Аналіз показав наявність статистично значущих зв'язків між соціально-організаційними характеристиками й компонентами посттравматичного стресу. Підтримка сім'ї має негативний кореляційний зв'язок із дистресом (F) ($r_s = -0,441$, $p = 0,001$) та загальним ПТСР за Котеньовим ($r_s = -0,472$, $p = 0,001$).

Отримані результати свідчать, що наявність стабільних і довірливих стосунків із членами родини є одним із найпотужніших чинників зниження посттравматичних реакцій. Військовослужбовці, які відчувають турботу та розуміння з боку близьких, демонструють менший рівень емоційного виснаження, тривоги та почуття безпорадності.

Сімейна підтримка виконує роль «емоційного контейнера», що дозволяє військовому символічно «вивільнити» напругу через спілкування, прийняття й розуміння. Такі взаємини посилюють відчуття безпеки, довіри до оточення та контроль над власними емоційними реакціями. Навпаки, відсутність підтримки родини або конфліктні стосунки після звільнення з полону поглиблюють симптоми дистресу, підвищують ризик дезадаптації й перешкоджають формуванню позитивної ідентичності ветерана.

Встановлено, що підтримка побратимів корелює зі зниженням гіперактивації (D) ($r_s = -0,395$, $p = 0,013$), що свідчить про роль групової взаємодії у стабілізації фізіологічних реакцій тривоги.

Гіперактивація у структурі ПТСР проявляється підвищеною пильністю, напруженістю, порушеннями сну, спалахами роздратування та постійною готовністю до оборони. Тісні соціальні зв'язки у колі побратимів знижують інтенсивність цих симптомів, оскільки взаємодія з людьми зі спільним бойовим досвідом формує відчуття прийняття й розуміння без потреби пояснювати власні реакції. Психологічна солідарність і спільне переживання травматичного досвіду відновлюють довіру до соціального середовища, зменшують внутрішню напругу та перешкоджають хронізації тривожності й відчуття ізоляції.

В ході аналізу було з'ясовано, що підтримка громади / суспільства виявила менш виражений, але статистично достовірний зв'язок із нижчими показниками уникнення (C) ($r_s = -0,328$, $p = 0,002$), що вказує на полегшення процесу соціального повернення.

Компонент «уникнення» характеризується тенденцією відгороджуватись від нагадувань про травму, звуженням соціальних контактів, емоційною «онімілістю». Позитивна соціальна атмосфера – розуміння, шана, допомога від громади, місцевих організацій, волонтерів – сприяє поступовому зменшенню ізоляції.

Військовослужбовці, які відчувають суспільне прийняття, менше уникають контактів, легше долучаються до соціальної активності та волонтерських ініціатив. Це, у свою чергу,

знижує прояви відчуження, відновлює довіру до цивільного середовища й полегшує процес інтеграції у мирне життя.

Отже, соціальна підтримка громади є важливою умовою відновлення соціальної включеності, що має терапевтичний ефект при подоланні симптомів уникнення.

За результатами статистичного аналізу, проходження психологічної реабілітації пов'язане з нижчими балами гіперактивації (D) ($r_s = -0,367$, $p = 0,001$) і дистресу (F) ($r_s = -0,409$, $p = 0,001$).

Результати показують, що участь у програмах психологічної реабілітації істотно сприяє стабілізації емоційного стану. Психокорекційні заходи, консультації, групові заняття, психоосвіта дозволяють військовослужбовцям навчитися усвідомлювати свої реакції, регулювати напругу й розвивати адаптивні стратегії подолання стресу. Зниження показників гіперактивації свідчить про зменшення рівня психофізіологічного напруження, а нижчий дистрес – про підвищення здатності до самоконтролю та самопідтримки.

Встановлено статистично значущий обернений зв'язок між оцінкою ефективності отриманої допомоги та загальним показником ПТСР ($r_s = -0,551$; $p = 0,003$), а також із компонентом повторного переживання травматичних подій (B) ($r_s = -0,433$; $p = 0,001$), що свідчить про зниження вираженості симптомів ПТСР за умови вищої суб'єктивної оцінки ефективності наданої допомоги. Цей зв'язок виявився найсильнішим у дослідженні. Військовослужбовці, які суб'єктивно оцінюють отриману допомогу як ефективну, демонструють істотно нижчі прояви як загального ПТСР, так і повторного переживання травми.

Висока оцінка ефективності свідчить не лише про якість наданої допомоги, але й про сформовану довіру до психологічної підтримки, віру у можливість відновлення. Такий когнітивно-емоційний ресурс суттєво послаблює інтенсивність травматичних спогадів, нічних кошмарів і нав'язливих образів минулого.

Іншими словами, суб'єктивне відчуття користі від допомоги має не менше значення,

ніж її об'єктивні параметри, бо саме воно активує механізми самовідновлення.

Наявність постійної роботи після звільнення асоціюється з нижчим рівнем депресії ($r_s = -0,342$, $p = 0,001$) і дистресу ($r_s = -0,316$, $p = 0,019$), що вказує на стабілізуючу функцію зайнятості.

Професійна зайнятість виконує роль стабілізуючого соціально-психологічного фактора. Робота надає відчуття соціальної корисності, структурованість часу й можливість реалізації особистісних і професійних навичок.

Для ветеранів, які пережили полон, це особливо важливо, оскільки дозволяє відновити почуття контролю над життям і статус дорослого, самостійного чоловіка. Наявність роботи зменшує симптоми депресії, відчуття безпорадності та ізоляції, водночас сприяє підвищенню мотивації до подальшої соціальної активності. Відсутність працевлаштування, навпаки, часто супроводжується почуттям невизначеності, зниженням самооцінки й підвищенням дистресу.

Також встановлено, що тривалість перебування в полоні демонструє позитивну кореляцію із повторним переживанням (В) ($r_s = 0,415$, $p = 0,001$) та загальним показником ПТСР ($r_s = 0,453$, $p = 0,01$), що підтверджує вплив тривалості травматичного досвіду на тяжкість посттравматичних симптомів.

Позитивний зв'язок свідчить, що чим довше тривав полон, тим вищі показники повторного переживання травми – нав'язливі спогади, нічні кошмари, емоційна нестабільність. Це закономірно, адже тривале перебування в умовах ізоляції, нестачі контролю й постійного страху спричиняє кумулятивне наростання психотравматичних наслідків. Тривалість полону виступає предиктором тяжкості ПТСР, що вимагає більш тривалої і багатокомпонентної реабілітаційної допомоги після звільнення.

Цей результат підкреслює необхідність індивідуалізації програм підтримки з урахуванням тривалості травматичного досвіду – чим довше полон, тим довшим і комплекснішим має бути процес відновлення.

Для уточнення сили впливу окремих чинників на рівень травматичного стресу було

проведено багатофакторний регресійний аналіз, у якому залежною змінною виступав загальний показник ПТСР за Котеньовим, а незалежними – ключові соціальні та організаційні параметри.

Отримана регресійна модель, що описує вплив соціально-організаційних чинників на рівень посттравматичного стресу у звільнених із полону військовослужбовців, виявила високу статистичну значущість ($F = 6,12$, $p = 0,001$) і пояснила 54% варіації рівня ПТСР ($R^2 = 0,54$). Це свідчить, що більше половини коливань показників травматичного стресу зумовлені саме особливостями соціального оточення та умовами організованої допомоги після звільнення.

Виявлені п'ять провідних факторів мають різну спрямованість і силу впливу, але спільно формують інтегровану систему соціально-психологічних детермінант реінтеграції.

Оцінка ефективності психологічної допомоги ($\beta = -0,41$, $p < 0,01$) став найпотужнішим предиктором зниження посттравматичних проявів. Чим вище респонденти оцінювали якість отриманої допомоги, тим нижчими були їхні бали за шкалою ПТСР. Такий зв'язок демонструє не лише результативність самої реабілітації, а й психологічний ефект довіри до процесу лікування. Суб'єктивне відчуття, що допомога дійсно працює, створює внутрішню установку на відновлення, посилює очікування покращення і тим самим активує механізми саморегуляції та самоцілення.

Сімейне оточення виявилось другим за значущістю фактором ($\beta = -0,33$, $p < 0,01$), який безпосередньо впливає на рівень дистресу та емоційної стабільності військовослужбовців. Позитивна роль родини проявляється через емоційне прийняття, стабільність стосунків, безумовну підтримку, що допомагає особі переосмислити травматичний досвід і відновити почуття безпеки.

В умовах постізоляційного періоду саме сім'я стає першим соціальним середовищем, у якому військовий знову навчається довіряти, відкривати емоції, долати замкнутість і відчуження. Високий β -коефіцієнт ($-0,33$) свідчить, що зростання рівня сімейної підтримки

навіть на одну умовну одиницю супроводжується суттєвим зниженням проявів ПТСР, тобто родина виконує роль найстійкішого буфера між травматичним минулим і процесом соціального повернення.

Підтримка побратимів ($\beta = -0,26$, $p = 0,05$) теж виявилася важливим чинником, який зменшує прояви гіперактивації та уникнення – тобто допомагає впоратися з постійною настороженістю, порушеннями сну, підвищеною тривожністю та схильністю до самоізоляції. Контакт із побратимами, які пережили подібний досвід, формує ефект групової ідентичності, де людина відчуває себе зрозумілою без потреби у тривалих поясненнях. Така взаємна підтримка стає джерелом психологічної стабілізації, посилює мотивацію до життя і знижує внутрішнє напруження.

Також, працевлаштування після звільнення з полону ($\beta = -0,25$, $p < 0,05$) є важливим структурним фактором, який сприяє відновленню особистісної та соціальної рівноваги. Робота не лише забезпечує матеріальну стабільність, а й відновлює рольову ідентичність «працюючої людини», що особливо важливо після тривалої залежності та безпорадності у полоні. Зайнятість створює нові соціальні зв'язки, формує відчуття контролю над власним життям, підвищує самооцінку й упевненість у майбутньому. Зниження показників ПТСР серед працевлаштованих військовослужбовців демонструє, що соціально-економічна стабільність є одним із ключових елементів психологічної реабілітації. Цей чинник має дещо менший коефіцієнт β , проте його вплив системний і накопичувальний – ефект проявляється поступово через формування звичної структури повсякденного життя.

Тривалість перебування в полоні ($\beta = 0,30$, $p < 0,05$) це єдиний фактор із позитивним (тобто негативним для адаптації) впливом. Чим довше військовослужбовець перебував у полоні, тим вищими виявлялися показники посттравматичного стресу. Тривалий полон часто супроводжується хронічним відчуттям страху, безсилля та втрати контролю, що формує глибші рівні психічної травматизації. Такі військовослужбовці потребують не лише

короткострокової підтримки, а пролонгованих реабілітаційних програм, орієнтованих на відновлення базового відчуття безпеки, довіри до людей і навичок саморегуляції.

Рівняння регресії впливу соціально-організаційних чинників на рівень ПТСР має наступний вигляд:

$$Y_{\text{ПТСР}} = 73.42 - 0.41X_1 - 0.33X_2 - 0.26X_3 - 0.25X_4 + 0.30X_5$$

де $Y_{\text{ПТСР}}$ – прогнозований рівень посттравматичного стресу (інтегральний показник за опитувальником І. О. Котєнєва);

X_1 – оцінка ефективності психологічної допомоги;

X_2 – підтримка сім'ї;

X_3 – підтримка побратимів;

X_4 – наявність постійної роботи;

X_5 – тривалість перебування в полоні;

73.42 – вільний член (константа, що відображає середній рівень ПТСР за відсутності впливу факторів).

Таким чином, кожне зменшення X_1 (оцінки ефективності допомоги) на одну одиницю супроводжується підвищенням рівня ПТСР на 0,41 бала – тобто чим кращою є оцінка реабілітації, тим нижчий рівень травматичного стресу. Підвищення підтримки сім'ї (X_2) зменшує ПТСР на 0,33 бала, підтримка побратимів (X_3) – на 0,26 бала, наявність роботи (X_4) – на 0,25 бала, тоді як збільшення тривалості полону (X_5) підвищує ПТСР на 0,30 бала.

Отже, можна стверджувати, що ефективна реінтеграція звільнених військовослужбовців залежить не лише від індивідуальних психологічних ресурсів, а передусім від цілісної системи соціальної підтримки, яка забезпечує умови для відновлення емоційної рівноваги, довіри та життєвої перспективи.

Висновок. Отже, результати емпіричного дослідження засвідчили, що процес реінтеграції звільнених із полону військовослужбовців має складну багаторівневу структуру, у якій поєднуються психологічні, соціальні та організаційні чинники. Понад 60% обстежених мали високий або клінічний рівень посттравматичних симптомів за Міссісіпською шкалою, а середній інтегральний показник

ПТСР за методикою І. О. Котеньова становив 96,3 бала, що вказує на наявність глибокого психоемоційного виснаження та значних труднощів соціальної адаптації. При цьому 70% респондентів відзначили психологічні проблеми, 55% – соціальні, 40% – професійні труднощі після звільнення.

Аналіз рівня стресостійкості показав, що лише 12% військовослужбовців мають високий рівень опірності до стресу, 40% – середній, а 48% – низький, що свідчить про виснаження адаптаційних ресурсів у більшості обстежених. За результатами HADS у 80% учасників зафіксовано підвищену тривожність, а у 67% – депресивні тенденції. Це підтверджує необхідність цілеспрямованих заходів психокорекції та психологічного супроводу у процесі післяполонної реабілітації.

Кореляційний і регресійний аналізи дозволили виявити провідні соціально-організаційні детермінанти посттравматичного стресу. Зокрема, модель регресії виявила високу ста-

тистичну значущість ($F=6,12$, $p<0,001$) і пояснила 54% варіації рівня ПТСР ($R^2=0,54$). Найпотужнішим чинником виявилася оцінка ефективності психологічної допомоги ($\beta=-0,41$, $p<0,01$): кожне зниження суб'єктивної оцінки ефективності на одну одиницю супроводжується підвищенням ПТСР на 0,41 бала. Значний вплив також мають підтримка сім'ї ($\beta=-0,33$, $p<0,01$), підтримка побратимів ($\beta=-0,26$, $p<0,05$) і наявність постійної роботи ($\beta=-0,25$, $p<0,05$), які відіграють захисну роль у зниженні симптомів травматичного стресу. Водночас тривалість перебування в полоні ($\beta=0,30$, $p<0,05$) виступає предиктором зростання рівня ПТСР, що свідчить про накопичувальний характер психотравматичного впливу.

Таким чином, отримані результати переконливо доводять, що ефективна реінтеграція звільнених із полону військовослужбовців можлива лише за умови комплексного підходу, який поєднує психологічну, соціальну та професійну підтримку.

Список використаних джерел:

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). URL: <https://endocrin.clinic/gospitalna-shkala-trivogi-i-depresii/> (дата звернення: 10.01.2026).
3. Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів. URL: https://www.eztests.xyz/tests/personality_mptsd_combat/#google_vignette (дата звернення: 10.01.2026).
4. Опитувальник травматичного стресу І. О. Котеньова. URL: <https://studfile.net/preview/15324797/page:54/> (дата звернення: 10.01.2026).
5. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. посібн. Київ: Кондор, 2005. 276 с.

References:

1. Agayev, N. A., Kokun, O. M., Pishko, I. O., Lozinska, N. S., Ostapchuk, V. V. & Tkachenko, V. V. (2016). Collection of methods for diagnosing negative mental states of military personnel [Zbirnyk metodyk dlya diahnostyky nehatyvnykh psykhychnykh staniv viys'kovosluzhbovtziv]. Kyiv : Research Center of the Armed Forces of Ukraine. 234 p. [in Ukrainian].
2. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (2023). [Hospital'na shkala tryvohy i depresiyyi (HADS)]. URL: <https://endocrin.clinic/gospitalna-shkala-trivogi-i-depresii/> [in Ukrainian].
3. Mississippi Posttraumatic Stress Disorder Scale [Missisips'ka shkala posttravmatychnykh stresovykh rozladiv]. URL: https://www.eztests.xyz/tests/personality_mptsd_combat/#google_vignette [in Ukrainian].
4. Traumatic Stress Questionnaire by I. O. Kotenev (2025). [Opytuval'nyk travmatychnoho stresu I. O. Kotyen'ova]. URL: <https://studfile.net/preview/15324797/page:54/> [in Ukrainian].
5. Rozov V.I. (2005). Adaptive anti-stress psychotechnologies [Adaptyvni antystresovi psykhotekhnolohiyi]. Kyiv : Condor. 276 p. [in Ukrainian].

