

ДИСОЦІАТИВНІ РОЗЛАДИ У ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ: РІВНІ ТА МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ

Клименко Іван Сергійович

кандидат психологічних наук кафедри психології
ТОВ «Зігмунд Фройд Університет Україна»
ORCID ID: 0000-0003-3119-7494
Scopus Author ID: 59152947100

Шелестова Олена Вікторівна

кандидат психологічних наук,
доцентка кафедри психології
Херсонського державного університету
ORCID ID: 0000-0001-6873-421X

Науменко Наталія Олександрівна

кандидат психологічних наук,
старший викладач
Національного технічного університету України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»
ORCID ID: 0000-0002-0113-9317

Дисоціативні розлади, які виникають у відповідь на важкі травматичні події, що можуть супроводжувати бойові дії та умови полону, є серйозною проблемою для військовополонених після звільнення. Тривалий стрес, фізичне та психологічне насильство, ізоляція та загроза життю значно підвищують ризик розвитку дисоціативних симптомів. Дослідження рівнів і методів психологічного втручання є досить важливим для розробки найбільш ефективних програм реабілітації та підтримки військовополонених, які можуть сприяти покращенню їх психічного здоров'я та якості життя.

Мета статті – вивчити прояви дисоціативних розладів у військовополонених та визначити найбільш ефективні рівні та методи психологічного втручання для їх лікування, реабілітації та подальшої адаптації в суспільстві.

Дослідження підтверджує, що дисоціативні розлади є широко поширеним наслідком тривалого ув'язнення та важких травматичних подій, пов'язаних із бойовими діями. Проведені дослідження показали високий рівень проявів дисоціативних розладів у військовополонених, як-от: амнезія, деперсоналізація та роздвоєння свідомості. Крім того, військовополонені, які пережили більш важкі форми травматичного досвіду (фізичне чи психологічне насильство), демонструють набагато вищий рівень дисоціації та посттравматичних симптомів. Оцінка ефективності психологічної інверсії показує, що комплексні методи, які передбачають когнітивно-поведінкову терапію, методи стабілізації та підтримку на різних етапах реабілітації, є найбільш ефективними для зменшення симптомів дисоціації та покращення психоемоційного стану військовополонених. Комплексний і послідовний підхід до організації психологічних впливів на різних рівнях (індивідуальний, груповий) значно зменшує негативні прояви дисоціації та суттєво покращує адаптацію військовополонених після звільнення з полону. Впровадження таких методів лікування є невід'ємною частиною реабілітаційних програм для цієї групи постраждалих.

Ключові слова: дисоціація, дисоціативні розлади, ПТСР, військовополонені, неврологічні симптоми.

Klymenko I., Shelestova O., Naumenko N. DISSOCIATIVE DISORDERS IN PRISONERS OF WAR: LEVELS AND METHODS OF PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS

Dissociative disorders pose a serious problem for captives, as they appear in response to severe traumatic events, which can accompany combat and captivity conditions. Prolonged stress, physical and psychological violence, isolation and threat to life significantly increase the risk of development dissociative symptoms. Studies of levels and methods of psychological intervention is important for development of effective rehabilitation and support programs for prisoners of war, which can contribute to improvement of their mental health and life quality.

Aim of the article – study the manifestations of dissociative disorders in prisoners of war and determine the effective levels and methods of psychological intervention for their treatment and rehabilitation.

Study confirms, that dissociative disorders are widespread consequence of prolonged imprisonment and severe traumatic events, related to combat. Conducted studies showed high level of dissociative disorders in prisoners of war, such as amnesia, depersonalization and split consciousness. Also, prisoners of war, who survived more severe forms of traumatic experience (physical or psychological violence), show higher level of dissociation and post-traumatical symptoms. Evaluation of psychological intervention effectiveness shows, that complex methods, which include

cognitive-behavioral therapy, stabilization techniques and support on different stages of rehabilitation, are the most effective for reducing od symptoms of dissociation and improvement of psychoemotional state of prisoners of war.

Complex approach to psychological interventions on different levels (individual, group), significantly reduces manifestations of dissociation and improves adaptation of prisoners of war after release. Implementation of such treatment methods are inseparable part of rehabilitation programs for this group of victims.

Key words: *dissociation, dissociative disorders, PTSD, prisoners of war, neurological symptoms.*

Вступ. Травматичні події можуть статися в будь-якій ситуації, але зазвичай це ізольовані інциденти із чітким завершенням, і жертва зазвичай має вихід із проблеми. У випадку полону військовослужбовці піддаються повторюваним травматичним подіям і ситуаціям, з яких немає виходу, і вони повністю залежать від своїх кривдників, які мають величезну владу в цих ситуаціях над жертвою. При цьому військовополонені ніколи не знають, як довго триватиме ця жахлива ситуація. Крім того, військові піддаються різним формам знущань і тортур, що викликає відчуття страху перед неминучою смертю, оскільки кривдник вирішує, чи залишити затриманого живим. Полон створює домінуюче відчуття страху і втрати всієї автономії, що часто призводить, особливо в разі тривалого полону, до втрати жаги до життя та бажання покінчити з ним. Через це полон вважається одним із найскладніших людських переживань. Безліч досліджень у сфері психотравматології вказують на важливість цієї теми в охороні здоров'я. Вкрай важливо ідентифікувати розлади, що виникають унаслідок травми, та визнати життєво важливу роль соціальної спільноти та підтримки в процесі відновлення для постраждалих. Це постійно підтверджується як значущий фактор, що передбачає успішне відновлення.

Дисоціативні розлади – це стани, за яких стаються збої у пам'яті, усвідомленні, ідентичності або сприйнятті. Люди з дисоціативними розладами патологічно й несвідомо використовують дисоціацію як захисний механізм. Деякі дисоціативні розлади спричинені травмою, але сам розлад може виникати під впливом стресу, психоактивних речовин без ідентифікованого тригера.

Дисоціативні розлади серед військовополонених є серйозною та недостатньо вивченою проблемою, яка заслуговує на особливу увагу сучасної науки. Досвід полону, який супроводжується екстремальними формами насильства, безвихідними ситуаціями та повною залежністю від тюремників, призводив до глибоких психічних порушень. На відміну від інших травматичних ситуацій, у полоні травматичні події тривають безперервно, що сприяє розвитку стійких психічних розладів, зокрема дисоціативних.

Актуальність дослідження обумовлена необхідністю розробки ефективних методів психологічного втручання, які б враховували специфіку впливу таких розладів на психіку військовополонених. Нещодавні дослідження в галузі психотравматології вказали на те, що дисоціативні розлади внаслідок травматичних подій залишають тривалий слід у психіці, впливаючи на здатність до соціальної адаптації та викликаючи серйозні зміни в поведінці та самосприйнятті.

Психологічна реакція на подію може інтерпретуватися як травматична, що може призводити до проявів депресії через дисоціативні переживання та ПТСР. За результатами всебічного огляду літератури Либренц С. інші [1] спостерігали такі коротко- чи довготривалі психологічні реакції, а саме емоційні реакції: страх, тривогу, депресію, гнів, вину та сором; когнітивні порушення: дисоціативні процеси; біологічні реакції: гіпервозбудження та соматичні порушення; зміни в поведінці: агресивну та суїцидальну поведінку, вживання психоактивних речовин.

Науковці приділяють значну увагу дослідженню дисоціативних розладів, однак було виявлено, що специфіка розвитку цих розладів у військовополонених потребує подальших емпіричних досліджень. Хоча було з'ясовано, що дисоціативні симптоми, як-от амнезія, деперсоналізація та інші форми відчуження від реальності, є поширеними серед осіб, що пережили полон, залишаються нерозкритими питання стосовно диференціації рівнів прояву розладів та вибору оптимальних методів терапії.

Метою цього дослідження було визначення рівнів дисоціативних розладів у військовополонених, а також розробка й апробація методів психологічного втручання, спрямованих на їх корекцію та подолання. Дослідження передбачає використання новітніх підходів і сучасних методик для аналізу ступеня порушень та ефективності втручання, що базуються на сучасних наукових даних з урахуванням особливостей дисоціативних розладів у військовому середовищі.

Матеріали та методи. Це дослідження було спрямоване на вивчення дисоціативних розладів у колишніх військовополонених, а також рівнів і методів психологічних втручань для поліпшення їхнього психічного стану. Дослідження проводилося з використанням бібліографічних баз даних PubMed, Google Scholar, SCOPUS і Web of Science. Вибірка та методи дослідження були адаптовані для забезпечення репрезентативності та достовірності результатів у контексті психічних розладів, що виникають унаслідок тривалої травматизації в умовах полону.

У дослідженні взяли участь 50 чоловіків, колишніх військовополонених, які пройшли через воєнний полон і повернулися до цивільного життя. Середній вік учасників становив 45 років, а середня тривалість перебування в полоні – 1,3 року. Усі учасники пройшли попередню психологічну оцінку

та надали письмову згоду на участь. Вибірка формувалася методом випадкової вибірки з урахуванням досвіду військовополонених, що дає змогу максимально об'єктивно оцінити їхні дисоціативні розлади та визначити рівні ефективності втручань.

Основними змінними дослідження були дисоціативні розлади, що кількісно оцінювалися за шкалою дисоціативних переживань, прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вимірювалися відповідно до критерію А DSM-IV для визначення наявності ПТСР, рівень тривожності, агресії та депресії включалися як залежні змінні для оцінки психічного стану учасників, соціальна підтримка й участь у терапії – як незалежні змінні для аналізу впливу на результати лікування.

Процедура дослідження передбачала індивідуальні інтерв'ю з учасниками й оцінювання за допомогою таких інструментів: шкала дисоціативних переживань (Dissociative Experiences Scale, DES) [2] – містить 28 пунктів для кількісної оцінки дисоціативного досвіду. DES продемонструвала високу надійність і клінічну валідність, адаптована до українського контексту, анкета соціально-демографічної історії – для збору даних про вік, сімейний статус, рівень освіти та досвід участі у військових діях.

Оцінювання проводили кваліфіковані психотерапевти, які пройшли навчання з використання цих психодіагностичних інструментів.

Дослідження проводилось у два етапи: перший – оцінка стану учасників на початковому етапі, другий – контрольна оцінка після завершення курсу психологічних втручань. Усі процедури виконувалися з дотриманням етичних норм і конфіденційності, що були схвалені Етичним комітетом.

Для аналізу даних було застосовано статистичну обробку. Основні методи передбачали аналіз кореляцій для визначення взаємозв'язку між змінними, дисперсійний аналіз для оцінки відмінностей між групами, а також регресійний аналіз для прогнозування результатів на основі змінних, пов'язаних із психічним станом військовополонених.

Дослідження було структуроване в кілька послідовних етапів, що дало змогу зберегти логічність і цілісність аналізу. Спочатку було проведено попередню оцінку, під час якої зібрали демографічні та базові клінічні дані. На другому етапі виконано емпіричні виміри дисоціативних розладів, симптомів ПТСР, тривожності й агресії за допомогою стандартизованих психодіагностичних інструментів. На третьому етапі було проведено серію психологічних втручань із метою стабілізації стану учасників. Завершальний етап передбачав контрольну оцінку стану військовополонених для порівняння з початковими результатами. Така організація забезпечила чітку послідовність збору даних і дала можливість детально відстежити зміни в психічному стані учасників під впливом інтервенцій.

Для візуалізації результатів використовувалися графічні редактори для створення таблиць, рисунків та діаграм. Статистичну достовірність оцінювали за допомогою таких методів: кореляційний аналіз для визначення взаємозв'язків між змінними, t-критерій Стюдента для порівняння середніх значень, регресійний аналіз для прогнозування впливу дисоціативних розладів на рівень агресії. Рівні статистичної значущості встановлено на рівні $p < 0,05$ та $p < 0,01$, що забезпечує високу надійність отриманих результатів. Використані методи підтверджені попередніми дослідженнями й обґрунтовані для аналізу психічних розладів у вибірці колишніх військовополонених.

Результати. Дисоціативні розлади характеризуються мимовільним порушенням або дезінтеграцією цілісного функціонування однієї чи більше з таких сфер: особиста ідентичність, відчуття, сприйняття, емоції, мислення, пам'ять, контроль над рухами тіла або поведінкою. Дезінтеграція може бути повною, але зазвичай є частковою і може змінюватися від дня до дня або навіть протягом години [3, с. 273–288]. Симптоми дисоціативних розладів не можуть бути пояснені дією лікарських засобів чи психоактивних речовин, включно з ефектами відміни, а також не можуть бути пояснені наявністю іншого психічного й поведінкового розладу, порушення нейророзвитку, розладу сну – бадьорості, захворювання нервової системи чи іншого порушення здоров'я і не є прийнятними для певних культурних, релігійних або духовних практик. Дисоціативні симптоми при цьому достатньо виражені, щоб спричинити значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, навчальній, професійній та інших важливих сферах функціонування [4].

Дисоціативні розлади є складними психічними станами, що мають широкий спектр симптомів, зокрема порушення зору, слуху, рівноваги, рухової активності, когнітивних функцій, а також відчуття власної ідентичності [5, с. 496]. Основна категорія – дисоціативні розлади з неврологічними симптомами – охоплює порушення, які не мають фізіологічного підґрунтя, як-от зорові та слухові дисфункції, неепілептичні судоми, розлади мовлення, парези й аномалії рухів. Крім того, такі симптоми можуть виникати внаслідок травматичних подій і проявлятися раптово та мимовільно. Значні когнітивні порушення, включно з амнезією та проблемами концентрації, також є частими серед пацієнтів із цими розладами, що істотно впливає на їхню здатність виконувати щоденні функції [6, с. 281].

До інших важливих форм дисоціативних розладів належать трансові стани та дисоціативний розлад ідентичності, коли особа може відчувати наявність кількох ідентичностей або контролю «іншою сутністю». Також поширений синдром деперсоналізації-дереалізації, де людина відчуває себе

відстороненою від власного тіла або оточення. Вторинний дисоціативний синдром, який виникає через інші травматичні події або розлади, ще більше ускладнює клінічну картину, впливаючи на особистісну, соціальну й професійну діяльність людини [7, с. 149–159].

Прояв характеризується симптомами, які мають основні клінічні ознаки інших дисоціативних розладів (тобто мимовільне порушення або розрив у нормальній інтеграції однієї або декількох сфер, як-от ідентичність, відчуття, сприйняття, емоції, думки, пам'ять, контроль над рухами тіла або поведінка). Симптоми не відповідають діагностичним вимогам жодного з інших розладів у групі дисоціативних розладів. Вони не пояснюються іншим психічним розладом (наприклад, посттравматичний стресовий розлад, складний посттравматичний стресовий розлад, шизофренія, біполярні розлади), не є частиною колективної культурної або релігійної практики, не є результатом впливу речовини чи лікарського препарату на центральну нервову систему (включно з ефектами відміни), а також не є наслідком хвороби нервової системи, розладу сну – бадьорості, травми голови або іншого медичного стану [4, с. 592].

Симптоми спричиняють значний дистрес або суттєво порушують особисте, сімейне, соціальне, навчальне, професійне або інші важливі сфери функціонування. Якщо функціонування зберігається, це відбувається лише завдяки значним додатковим зусиллям [8, с. 178].

Дослідження військового полону регулярно підкреслюють інтенсивність психотравми, спричиненої цим видом травматизації, через його специфічні характеристики [9, с. 191–209]. Основною ознакою полону є травматизація, спрямована безпосередньо на особистість, під час якої військовополоненого намагаються принизити, поранити та зламати. Різні форми насильства й катування відбуваються на особистісному рівні, і полонений відчуває повну втрату контролю над своїм життям. Невизначеність, у якій перебуває полонений, підсилює ефект кожного стресового фактора, що призводить до кумулятивного ефекту від окремих подій [10]. Однією з особливостей полону, що відрізняє його від інших травматичних ситуацій, є тривала та повторювана травматизація, яка може тривати місяці або навіть роки. Спостереження показують, що під час перебування в полоні особи проходять через кілька етапів, кожен з яких є окремим стресовим фактором. До таких етапів належать полон, утримання, звільнення з полону та повернення в оточення, а також фаза реінтеграції.

Ще однією особливістю полону є втрата зв'язку із зовнішнім світом, відсутність будь-якої інформації та втрата зв'язку з близькими людьми. Умови в полоні часто є надзвичайно важкими: полонені можуть піддаватися впливу екстремальних температур, антисанітарних умов і бути позбавлені базових потреб, як-от їжа, вода та медична допомога. Перебування в одиночній камері, де полонених часто тримають у темряві та тиші без можливості спілкуватися з іншими, описується як одна з найтравматичніших подій під час полону. Хоча бойова травма також може бути інтенсивною та включати загрозу життю, свідчення страждань товаришів і навіть убивство цивільних, вона відрізняється від ситуації, у якій опиняються солдати після полону. У бойових умовах травматизація не спрямована безпосередньо на особистість, солдат оточений товаришами, має необхідне спорядження, медичну допомогу, доступ до їжі, води, а також не обмежений у доступі до інформації та зв'язку [11].

Однак для військовополонених такі умови значно відрізняються: вони стикаються з ізоляцією, нестачею підтримки, відсутністю доступу до необхідних ресурсів та систематичним психологічним тиском. Унаслідок цього значно зростає ризик розвитку дисоціативних розладів, як-от деперсоналізація, дереалізація, амнезія, що є захисною реакцією на тривале травматичне середовище. Дослідження дисоціативних розладів у військовополонених, їхніх рівнів та методів психологічних втручань спрямоване на розуміння динаміки цих порушень і пошук ефективних підходів до лікування, які враховували б унікальний досвід полону.

Отримано об'єктивний огляд розподілу травм серед різних груп постраждалих унаслідок воєнних дій. Результати можуть слугувати підставою для розробки та впровадження індивідуалізованих підходів до реабілітації та психологічної підтримки для кожної категорії постраждалих.

У дослідженій групі, що складалася з 50 колишніх військовополонених, психічні травми та стресові реакції було виявлено у 35 осіб (70 %), тоді як 15 досліджуваних (30 %) показали задовільний психічний стан. Як і очікувалося, військовополонені продемонстрували високу частоту випадків психічних травм. Найпоширенішим видом була фізична травма (100 %), далі – зневага (82 %), емоційне насильство (80 %) та сексуальне насильство (24 %). Незважаючи на використання стандартизованих шкал, низький рівень повідомлень про сексуальне насильство може пояснюватися різницею у сприйнятті сексуального насильства між чоловіками та жінками, а також труднощами обговорення таких випадків через культурні, релігійні та традиційні цінності.

Серед військовополонених 12 осіб (25 %) мали прояви дисоціативних розладів, причому в деяких було зафіксовано більше ніж один симптом. Такі показники, як високі бали за амнезією та зануренням, можуть бути пов'язані з тим, що полонені використовували амнезію як засіб зменшення психологічного дискомфорту від ув'язнення. Пункти про занурення мають схожі характеристики з ПТСР,

а саме яскраві спогади, труднощі з концентрацією та порушення уваги, що вказує на можливий зв'язок між зануренням і травматичними переживаннями.

Результати цього дослідження показали значний зв'язок між високими балами за шкалою DES, випадками сексуального насильства й іншими травматичними подіями, що відповідають критерію А. Інші дослідження також вказують на подібні взаємозв'язки. Проте, на відміну від деяких інших досліджень, дисоціативні переживання частіше були пов'язані з травматичними подіями під час полону, ніж до, зокрема з фізичним насильством чи зневагою.

Таблиця 1 представляє результати шкали дисоціативних переживань (DES) у військовополонених після їх звільнення. Найбільше відсоткове значення (38 %) спостерігається в пункті, що стосується яскравих спогадів про минуле, тоді як інші симптоми варіюються від 6 до 28 %, що свідчить про різноманітність дисоціативних переживань серед військовополонених.

З-поміж цих травматичних проявів дисоціативні розлади було визначено у 25 % військовополонених (12 осіб). До основних видів дисоціативних розладів належали деперсоналізація, що проявлялася в емоційній відстороненості та відчуженні від власної особистості, а також дереалізація, яка супроводжувалася почуттям нереальності навколишнього середовища. Окрім цього, у деяких учасників виявили ознаки дисоціативної амнезії, що виражалась у втраті спогадів про травматичні події.

У дослідженій групі з 50 колишніх військовополонених психічні травми та стресові реакції виявлено у 48 осіб (94 %), з яких 25 % (12 осіб) мали дисоціативні розлади, у деяких військовополонених спостерігався не один симптом. Розподіл серед них був таким:

- дисоціативний розлад неврологічних симптомів (6B60) – 8 % (4 особи), які демонстрували порушення моторних або сенсорних функцій, що не мали фізіологічного обґрунтування;
- дисоціативна амнезія (6B61) – 6 % (3 особи) із втратою пам'яті на періоди, пов'язані з травматичними подіями, яка зберігає емоційну відчуженість від цих переживань;

Таблиця 1

Шкала дисоціативних переживань (DES) у військовополонених після звільнення з полону

№	Питання	Набір понад 30 балів	
		Кількість осіб	%
1	Забування частини полону	6	12
2	Пропуск частини розмови	8	16
3	Незнання, як ви потрапили на нове місце	4	8
4	Одягнений у одяг, якого не пам'ятаєте, коли вдягали	5	10
5	Невідомі речі серед ваших особистих речей	12	24
6	Незнайомці знають вас і називають іншим ім'ям	3	6
7	Відчуття поза тілом	4	8
8	Не впізнаєте друзів чи родину	4	8
9	Відсутність спогадів про важливі події	5	10
10	Звинувачення у брехні, хоча ви впевнені, що цього не було	7	14
11	Невпізнавання себе у дзеркалі	5	10
12	Відчуття, що інші люди, особи чи предмети не є реальними	8	16
13	Відчуття, що тіло не належить вам	4	8
14	Згадування минулого так яскраво, ніби знову переживаєте його	19	38
15	Невпевненість, чи щось дійсно сталося, чи це був сон	7	14
16	Знайоме місце здається чужим і незнайомим	5	10
17	Занурення в телепередачу або фільм	7	14
18	Занурення у фантазії, що здаються реальними	8	16
19	Здатність ігнорувати біль	7	14
20	Погляд в нікуди, незнання часу	14	28
21	Розмови вголос із собою на самоті	13	26
22	Дієте інакше, майже як дві різні особи	9	18
23	Дивовижна легкість і спонтанність у деяких ситуаціях	12	24
24	Невпевненість, що зробили щось, не пам'ятаючи цього	8	16
25	Знаходження доказів виконання дій, яких ви не пам'ятаєте	7	14
26	Знаходження записів чи малюнків, яких не пам'ятаєте	14	28
27	Чути голоси всередині голови	4	8
28	Погляд на світ крізь туман	5	10

- трансовий розлад (6B62) – 4 % (2 особи) з епізодами заглиблення в трансовий стан, що супроводжувався частковою втратою свідомості та відчуття особистісної ідентичності;
- розлад трансової одержимості (6B63) – 4 % (2 особи), які мали епізоди, пов'язані з почуттям одержимості чи тимчасовою зміною самосприйняття, відчуваючи вплив іншої особистості;
- дисоціативна ідентичність (6B64) – 2 % (1 особа), спостерігалися ознаки зміни особистості та фрагментації власної ідентичності;
- частковий розлад дисоціативної ідентичності (6B65) – 2 % (1 особа), відзначалася часткова втрата цілісності ідентичності, проте без повної зміни особистості;
- деперсоналізація-дереалізація (6B66) – 10 % (5 осіб) з відчуттями відстороненості від власного тіла та почуттям нереальності навколишнього світу;
- інші уточнені дисоціативні розлади (6B6Y) – 4 % (2 особи), де спостерігалися дисоціативні прояви, що не підпадали під описані категорії, але супроводжувалися значними емоційними та поведінковими змінами.

Ці результати свідчать про складність дисоціативних розладів серед військовополонених і підкреслюють важливість індивідуалізованих підходів до їх реабілітації (див. рис. 1).

Аналіз даних про частоту дисоціативних розладів серед 50 військовополонених після визволення і через три місяці виявив значні зміни. Через 10 днів після визволення дисоціативні розлади були зафіксовані у 12 осіб, тоді як через три місяці їх кількість зменшилась до 6, що становить зниження на 50 %. Найбільше зниження відбулося для деперсоналізації-дереалізації (6B66), випадки якої зменшилися з 5 до 2 (на 60 %), і дисоціативного розладу неврологічних симптомів (6B60), що зменшився з 4 до 2 випадків (на 50 %).

Для перевірки значущості змін було проведено тест Мак-Немара. Результати тесту свідчать, що зниження загальної кількості випадків деяких розладів, зокрема деперсоналізації-дереалізації та дисоціативних розладів неврологічних симптомів, є статистично значущими ($p < 0,05$), що вказує на поліпшення психічного стану частини військовополонених.

Дискусія. У проведеному дослідженні дисоціативних розладів у військовополонених було підтверджено гіпотезу про значне зниження інтенсивності цих розладів через три місяці після полону. Результати статистичного аналізу свідчать про зменшення кількості випадків дисоціативних розладів на 50 % (з 20 до 10 осіб) у групі колишніх військовополонених, що узгоджується з метою дослідження – виявлення динаміки психічних розладів та ефективності подальших реабілітаційних заходів. Особливу увагу слід звернути на статистично значуще зменшення випадків деперсоналізації-дереалізації (з 5 до 2 осіб) та дисоціативного розладу неврологічних симптомів (з 4 до 2 осіб), що вказує на ефективність певних методів психологічного втручання.

Отримані результати можна порівняти з іншими дослідженнями, що вивчали дисоціативні симптоми в постраждалих від травм, але з фокусом на цивільних жертвах війни. Наприклад, аналогічні

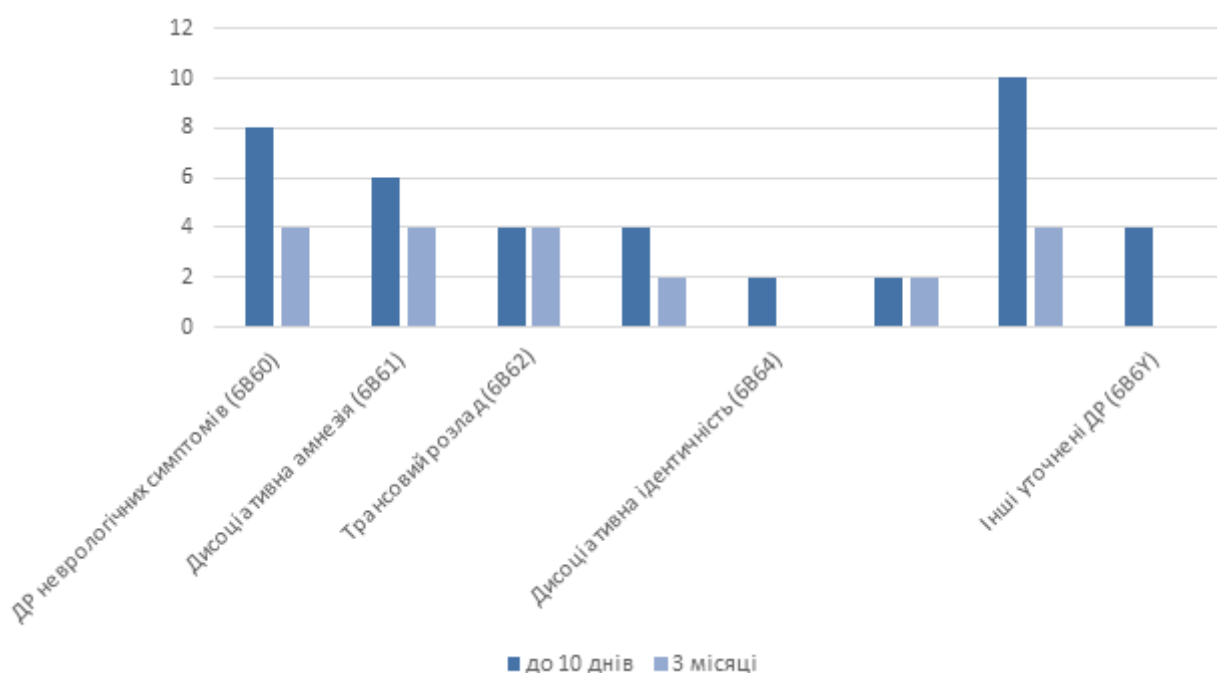


Рис. 1. Структура психічних травм та дисоціативних розладів у військовополонених, %

дослідження серед цивільного населення вказують на поступове зниження рівня дисоціативних симптомів після тривалих періодів психотерапії, хоча такі зміни часто займають більше часу, ніж у військових. Це може бути пов'язано з підтримкою, яку колишні військовополонені отримують у процесі реабілітації, а також із їх здатністю швидше адаптуватися до психологічних методів втручання.

Згідно з дослідженням Гібсона Л. та співавторів [12, с. 473–484], найбільш частими травматичними подіями серед військовополонених і в'язнів є контакти з тілом або травмами, сексуальне насильство та фізичні напади, які часто спричиняють розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та супутніх дисоціативних проявів. Зокрема, результати нашого дослідження узгоджуються із цими даними, оскільки тортури, свідчення вбивства чи тяжкого нападу, а також убивство друга або члена сім'ї були визначені як найбільш поширені травми, що призвели до ПТСР у досліджуваних військовополонених.

Основною ознакою полону залишається умисна цілеспрямована травматизація людини, котра має на меті приниження гідності людини та завдання страждань на психологічному та фізичному рівнях. Між жертвою, тобто полоненим, і кривдником формуються деструктивні відносини, в основі яких полягає ситуація примусового контролю. Переживання полоненим тортур створює відчуття повної відсутності контролю над власним життям, стан невизначеності посилює дію стресорів та спричиняє кумулятивний ефект окремих травматичних подій. Близько 40 % з військовополонених [13, с. 124] при захопленні в полон були поранені, близько 90 % зазнали голоду та перебували в умовах перенаселеності та без можливості дотримання елементарних правил гігієни. Що стосується тортур, то 90 % відчували на собі вплив надзвичайно високих температур, 30 % перебували в заключенні в одиночних камерах, 90 % змушували марширувати до виснаження, 90 % зазнавали фізичних знущань через побиття. Окремим фактором, котрий посилював вплив стресових факторів, було перебування в ролі спостерігача під час розстрілу або ж катувань інших полонених. Близько 70 % з досліджуваних зазнавали постійних допитів і психологічного насилля.

У дослідженні Герцог С. та ін. [14, с. 138–145] дисоціативної симптоматики проводили експеримент, учасниками вибірки якого були ветерани США, котрі зазнали травми незалежно від наявності діагнозу посттравматичного стресового розладу. У підсумку було виявлено зв'язок між дисоціативними симптомами та високим ризиком суїцидальності, загальним психофізіологічним станом і якістю життя без врахування наявності супутніх захворювань. У близько 20 % ветеранів США спостерігалися дисоціативні симптоми різного ступеня тяжкості. Якщо порівнювати з ветеранами, у котрих була відсутня дисоціативна симптоматика, то більша частина з 20 % ветеранів з дисоціативними симптомами за віковою категорією були молодші, значний відсоток серед них неодружені та безробітні, мали нижчий рівень освіти та фінансового забезпечення. У цієї категорії досліджуваних був більш значний відсоток осіб з наявними супутніми психіатричними розладами, спостерігалася майже у 5 разів вища ймовірність суїцидального ризику.

Що стосується таких дисоціативних симптомів, як дереалізація та деперсоналізація, то їх наявність свідчить про підвищення ризику розвитку посттравматичного стресового розладу та його важкість перебігу. Вченими було проаналізовано дані 3-річного проспективного когортного дослідження національно репрезентативної вибірки ветеранів США з метою підтвердження теорії про наявність зв'язку виникнення дисоціативної симптоматики та порушення адаптивного регулювання емоцій після травми, прогнозуванням ризиків розвитку посттравматичного стресового розладу. За результатами було отримано такі дані, що симптоми дереалізації передбачають майже 5-кратне підвищення ймовірності ризику виникнення посттравматичного стресового розладу (відношення відносного ризику = 4,57, 95%-й довірчий інтервал = 1,55–13,52) навіть після поправки на відповідні соціально-демографічні та пов'язані з травмою фактори та тяжкість [15, с. 215–219].

Існує також проблема недостатності адекватних психологічних втручань. Більшість програм для військовополонених обмежуються базовою психологічною підтримкою, тоді як дисоціативні розлади потребують більш комплексних підходів. Ефективними методами втручання можуть бути когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на обробку травматичних подій, або методи десенсибілізації та репроцесінгу рухом очей, які здатні знизити інтенсивність травматичних спогадів. Використання медитацій та тренінгів також може допомогти військовополоненим повернутися до реального сприйняття світу та відновити цілісність психіки. Важливо також враховувати індивідуальні особливості та культурні аспекти, що впливають на реакцію особистості на травму, щоб забезпечити максимально індивідуалізовану терапію.

Загалом результати дослідження підкреслюють необхідність розширення психологічних програм для військовополонених з урахуванням ризику розвитку дисоціативних розладів.

Висновки. Численні дослідження впливу травм на військовополонених показали, що психологічні наслідки надзвичайно важких травматичних переживань, як-от досвід полону, можуть зберігатися десятиліттями після пережитих подій. Також встановлено, що на розвиток психологічних розладів

впливає не тільки інтенсивність травматичного досвіду, а й низка інших факторів, серед яких особливе значення має соціальна підтримка.

У цьому дослідженні проаналізовано рівні й особливості дисоціативних розладів серед військовополонених, а також визначено ефективність різних методів психологічного втручання. Отримані результати підтвердили високий рівень поширеності дисоціативних симптомів серед колишніх військовополонених, де найбільш поширеними є деперсоналізація, дереалізація та дисоціативна амнезія, що свідчить про значний вплив травматичного досвіду на психічний стан цих осіб. Особливо актуальним є виявлення зв'язку між рівнем дисоціативних розладів та тривалістю перебування в полоні, що підкреслює потребу в довготривалому психологічному супроводі та психотерапевтичній підтримці.

Вивчення й аналіз методів психологічного втручання виявили, що когнітивно-поведінкова терапія, терапія спрямованого переживання та підтримуючі методики здатні зменшити інтенсивність дисоціативних симптомів і сприяти покращенню загального психічного стану військовополонених. Дані втручання підкреслюють важливість систематичного та професійного підходу до психологічної реабілітації цієї групи.

Дослідження робить внесок у теоретичне розуміння та практичне застосування знань щодо психологічної допомоги військовополоненим, зокрема у сфері подолання дисоціативних розладів. Важливість отриманих висновків не лише актуалізує тему психологічної реабілітації, а й окреслює перспективи подальших досліджень у цій сфері, що можуть мати значний вплив на практику надання допомоги у складних кризових ситуаціях.

Крім турботи про здоров'я військовополонених, важливо не забувати про членів їхніх родин, які також страждають від життя поруч із людиною, яка зазнала важкої травми, адже в цих випадках зафіксовано чимало наслідків. Необхідні подальші дослідження із цього питання для визначення найкращих методів профілактики та лікування психічних розладів у цій вразливій популяції.

Література:

1. Liebrez M., Bhugra D., Buadze A., Schleifer R., Smith A. The Russo-Ukrainian War in 2023: Towards a renewed emphasis on the mental health of at-risk groups and forensic-psychiatric considerations. *Forensic Science International: Mind and Law*. 2023. Vol. 4. P. 100115. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666535823000012>
2. Dissociative Experiences Scale – II. 2024. URL: <https://traumadissociation.com/des>
3. Ressler K. J., Berretta S., Bolshakov V. Y., Rosso I.M., Meloni E. G., Rauch S. L., Carlezon W. A. Post-Traumatic Stress Disorder: Clinical and Translational Neuroscience from Cells to Circuits. *Nature Reviews Neurology*. 2022. Vol. 18, No. 5. P. 273–288. DOI: 10.1038/s41582-022-00635-8. URL: <https://www.nature.com/articles/s41582-022-00635-8>
4. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5-TR / Американська психіатрична асоціація ; пер. з англ. Львів : Видавництво «Компанія «Манускрипт», 2024. 592 с. URL: https://manusbook.com/9119_DSM-5-TR/4/index.html
5. Медична психологія : в 2 т. Т. 2. Спеціальна медична психологія ; за ред. Г.Я. Пилягіної. Вінниця : Нова Книга, 2020. 496 с. URL: <https://nautilus.com.ua/intelbook/view/medychna-psykhologiya-t2-spetsialna-medychna-psykhologiya>
6. Stein J.Y., Itzhaky L., Levi-Belz Y., Solomon Z. Traumatization, Loneliness, and Suicidal Ideation among Former Prisoners of War: A Longitudinally Assessed Sequential Mediation Model. *Frontiers in Psychiatry*. 2017. Vol. 8. P. 281. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00281. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29312015/>
7. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ : ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017. 160 с. Бібліопр.: с. 149–159. URL: https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/psiholog_travm.pdf
8. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с. URL: https://scholar.google.com.ua/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=RRrPlvoAAAAJ&citation_for_view=RRrPlvoAAAAJ:HtS1dXgVpQUC
9. Park C.L., Pless Kaiser A., Spiro A., King D.W., King L.A. Does Wartime Captivity Affect Late-Life Mental Health? A Study of Vietnam-Era Repatriated Prisoners of War. *Research in Human Development*. 2012. Vol. 9, No. 3. P. 191–209. URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/Does-Wartime-Captivity-Affect-Late-Life-Mental-A-of-Park-Kaiser/e24d3ce22ecc14e6f129f37fb888f18168d3a081>
10. Suhaiban H.A., Grasser L.R., Javanbakht A. Mental Health of Refugees and Torture Survivors: A Critical Review of Prevalence, Predictors, and Integrated Care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019. Vol. 16, No. 13. P. 2309. URL: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3118173>
11. Corvalan J.C., Klein D., Juan Coralan P.C., Safr C. PTSD: Diagnosis, Evolution, and Treatment of Combat-Related Psychological/Psychiatric Injury. *Missouri Medicine*. 2011. Vol. 108, No. 4. P. 303–308. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6188425/>
12. Gibson L.E., Holt J.C., Fondacaro K.M., Tang T.S., Powell T.A., Tubitt E.L. An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 1999. Vol. 12, No. 3. P. 473–484. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1023/A%3A1024767020280>
13. Jukić M., Milošević M., Ćurković M., Ivezic E. Long-Term Consequences of War Captivity in Military Veterans. *Healthcare*. 2023. Vol. 11, No. 14. P. 1993. URL: <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/14/1993>
14. Herzog S., Fogle B.M., Harpaz-Rotem I., Tsai J., Pietrzak R.H. Dissociative symptoms in a nationally representative sample of trauma-exposed U.S. military veterans: prevalence, comorbidities, and suicidality. *Journal of Affective Disorders*. 2020. Vol. 272. P. 138–145. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032719334469>

References:

1. Liebrezn, M., Bhugra, D., Buadze, A., Schleifer, R., & Smith, A. (2023). The Russo-Ukrainian War in 2023: Towards a renewed emphasis on the mental health of at-risk groups and forensic-psychiatric considerations. *Forensic Science International: Mind and Law*, 4, Article 100115. <https://doi.org/10.1016/j.fsml.2023.100115>
2. Dissociative Experiences Scale II (2024). Retrieved from: <https://traumadissociation.com/des>
3. Ressler, K.J., Berretta, S., Bolshakov, V.Y., Rosso, I.M., Meloni, E.G., Rauch, S.L., & Carlezon, W.A. (2022). Post-traumatic stress disorder: Clinical and translational neuroscience from cells to circuits. *Nature Reviews Neurology*, 18 (5), 273–288. <https://doi.org/10.1038/s41582-022-00635-8/>
4. American Psychiatric Association (2024). Dovidnyk diahnostychnykh kryteriiv DSM-5-TR [DSM-5-TR Diagnostic Criteria Manual] (O. Dovhopolyi, Trans.). Lviv : Vydavnytstvo “Kompaniia Manuscript”. 592 p. Retrieved from: https://manusbook.com/9119_DSM-5-TR/4/index.html [in Ukrainian].
5. Pyliagina, H. Ya. (Ed.). (2020). Medychna psykholohiia: v 2 t. T. 2. Spetsialna medychna psykholohiia [Medical psychology: In 2 vols. Vol. 2. Special medical psychology]. Vinnytsia : Nova Knyha. 496 p. Retrieved from: <https://nautilus.com.ua/intelbook/view/medychna-psykholohiia-t2-spetsialna-medychna-psykholohiia> [in Ukrainian].
6. Stein, J.Y., Itzhaky, L., Levi-Belz, Y., & Solomon, Z. (2017). Traumatization, loneliness, and suicidal ideation among former prisoners of war: A longitudinally assessed sequential mediation model. *Frontiers in Psychiatry*, 8, Article 281. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00281>
7. Turynina, O. L. (2017). Psykholohiia travmuiuchykh sytuatsii: navch. posib. dlia stud. vyshch. navch. zakl. [Psychology of traumatic situations: A textbook for university students]. Kyiv: DP “Vydavnychiy dim “Personal”. 160 p. Bibliography: pp. 149–159. Retrieved from: https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/psiholog_travm.pdf [in Ukrainian].
8. Kisarchuk, Z. H., Omelchenko, Ya. M., Lazos, H. P., et al. (2020). Tekhnolohii psykhoterapevtychnoi dopomohy postrazhdalym u podolanni proiaviv posttravmatychnoho stresovoho rozladu: monohrafiia [Psychotherapeutic support technologies for victims in overcoming PTSD symptoms: Monograph] (Z.H. Kisarchuk, Ed.). Kyiv: Vydavnychiy Dim “Slovo”. 178 p. Retrieved from: https://scholar.google.com.ua/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=RRrPlvoAAAAJ&citation_for_view=RRrPlvoAAAAJ:HtS1dXgVpQUc [in Ukrainian].
9. Park, C.L., Pless, Kaiser, A., Spiro, A., King, D.W., & King, L.A. (2012). Does wartime captivity affect late-life mental health? A study of Vietnam-era repatriated prisoners of war. *Research in Human Development*, 9 (3), 191–209. <https://www.semanticscholar.org/paper/Does-Wartime-Captivity-Affect-Late-Life-Mental-A-of-Park-Kaiser/e24d3ce22ecc14e6f129f37fb888f18168d3a081>
10. Suhaiban, H.A., Grasser, L.R., & Javanbakht, A. (2019). Mental health of refugees and torture survivors: A critical review of prevalence, predictors, and integrated care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (13), Article 2309. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132309>.
11. Corvalan, J. C., Klein, D., Juan, Coralan, P. C., & Safr, C. (2011). PTSD: Diagnosis, evolution, and treatment of combat-related psychological/psychiatric injury. *Missouri Medicine*, 108 (4), 303–308. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6188425/>
12. Gibson, L. E., Holt, J. C., Fondacaro, K. M., Tang, T. S., Powell, T. A., & Turbitt, E. L. (1999). An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (3), 473–484. <https://doi.org/10.1023/A:1024767020280>
13. Jukić, M., Milošević, M., Ćurković, M., & Ivezić, E. (2023). Long-term consequences of war captivity in military veterans. *Healthcare*, 11 (14), Article 1993. <https://doi.org/10.3390/healthcare11141993>
14. Herzog, S., Fogle, B. M., Harpaz-Rotem, I., Tsai, J., & Pietrzak, R. H. (2020). Dissociative symptoms in a nationally representative sample of trauma-exposed U.S. military veterans: Prevalence, comorbidities, and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 272, 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.177>

Статтю прийнято до публікації 26.05.2025 р.