

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління

та національної безпеки

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

на правах рукопису

Давиденко Євген Олександрович

УДК 159.923:316.6

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

ПСИХОЛОГІЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

053 «Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

Керівник роботи:

Першко Лариса Олександрівна

доктор економічних наук, професор

Житомир - 2025

Висновок кафедри _____

за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри

№ _____ від « ____ » _____ 20__ року

Завідувач кафедри _____

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(науковий ступінь, вчене звання)

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти Давиденко Євген Олександрович захистив
(прізвище ,ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:

сума балів за 100-бальною шкалою _____

за шкалою ECTS _____

за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

(прізвище ,ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Давиденко Є. О. Психологічне консультування учасників бойових дій - Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 – «Психологія» - Поліський національний університет, Житомир, 2025.

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню особливостей психологічного консультування військовослужбовців — учасників бойових дій, які мають тривожні розлади. Актуальність теми зумовлена зростанням кількості осіб із числа військових, що зазнали психотравмівного впливу бойових дій, а також потребою в науково обґрунтованих та ефективних формах психологічної допомоги цій категорії клієнтів. У роботі проаналізовано сучасні наукові підходи до розуміння тривожних розладів, їх психологічні прояви у військовослужбовців — учасників бойових дій, а також специфіку консультувальної взаємодії з урахуванням бойового досвіду та посттравматичних чинників. В емпіричній частині дослідження здійснено психодіагностику рівня тривожності, емоційного стану та психологічної адаптації військовослужбовців. За результатами дослідження визначено напрями оптимізації консультативної роботи та сформульовано практичні рекомендації для фахівців-психологів, які працюють з військовослужбовцями — учасниками бойових дій.

Ключові слова: психологічне консультування, військовослужбовці, учасники бойових дій, тривожні розлади, бойова психотравма, психологічна допомога, психічне здоров'я.

ABSTRACT

Davydenko E. Psychological counseling for combatants - Qualification work in the form of a manuscript.

Qualification work for obtaining a master's degree in speciality 053 - psychology - Polissia National University, Zhytomyr, 2025.

The qualification work is devoted to the study of the features of psychological counseling of military personnel - participants of hostilities who have anxiety disorders. The relevance of the topic is due to the increase in the number of military personnel who have experienced the psychotraumatic impact of hostilities, as well as the need for scientifically based and effective forms of psychological assistance to this category of clients. The work analyzes modern scientific approaches to understanding anxiety disorders, their psychological manifestations in military personnel - participants of hostilities, as well as the specifics of counseling interaction taking into account combat experience and post-traumatic factors. In the empirical part of the study, psychodiagnostics of the level of anxiety, emotional state and psychological adaptation of military personnel were carried out. Based on the results of the study, directions for optimizing consulting work were identified and practical recommendations were formulated for psychologists working with military personnel - participants in hostilities.

Key words: psychological counseling, military personnel, participants in hostilities, anxiety disorders, combat trauma, psychological assistance, mental health.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ	11
1.1. Тривожний розлад як об'єкт психологічного дослідження	11
1.2. Етіологія та патогенез тривожних розладів.....	23
1.3. Особливості психологічного консультування військовослужбовців з тривожним розладом	37
Висновки до розділу 1.....	45
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	47
2.1 Підбір та обґрунтування методів дослідження тривожного розладу у військовослужбовців – учасників бойових дій.....	47
2.2 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	50
Висновки до розділу 2	58
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	60
3.1 Загальна характеристика програми психологічного консультування військовослужбовців-учасників бойових дій з тривожними розладами.....	60
3.2 Практичні рекомендації щодо організації психологічного консультування учасників бойових дій з тривожними розладами	69
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74
ДОДАТКИ	Помилка! Закладку не визначено.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Тривожні розлади є однією з найпоширеніших психічних проблем у світі, яка може значно знижувати якість життя людини. Військовослужбовці та учасники бойових дій належать до груп підвищеного ризику розвитку тривожних розладів через специфічні стресові чинники військової служби та досвід травматичних подій. Своєчасна діагностика та надання кваліфікованої психологічної допомоги є вкрай важливими для успішної реабілітації та реінтеграції цих осіб.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, поширеність тривожних розладів серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, може сягати 20-30%, розлади часто супроводжуються коморбідними станами, такими як депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та зловживання психоактивними речовинами, що ускладнює перебіг захворювання та ефективність лікування.

Тривожні розлади у військовослужбовців можуть мати серйозні наслідки не лише для їхнього психічного здоров'я, але й для боєздатності підрозділів та успішного виконання бойових завдань. Висока тривожність, нав'язливі думки, порушення сну та концентрації уваги можуть значно знижувати ефективність дій особового складу в екстремальних ситуаціях. Крім того, наявність тривожного розладу ускладнює процес реінтеграції військовослужбовців до цивільного життя після демобілізації. Постійне занепокоєння, соціальна ізоляція, емоційна нестабільність можуть перешкоджати налагодженню стосунків з близькими, працевлаштуванню та адаптації до нових умов життєдіяльності. Незважаючи на поширеність проблеми, багато військовослужбовців досі не звертаються по професійну психологічну допомогу через стигматизацію психічних розладів у військовому середовищі. Нерідко вони намагаються самотійно впоратися з симптомами тривоги, що може призвести до хронізації стану та подальшого погіршення.

Своєчасне надання ефективної психологічної допомоги військовослужбовцям з тривожними розладами є важливим не лише з

гуманітарної точки зору, але й має значні соціально-економічні переваги. Тому розробка та впровадження науково обґрунтованих програм психологічного консультування для учасників бойових дій з тривожними розладами є актуальним завданням сучасної психологічної науки та практики, програми мають враховувати специфіку військової субкультури, етіологію та патогенез тривожних розладів, а також особливості психологічного стану самих військовослужбовців.

Психологічне консультування є одним з найбільш ефективних методів допомоги особам з тривожними розладами. Воно дозволяє не лише зменшити вираженість симптомів, але й допомогти клієнтам зрозуміти причини їхнього стану, розвинути адаптивні стратегії подолання стресу та тривоги. Для учасників бойових дій психологічне консультування має низку переваг порівняно з іншими методами психологічної допомоги. По-перше, воно є неінвазивним та безпечним методом воно дозволяє враховувати індивідуальні особливості клієнтів, їхній досвід та потреби, консультування може проводитися як індивідуально, так і в групах, що розширює його доступність. Незважаючи на очевидну актуальність проблеми, в Україні досі бракує системних та комплексних програм психологічного консультування для учасників бойових дій з тривожними розладами. Існуючі програми часто не враховують специфіку роботи саме з цією категорією клієнтів, а також не мають достатнього наукового обґрунтування та емпіричної апробації.

Мета дослідження полягає в узагальненні теоретичних підходів та розробці практичних пропозицій щодо психологічного консультування військовослужбовців – учасників бойових дій з тривожними розладами.

Відповідно до мети та предмета дослідження визначено такі *завдання*:

- здійснити теоретичний аналіз проблеми тривожних розладів як об'єкта психологічного дослідження;
- визначити особливості психологічного консультування військовослужбовців з тривожним розладом;

- провести емпіричне дослідження рівня тривожності у військовослужбовців-учасників бойових дій;
- розробити програму психологічного консультування військовослужбовців-учасників бойових дій з тривожними розладами;
- сформулювати практичні рекомендації щодо організації психологічного консультування учасників бойових дій з тривожними розладами.

Об'єктом дослідження є система відносин, що виникають у процесі розробки практичних пропозицій щодо психологічного консультування військовослужбовців – учасників бойових дій з тривожними розладами.

Предмет дослідження – теоретичні і практичні засади психологічного консультування військовослужбовців – учасників бойових дій з тривожними розладами.

Гіпотеза дослідження. Положення сучасної психологічної науки щодо проблем психічного здоров'я особистості, теорії тривожних розладів і стресових реакцій, концепції психологічної травми та посттравматичного стресового розладу, а також наукові підходи до психологічного консультування та психокорекції.

Теоретико-методологічна основа дослідження. Методологічну базу дослідження становлять системний, особистісно-орієнтований, діяльнісний та біопсихосоціальний підходи, які дозволяють комплексно розглядати психологічні особливості військовослужбовців — учасників бойових дій з тривожними розладами. У роботі також використано положення когнітивно-поведінкової, психодинамічної та гуманістичної парадигм психологічного консультування, що забезпечують наукову обґрунтованість вибору методів психологічної допомоги. Теоретичну основу дослідження складають праці вітчизняних і зарубіжних учених, присвячені проблемам тривожності, бойового стресу, психологічної травматизації та реабілітації військовослужбовців.

Для досягнення поставлених завдань були використані такі *методи дослідження*:

- теоретичні методи – аналіз наукової літератури, синтез, узагальнення та систематизація наукових знань;
- емпіричні методи – спостереження, психодіагностичні методи (тестування) для вивчення:
 1. оцінки симптомів тривоги, депресії та ПТСР (Методика «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР»);
 2. визначення рівня тривоги та депресії (Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS));
 3. визначення рівня реактивної і особистісної тривожності («Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)»);
 4. наявності тривоги та ступінь тяжкості тривожних розладів (опитувальник «Шкала тривоги А.Т.Бека»).

Емпірична база дослідження. Емпіричну базу дослідження становлять військовослужбовці — учасники бойових дій, які проходили психологічне обстеження та консультування в умовах спеціалізованих психологічних служб. У дослідженні взяли участь респонденти чоловічої та жіночої статі віком – років, які мають досвід безпосередньої участі в бойових діях та прояви тривожних розладів різного ступеня вираженості. У процесі емпіричного дослідження застосовувалися методи психодіагностики, психологічного консультування та методи кількісного і якісного аналізу отриманих результатів.

Наукова новизна дослідження полягає в теоретичному узагальненні та емпіричному обґрунтуванні особливостей психологічного консультування військовослужбовців — учасників бойових дій із тривожними розладами в сучасних умовах. У роботі уточнено психологічні чинники формування та прояву тривожних розладів у військовослужбовців з урахуванням специфіки бойового досвіду та психотравмівного впливу бойових дій. Уперше емпірично досліджено ефективність застосування комплексного підходу до

психологічного консультування військовослужбовців — учасників бойових дій з тривожними розладами, що поєднує елементи когнітивно-поведінкових, особистісно-орієнтованих та ресурсно-орієнтованих методів психологічної допомоги. Подальшого розвитку набули уявлення про роль психологічного консультування у зниженні рівня тривожності, стабілізації емоційного стану та підвищенні рівня психологічної адаптації військовослужбовців — учасників бойових дій, а також підходи до організації консультативної роботи з урахуванням індивідуальних та соціально-психологічних особливостей цієї категорії клієнтів.

Практичне значення отриманих результатів. Розроблена програма психологічного консультування може використовуватися військовими психологами для надання допомоги військовослужбовцям-учасникам бойових дій з тривожними розладами. Результати дослідження можуть бути корисними для практичної діяльності штатних військових психологів, органів військового управління, військових частин для проведення психологічної підготовки та професійного відбору військовослужбовців, а також для подальшого діагностування та супроводу субтривожних станів військовослужбовців, які перебувають в постійних умовах бойової обстановки.

Апробація та впровадження результатів дослідження. Основні положення дослідження були представлені на трьох міжнародних та наукових конференціях та опубліковані у трьох публікаціях.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел. Повний обсяг роботи становить 89 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ

1.1. Тривожний розлад як об'єкт психологічного дослідження

Тривожний розлад є одним із найпоширеніших психічних розладів, які можуть виникати у військовослужбовців, що пережили травматичні події, зокрема у учасників бойових дій. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно 264 мільйони людей у всьому світі страждають від тривожних розладів, що становить близько 3,6% населення планети. Серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, цей показник може сягати 20-30% [1].

Тривожний розлад — це психічний розлад, який характеризується надмірним занепокоєнням, страхом та тривогою, що не відповідають реальній загрозі або є надмірними по відношенню до об'єктивної ситуації. Він може проявлятися у вигляді генералізованого тривожного розладу, панічного розладу, соціального тривожного розладу, специфічних фобій та інших форм [2].

Учасники бойових дій є особливо вразливою групою щодо розвитку тривожних розладів, оскільки вони часто стикаються з такими стресовими факторами, як загроза життю, втрата побратимів, фізичні та психологічні травми, розлука з близькими тощо. Крім того, після повернення до мирного життя вони можуть зіткнутися з труднощами адаптації, соціальною ізоляцією, проблемами у сімейних стосунках, що також може сприяти розвитку тривожності [3]. Тривожний розлад у учасників бойових дій є надзвичайно поширеною проблемою, яка може мати серйозні наслідки для їхнього психічного здоров'я та якості життя. Одним з найбільш характерних проявів тривожного розладу у учасників бойових дій є постійне занепокоєння. Людина може постійно відчувати тривогу та страх, навіть якщо для цього немає

об'єктивних причин. Це занепокоєння може бути настільки інтенсивним, що значно ускладнює повсякденне життя людини та заважає їй розслабитися і відпочити.

Іншим поширеним симптомом тривожного розладу є проблеми зі сном. Учасники бойових дій можуть страждати від безсоння, труднощів із засинанням або частих пробуджень протягом ночі. Недостатній сон, у свою чергу, може погіршувати загальний стан здоров'я та самопочуття, а також посилювати інші симптоми тривожного розладу. Дратівливість та емоційна нестабільність також є частими супутниками тривожного розладу у учасників бойових дій. Вони можуть відчувати раптові спалахи гніву або роздратування, навіть через незначні подразники, емоційна нестабільність може значно ускладнювати стосунки з близькими людьми та колегами, а також заважати ефективному виконанню професійних обов'язків.

Труднощі з концентрацією уваги є ще одним поширеним симптомом тривожного розладу. Учасники бойових дій можуть відчувати складнощі з фокусуванням на поточних завданнях, швидко відволікатися або забувати важливу інформацію. Порушення концентрації уваги може значно знижувати продуктивність праці та ефективність у повсякденному житті. М'язова напруга є фізичним проявом тривожного розладу, який часто спостерігається у учасників бойових дій. Вони можуть відчувати постійне напруження у різних групах м'язів, особливо у плечах, шії та спині, напруга може призводити до болю, скутості та загального фізичного дискомфорту. У деяких випадках м'язова напруга може бути настільки сильною, що заважає людині вільно рухатися або виконувати звичні дії.

Пришвидшене серцебиття, пітливість та тремтіння також є типовими фізичними симптомами тривожного розладу. Учасники бойових дій можуть відчувати раптове прискорення серцевого ритму, особливо у стресових ситуаціях або при згадуванні травматичних подій. Підвищена пітливість може бути пов'язана з емоційним напруженням та фізіологічною реакцією організму

на стрес. Тремтіння рук, ніг або всього тіла також є поширеним проявом тривоги та може посилюватися у моменти емоційного збудження [5].

Варто зазначити, що вираженість та комбінація цих симптомів може суттєво відрізнятися у різних людей. Деякі учасники бойових дій можуть відчувати лише окремі прояви тривожного розладу, тоді як інші страждають від цілого комплексу симптомів, які значно погіршують якість їхнього життя. Незалежно від індивідуальних особливостей, тривожний розлад може мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я людини, а також негативно впливати на її соціальне функціонування та професійну діяльність.

Розвиток тривожного розладу у учасників бойових дій може бути пов'язаний з цілим рядом факторів. Одним з найбільш значущих є інтенсивність та тривалість травматичного досвіду. Що сильніше та довше людина зазнавала впливу стресових факторів під час бойових дій, то вищим є ризик розвитку тривожного розладу. Наприклад, учасники бойових дій, які неодноразово стикалися з загрозою життю, втратою побратимів або отримали фізичні травми, мають підвищений ризик розвитку тривожності порівняно з тими, хто мав менш травматичний досвід. Наявність попередніх психічних розладів також може бути фактором ризику для розвитку тривожного розладу у учасників бойових дій. Якщо людина ще до участі у військових діях мала схильність до тривожності, депресії або інших емоційних проблем, то травматичний досвід може значно посилити ці схильності та призвести до розвитку повноцінного тривожного розладу. Крім того, наявність психічних розладів у родичів також може свідчити про генетичну вразливість до емоційних проблем та підвищувати ризик розвитку тривожності.

Низький рівень соціальної підтримки є ще одним важливим фактором, який може сприяти розвитку тривожного розладу у учасників бойових дій. Наявність міцних соціальних зв'язків, підтримки з боку рідних та близьких, а також можливість поділитися своїми переживаннями з іншими людьми може значно знизити емоційне навантаження та допомогти людині впоратися з травматичним досвідом. Натомість, соціальна ізоляція, відсутність розуміння

та підтримки з боку оточуючих може посилювати почуття самотності, безпорадності та тривоги [2].

Вживання алкоголю та наркотичних речовин також може бути фактором ризику для розвитку тривожного розладу у учасників бойових дій. Деякі люди можуть вдаватися до вживання психоактивних речовин як засобу самолікування, намагаючись зменшити емоційний біль та тривогу, пов'язані з травматичним досвідом. Однак, зловживання алкоголем та наркотиками може мати зворотний ефект та посилювати симптоми тривожного розладу, а також призводити до розвитку залежності та інших проблем зі здоров'ям [1].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним з найбільш поширених та серйозних типів тривожного розладу, який зустрічається у учасників бойових дій. ПТСР розвивається як відстрочена реакція на травматичну подію і може проявлятися через кілька місяців або навіть років після самої події. Основними симптомами ПТСР є нав'язливі спогади про травматичний досвід, які можуть виникати у вигляді флешбеків, кошмарів або нав'язливих думок. Людина може знову і знову переживати травматичну подію, відчуваючи при цьому сильний страх, безпорадність або жах.

Іншим характерним проявом ПТСР є уникнення думок, почуттів та ситуацій, пов'язаних з травмою. Учасники бойових дій можуть намагатися уникати розмов про свій досвід, місць або людей, які нагадують про травматичні події. Це може призводити до соціальної ізоляції, емоційного отупіння та загального зниження якості життя. ПТСР також може супроводжуватися негативними змінами у когнітивних процесах та настрої. Учасники бойових дій можуть відчувати постійне почуття провини, сорому або безнадійності, а також мати негативні переконання про себе, інших людей або світ загалом. Вони можуть втратити інтерес до активностей, які раніше приносили задоволення, або відчувати труднощі з переживанням позитивних емоцій.

Підвищена збудливість та реактивність є ще одним характерним проявом ПТСР. Учасники бойових дій можуть бути надмірно пильними, постійно

очікуючи загрози або небезпеки. Вони можуть мати проблеми з контролем своїх емоційних реакцій, легко дратуватися або вибухати гнівом. Також можуть спостерігатися проблеми зі сном, труднощі з концентрацією уваги та загальне почуття безпорадності.

Діагностика тривожного розладу у учасників бойових дій може бути ускладнена через низку факторів. Одним з найбільш значущих є небажання самих військовослужбовців звертатися за допомогою до фахівців. У військовій культурі часто панує стереотип про те, що справжній воїн має бути сильним, витривалим та незламним. Визнання наявності психологічних проблем або потреби у допомозі може суперечити цьому образу та викликати почуття сорому або неповноцінності. Крім того, деякі учасники бойових дій можуть побоюватися, що звернення до психолога або психіатра може негативно вплинути на їхню кар'єру або стосунки з колегами [6].

Ще однією перешкодою для діагностики тривожного розладу може бути недостатня обізнаність самих військовослужбовців про симптоми та наслідки цього розладу. Деякі люди можуть вважати свої емоційні реакції нормальними або неминучими після пережитого досвіду та не усвідомлювати потребу у професійній допомозі. Інші можуть намагатися впоратися з тривогою та іншими симптомами самостійно, звертаючись до неадаптивних стратегій, таких як зловживання алкоголем або уникнення соціальних контактів.

Тому надзвичайно важливо проводити просвітницьку роботу серед військовослужбовців щодо тривожних розладів та інших проблем психічного здоров'я, робота має бути спрямована на підвищення обізнаності про симптоми та наслідки тривожного розладу, а також на формування позитивного ставлення до звернення за професійною допомогою. Учасникам бойових дій необхідно надавати інформацію про те, що тривожний розлад є поширеною та цілком нормальною реакцією на травматичний досвід, і що звернення до фахівця не є ознакою слабкості або непрофесіоналізму. Навпаки, здатність визнати наявність проблеми та активно шукати шляхи її вирішення є проявом мужності та відповідальності за власне здоров'я та благополуччя.

Просвітницька робота також має включати інформацію про ефективні методи лікування тривожних розладів, такі як психотерапія та фармакотерапія. Учасникам бойових дій необхідно пояснювати, що сучасна медицина має у своєму розпорядженні дієві інструменти для подолання тривоги та покращення якості життя, і що звернення за допомогою є важливим кроком на шляху до одужання [3].

Крім того, важливо створювати у військових колективах атмосферу відкритості та підтримки, де учасники бойових дій могли б вільно ділитися своїми переживаннями та отримувати розуміння і підтримку з боку колег та командирів. Це може допомогти зменшити стигму, пов'язану з психічними розладами, та заохотити більше людей звертатися за допомогою. Також необхідно забезпечувати доступність послуг з охорони психічного здоров'я для учасників бойових дій. Це може включати створення спеціалізованих центрів або програм психологічної підтримки, де військовослужбовці могли б отримати кваліфіковану допомогу та підтримку, послуги мають бути конфіденційними, щоб люди не побоювалися негативних наслідків для своєї кар'єри або репутації.

Просвітницька робота є лише одним з аспектів комплексного підходу до профілактики та лікування тривожних розладів у учасників бойових дій. Не менш важливим є забезпечення доступу до якісних та ефективних методів лікування, які можуть допомогти людям впоратися з симптомами тривоги та покращити своє загальне самопочуття.

Одним з найбільш ефективних методів лікування тривожних розладів є психотерапія. Існує кілька різних підходів до психотерапії, кожен з яких має свої особливості та переваги. Однак, незалежно від конкретного підходу, головною метою психотерапії є допомогти людині краще зрозуміти свої емоції, думки та поведінку, а також розвинути більш адаптивні стратегії подолання стресу та тривоги. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш широко використовуваних та науково обґрунтованих методів психотерапії для лікування тривожних розладів. КПТ ґрунтується на ідеї про

те, що наші думки, почуття та поведінка тісно взаємопов'язані, і що зміна одного з цих компонентів може призвести до змін в інших.

У рамках КПТ терапевт працює з клієнтом над виявленням та зміною неадаптивних думок та переконань, які можуть лежати в основі тривожного розладу. Наприклад, учасник бойових дій може мати нав'язливі думки про те, що з ним обов'язково станеться щось погане, або що він ніколи не зможе повернутися до нормального життя після травматичного досвіду. Терапевт допомагає клієнту усвідомити ці думки та оцінити їх реалістичність, а також розвинути більш адаптивні та збалансовані переконання.

КПТ також включає в себе роботу над зміною поведінки, яка може підтримувати або посилювати тривожний розлад. Наприклад, учасник бойових дій може уникати певних місць або ситуацій, які асоціюються з травматичним досвідом, що може призвести до посилення тривоги та обмеження якості життя. У рамках КПТ терапевт може використовувати техніку експозиції, яка передбачає поступове та контрольоване знайомство з об'єктами страху з метою зменшення їх емоційного впливу. Ще одним ефективним методом психотерапії для лікування тривожних розладів у учасників бойових дій є десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR). EMDR — підхід, який був розроблений спеціально для роботи з травматичними спогадами та посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Під час сеансу EMDR терапевт просить клієнта зосередитися на певному аспекті травматичної події, одночасно стимулюючи його мозок за допомогою рухів очей або інших форм двосторонньої стимуляції. Вважається, що ця стимуляція допомагає "розблокувати" травматичні спогади, які застрягли в мозку, та інтегрувати їх у загальний життєвий досвід людини.

EMDR може бути особливо корисним для учасників бойових дій, які страждають від нав'язливих спогадів, флешбеків або кошмарів, пов'язаних з травматичним досвідом. Завдяки EMDR ці спогади можуть стати менш емоційно насиченими та болючими, що може значно полегшити загальний стан людини та покращити якість її життя.

Психодинамічна терапія — ще один підхід до лікування тривожних розладів, який ґрунтується на ідеях психоаналізу. Головною метою психодинамічної терапії є дослідження несвідомих конфліктів та механізмів, які можуть лежати в основі тривожного розладу. У рамках психодинамічної терапії терапевт працює з клієнтом над розумінням того, як його минулий досвід та стосунки можуть впливати на поточне функціонування та емоційний стан. Учасники бойових дій можуть мати неопрацьовані конфлікти або травми з дитинства, які можуть загострюватися під впливом бойового досвіду та сприяти розвитку тривожного розладу.

Завдяки психодинамічній терапії учасники бойових дій можуть краще зрозуміти свої емоційні реакції, розвинути більш адаптивні способи мислення та поведінки, а також покращити свої стосунки з іншими людьми. Важливо зазначити, що вибір конкретного методу психотерапії має ґрунтуватися на індивідуальних потребах та особливостях кожного учасника бойових дій. Деяким людям може бути достатньо короткострокової КПТ, тоді як іншим може знадобитися більш тривала та глибока робота в рамках психодинамічної терапії. Також важливо, щоб терапевт мав досвід роботи з травмою та розумів специфічні потреби та проблеми учасників бойових дій. Ще одним важливим аспектом лікування тривожних розладів у учасників бойових дій є фармакотерапія. Хоча медикаментозне лікування не може замінити собою психотерапію, воно може бути корисним доповненням до неї, особливо у випадках важкої або стійкої тривоги.

Антидепресанти, зокрема селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), є одними з найбільш часто використовуваних препаратів для лікування тривожних розладів. Бензодіазепіни, такі як алпразолам або лоразепам, також можуть бути корисними для короткострокового полегшення симптомів тривоги. Однак, ці препарати можуть викликати звикання та мають потенціал для зловживання, тому їх слід використовувати з обережністю та під ретельним наглядом лікаря.

Як і у випадку з психотерапією, вибір конкретного препарату має ґрунтуватися на індивідуальних потребах та особливостях кожного пацієнта. Лікар має враховувати не лише симптоми тривоги, але й загальний стан здоров'я людини, наявність супутніх захворювань, можливі побічні ефекти та взаємодію з іншими ліками. Окрім традиційних методів лікування, таких як психотерапія та фармакотерапія, існують також альтернативні підходи, які можуть бути корисними для учасників бойових дій з тривожними розладами. Наприклад, практика усвідомленості (mindfulness) та медитація можуть допомогти зменшити стрес, покращити емоційну регуляцію та загальне самопочуття.

Йога та інші форми фізичної активності також можуть бути корисними для зменшення симптомів тривоги та покращення загального стану здоров'я. Дослідження показують, що регулярні фізичні вправи можуть мати антидепресивний та анксіолітичний ефект, а також покращувати якість сну та загальне самопочуття. Арт-терапія, музикотерапія та інші форми творчої експресії також можуть бути корисними для учасників бойових дій з тривожними розладами, методи дозволяють людині виразити свої емоції та переживання у безпечній та творчій формі, що може сприяти зціленню та покращенню емоційного стану.

У цілому, лікування тривожних розладів у учасників бойових дій має бути комплексним та індивідуалізованим. Воно має включати не лише традиційні методи, такі як психотерапія та фармакотерапія, але й враховувати унікальні потреби та особливості кожної людини. Важливо також забезпечити учасникам бойових дій доступ до якісної та своєчасної допомоги, а також підтримувати їх на всіх етапах одужання. Не менш важливим аспектом допомоги учасникам бойових дій з тривожними розладами є робота з їхніми родинами та близькими. Травматичний досвід та емоційні проблеми одного члена сім'ї можуть значно впливати на функціонування всієї родини та викликати додатковий стрес та напругу у стосунках.

Тому важливо залучати сім'ї учасників бойових дій до процесу лікування та надавати їм необхідну підтримку та ресурси. Це може включати сімейну терапію, де всі члени родини працюють разом над покращенням комунікації, вирішенням конфліктів та зміцненням емоційних зв'язків. Також важливо навчати родичів щодо особливостей тривожних розладів та того, як вони можуть підтримати свого близького у процесі одужання.

Ще одним важливим напрямком роботи є допомога учасникам бойових дій у соціальній та професійній реінтеграції. Багато ветеранів стикаються з труднощами у пристосуванні до цивільного життя після повернення з війни, що може посилювати їхні емоційні проблеми та тривогу. Програми соціальної та професійної реабілітації можуть допомогти учасникам бойових дій знайти своє місце у мирному житті, розвинути нові навички та знайти значущу роботу. Загалом, допомога учасникам бойових дій з тривожними розладами має бути всебічною та враховувати всі аспекти їхнього життя - від індивідуального психологічного стану до сімейних стосунків та соціальної реінтеграції. Тільки такий комплексний підхід може забезпечити ефективне та стійке одужання та покращення якості життя цих людей.

Підсумовуючи, можна сказати, що тривожні розлади є надзвичайно поширеною та серйозною проблемою серед учасників бойових дій. Вони можуть значно погіршувати якість життя людини, впливати на її стосунки з близькими та здатність функціонувати у суспільстві. Однак, сучасна наука та практика мають у своєму розпорядженні ефективні методи діагностики, лікування та профілактики тривожних розладів. Від психотерапії та фармакотерапії до альтернативних підходів та соціальної підтримки — існує широкий спектр інструментів, які можуть допомогти учасникам бойових дій подолати свої емоційні проблеми та повернутися до повноцінного життя.

Важливо продовжувати дослідження у цій галузі, розвивати нові методи лікування та профілактики, а також підвищувати доступність та якість послуг з охорони психічного здоров'я для учасників бойових дій. Тільки спільними зусиллями фахівців, громадських організацій, державних структур та самих

ветеранів ми зможемо ефективно боротися з цією проблемою та забезпечити краще майбутнє для тих, хто віддав своє здоров'я та благополуччя заради нашої безпеки та свободи.

Кожен учасник бойових дій заслуговує на увагу, підтримку та допомогу у подоланні емоційних викликів, з якими він стикається. Лікування тривожного розладу у учасників бойових дій зазвичай включає комбінацію фармакотерапії та психотерапії. Фармакотерапія може включати використання антидепресантів, анксиолітиків та інших препаратів, які допомагають зменшити симптоми тривоги та покращити якість життя. Проте медикаментозне лікування не усуває причини розладу і часто потребує тривалого застосування [8].

Психотерапія є важливим компонентом лікування тривожного розладу у учасників бойових дій. Вона допомагає людині навчитися розпізнавати та контролювати свої тривожні думки, розвинути адаптивні копінг-стратегії, опрацювати травматичний досвід та покращити соціальне функціонування. Найбільш ефективними методами психотерапії при тривожних розладах вважаються когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та переробка рухами очей (EMDR), психодинамічна терапія тощо [9].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — це метод психотерапії, який допомагає людині змінити неадаптивні думки та переконання, що лежать в основі тривожного розладу, та розвинути нові моделі поведінки. КПТ включає такі техніки, як когнітивна реструктуризація, експозиційна терапія, релаксаційні вправи тощо. Дослідження показують, що КПТ є ефективним методом лікування тривожних розладів у учасників бойових дій, зокрема ПТСР [10].

EMDR — це метод психотерапії, який був спеціально розроблений для лікування ПТСР. Він базується на ідеї про те, що травматичні спогади можуть "застрягати" в нервовій системі людини і продовжувати викликати дистрес навіть після того, як сама травматична подія вже минула. Під час сеансу EMDR терапевт просить клієнта згадувати травматичну подію, одночасно

стимулюючи його рухами очей або іншими формами білатеральної стимуляції. Це допомагає "розблокувати" травматичні спогади та інтегрувати їх у загальну картину життєвого досвіду людини [11].

Психодинамічна терапія — це метод психотерапії, який базується на ідеях психоаналізу та допомагає людині зрозуміти несвідомі конфлікти та механізми, що лежать в основі її тривожного розладу. Терапевт працює з клієнтом над розвитком інсайту щодо того, як минулий досвід та стосунки впливають на його теперішнє функціонування, та допомагає розвинути більш адаптивні способи мислення та поведінки [12]. Незважаючи на наявність ефективних методів лікування, тривожний розлад залишається серйозною проблемою для багатьох учасників бойових дій. Це пов'язано з такими факторами, як стигматизація психічних розладів у військовому середовищі, брак доступу до якісних послуг з охорони психічного здоров'я, фінансові труднощі тощо. Тому важливо продовжувати дослідження у цій галузі та розробляти нові підходи до профілактики та лікування тривожних розладів у учасників бойових дій [13].

Одним із перспективних напрямків дослідження є вивчення ролі соціальної підтримки у профілактиці та лікуванні тривожних розладів у учасників бойових дій. Дослідження показують, що наявність міцної соціальної мережі, яка включає сім'ю, друзів та побратимів, може значно зменшити ризик розвитку тривожного розладу та покращити результати лікування. Тому важливо розробляти та впроваджувати програми підтримки для учасників бойових дій та їхніх сімей, які б допомагали зміцнювати соціальні зв'язки та покращувати комунікацію [14]. Іншим важливим напрямком дослідження є вивчення ефективності альтернативних методів лікування тривожних розладів, таких як йога, медитація, арт-терапія тощо, методи можуть бути особливо корисними для учасників бойових дій, які неохоче звертаються за традиційною психотерапією або мають протипоказання до фармакотерапії. Дослідження показують, що ці методи

можуть допомогти зменшити симптоми тривоги, покращити емоційну регуляцію та загальне самопочуття [15].

Також важливо продовжувати дослідження щодо впливу гендерних відмінностей на розвиток та перебіг тривожних розладів у учасників бойових дій. Дослідження показують, що жінки-військовослужбовці мають вищий ризик розвитку тривожних розладів порівняно з чоловіками, що може бути пов'язано з такими факторами, як більша вразливість до сексуального насильства та харасменту, труднощі з балансуванням військових та сімейних обов'язків тощо. Тому важливо розробляти специфічні програми профілактики та лікування тривожних розладів, які б враховували гендерні особливості [16].

Ще одним перспективним напрямком дослідження є вивчення ролі генетичних факторів у розвитку тривожних розладів у учасників бойових дій. Дослідження показують, що існує генетична схильність до розвитку тривожних розладів, яка може реалізуватися під впливом травматичного досвіду. Краще розуміння генетичних основ тривожних розладів може допомогти розробити більш персоналізовані підходи до їх профілактики та лікування [17]. Таким чином, тривожний розлад є серйозною проблемою для учасників бойових дій, яка потребує комплексного підходу до діагностики, лікування та профілактики. Незважаючи на наявність ефективних методів психотерапії та фармакотерапії, багато учасників бойових дій продовжують страждати від симптомів тривоги, що значно погіршує якість їхнього життя. Тому важливо продовжувати дослідження у цій галузі, розробляти нові підходи до профілактики та лікування тривожних розладів, а також підвищувати доступність та якість послуг з охорони психічного здоров'я для учасників бойових дій.

1.2. Етіологія та патогенез тривожних розладів

Тривожні розлади є найпоширенішими психічними порушеннями, що проявляються розладами настрою, мислення, поведінки та фізіологічної

активності. До них належать панічний розлад, агорафобія, генералізований тривожний розлад, специфічні фобії, соціальні фобії, obsесивно-компульсивний розлад, гострий стресовий розлад і посттравматичний стресовий розлад [12].

Етіологія тривожних розладів є складною і багатофакторною, включаючи дію генетичних, біологічних, психологічних і соціальних чинників. Серед генетичних факторів відзначається спадкова схильність до розвитку тривожних розладів. Дослідження на близнюках показали, що спадковість тривожних розладів складає від 30 до 67%, тобто генетичні чинники відіграють суттєву роль у їх виникненні, хоча конкретні гени ще не виявлені.

Психологічні і соціальні фактори розвитку тривожних розладів включають такі негативні події як насильство (емоційне і фізичне), сексуальне насильство, хронічні захворювання, травми, втрата близьких, розлучення, фінансові труднощі тощо. З іншого боку, позитивні фактори, такі як ефективні копінг-стратегії, безпечні стосунки, сприятливий життєвий досвід та соціальна підтримка, можуть підвищити стійкість до стресових впливів [14].

Крім того, в етіології тривожних станів певну роль відіграють епігенетичні механізми (метилування ДНК, ацетилювання гістонів), які регулюють активність генів і змінюються під впливом життєвих подій та навіть психотерапевтичних інтервенцій. Вони впливають на баланс між чинниками ризику і стійкості, сприяючи розвитку адаптивної або дезадаптивної реакції на стрес.

Патогенез тривожних розладів пов'язаний з порушенням функціонування нейромедіаторних систем мозку, зокрема серотонін та норадренергічної. Вважається, що зниження активності серотонінергічної системи та підвищення активності норадренергічної відповідальні за розвиток тривожної симптоматики. Тому препаратами першої лінії для лікування тривожних розладів є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) і серотонін-норадреналінові інгібітори зворотного захоплення (СНІЗС).

Також у патогенезі тривоги важливу роль відіграють порушення ГАМК-ергічної системи, оскільки бензодіазепіни, які посилюють ГАМК-ергічну передачу, мають ансіолітичну дію. Дисрегуляція кортикостероїдної системи також може чинити вплив на нейронні шляхи, що беруть участь у реакції на стрес та обробці стимулів, що викликають страх.

Нейровізуалізаційні дослідження свідчать про залучення до формування тривожних розладів таких структур мозку як мигдалина, яка відіграє ключову роль у реакції страху, префронтальна кора і передня поясна звивина, що здійснюють гальмівний вплив на мигдалину, а також острівцеві, який інтегрує інтероцептивні сигнали [28].

Окрім того, дослідження показали зв'язок тривожних розладів з маркерами запалення, зокрема підвищеним рівнем лейкоцитів та шириною розподілу еритроцитів (ШРЕ). Оскільки ці показники є предикторами серцево-судинних захворювань, вищий їх рівень у тривожних пацієнтів може свідчити про підвищений кардіоваскулярний ризик. Таким чином, етіологія та патогенез тривожних розладів є комплексним і багатофакторним процесом, що включає взаємодію генетичних, епігенетичних, нейробіологічних, психологічних та соціальних чинників. Генетична схильність у поєднанні з негативними зовнішніми впливами може призвести до порушення регуляції нейромедіаторних систем, змін активності певних структур мозку та розвитку тривожної симптоматики.

Водночас наявність протективних факторів, таких як ефективні стратегії подолання стресу, підтримуюче оточення та своєчасні терапевтичні втручання, сприяє формуванню стійкості до стресових впливів та попередженню розвитку тривожних розладів. Тому профілактика та рання діагностика тривожних станів має надзвичайно важливе значення з огляду на їх високу поширеність та негативні наслідки для психічного і фізичного здоров'я [26]. У зв'язку з високою коморбідністю тривожних розладів з іншими психічними та соматичними патологіями, вони часто призводять до значного погіршення якості життя та соціального функціонування пацієнтів. Зокрема,

тривожні розлади підвищують ризик розвитку депресивних станів, залежності від психоактивних речовин, а також можуть ускладнювати перебіг серцево-судинних, легеневих, ендокринних та інших захворювань. Психологічні моделі відіграють важливу роль у розумінні етіології та патогенезу тривожних розладів, а також у розробці ефективних терапевтичних підходів. Серед найбільш впливових психологічних концепцій тривоги слід відзначити психодинамічну, поведінкову та когнітивну теорії.

Психодинамічна модель, заснована на працях Зигмунда Фрейда та його послідовників, розглядає тривогу як результат неусвідомлених внутрішньопсихічних конфліктів. Згідно з цією теорією, тривога виникає внаслідок боротьби між імпульсами Ід (інстинктивні потяги та бажання) та обмеженнями, що накладаються Супер-Его (інтерналізовані суспільні норми та цінності). Коли ці конфлікти не можуть бути адекватно розв'язані, Его (свідома частина особистості) відчуває загрозу та генерує тривогу як сигнал небезпеки.

Для подолання тривоги Его використовує різноманітні захисні механізми, такі як витіснення (виключення неприйнятних імпульсів зі свідомості), заміщення (перенесення неприйнятних почуттів на більш безпечний об'єкт), раціоналізація (пошук прийнятних пояснень для неприйнятних думок або дій) тощо. Однак надмірне використання незрілих захистів може призвести до розвитку невротичної тривоги та дезадаптивної поведінки. З точки зору психодинамічної моделі, фобічна поведінка розглядається як результат дії специфічних захисних механізмів, зокрема витіснення та зміщення. При цьому тривога, пов'язана з неусвідомленим конфліктом, переноситься на зовнішній об'єкт (наприклад, певну тварину або ситуацію), який символічно представляє загрозу. Уникнення фобічного об'єкта дозволяє знизити рівень тривоги, але перешкоджає усвідомленню та опрацюванню справжнього джерела конфлікту.

Психодинамічна терапія тривожних розладів спрямована на дослідження несвідомих конфліктів та механізмів захисту, їх інтерпретацію та

пропрацювання в терапевтичних стосунках, що дозволяє пацієнту усвідомити витіснені імпульси та бажання, інтегрувати їх в Его та розвинути більш зрілі способи подолання тривоги. Поведінкова модель тривожних розладів ґрунтується на принципах теорії наочіння та експериментальної психології. Згідно з цим підходом, тривога є набутою реакцією, що формується внаслідок дії механізмів класичного (павлівського) та оперантного (скіннерівського) зумовлення [30].

Класичне зумовлення передбачає поєднання первинно нейтрального стимулу з подразником, що викликає страх або тривогу. Внаслідок багаторазового поєднання нейтральний стимул набуває здатності самостійно провокувати тривожну реакцію, механізм добре ілюструє експеримент Дж. Б. Уотсона з маленьким Альбертом, який засвідчив, що страх може бути вироблений шляхом умовно-рефлекторного наочіння [22].

Оперантне зумовлення відіграє важливу роль у підтриманні тривожної поведінки. Згідно з цим принципом, поведінка, що призводить до позитивних наслідків (наприклад, уникнення суб'єктивного дискомфорту), закріплюється та повторюється в майбутньому. Таким чином, уникання тривожних ситуацій негативно підкріплює тривогу та перешкоджає її згасанню. Окрім класичного та оперантного зумовлення, поведінкова модель надає важливого значення наочінню через спостереження (вікарне наочіння). Спостерігаючи за реакціями інших людей на певні об'єкти чи ситуації, індивід може перейняти їх та розвинути відповідні тривожні реакції, навіть не маючи безпосереднього досвіду контакту з цими стимулами [30].

Поведінкова терапія тривожних розладів спрямована на зміну дезадаптивних патернів реагування шляхом навчання новим, більш адаптивним реакціям. Основними методами поведінкового впливу є техніки експозиції (поступове наближення до об'єкту страху), систематичної десенсибілізації (поєднання релаксації з ієрархічним пред'явленням тривожних стимулів), а також оперантні процедури (позитивне підкріплення бажаної поведінки, покарання або ігнорування небажаної).

Когнітивна модель підкреслює вирішальну роль процесів мислення в розвитку та підтриманні тривожних розладів. Згідно з когнітивною концепцією А. Бека, тривога є результатом неадаптивних переконань та автоматичних думок, які викривлено інтерпретують внутрішній досвід та зовнішні події. Когнітивні схеми (стійкі патерни сприйняття та інтерпретації інформації) формуються протягом життя під впливом індивідуального досвіду та навчання. Дисфункційні когнітивні схеми, сформовані внаслідок травматичних переживань або неадекватних стилів виховання, призводять до систематичних викривлень у обробці інформації, так званих когнітивних спотворень.

Серед найбільш характерних когнітивних спотворень при тривожних розладах слід відзначити катастрофізацію (перебільшення ймовірності та значущості негативних подій), довільні умовиводи (робити висновки за відсутності достатніх доказів), вибірккову увагу (надмірна зосередженість на негативних аспектах ситуації), надгенералізацію (поширення од нічного негативного досвіду на широке коло подібних ситуацій) тощо.

Автоматичні думки, що виникають у відповідь на певні тригери, відображають зміст дисфункційних когнітивних схем. Наприклад, при генералізованому тривожному розладі можуть виникати такі автоматичні думки: «Я не впораюсь із цим завданням», «Щось жахливе станеться», «Я не контролюю ситуацію», думки супроводжуються тривогою, занепокоєнням та фізіологічним збудженням.

Характерною рисою тривожних розладів є інтолерантність до невизначеності – нездатність переносити ситуації, в яких результат є непередбачуваним або неоднозначним. Люди з високим рівнем інтолерантності до невизначеності схильні до надмірного занепокоєння, руйнівних думок та уникаючої поведінки [28]. Почуття неконтрольованості та безпорадності є одними з ключових когнітивних факторів, що підтримують тривогу. Сприйняття себе як нездатного впоратися із загрозливими ситуаціями призводить до наростання тривоги, яка, в свою чергу, підкріплює неадаптивні

переконання. Формується порочне коло, в якому тривога та дисфункційні когніції взаємно посилюють одне одного.

Метою когнітивної терапії є виявлення та корекція неадаптивних переконань і автоматичних думок, що лежать в основі тривожних розладів. За допомогою методів сократівського діалогу, поведінкових експериментів, когнітивного реструктурування та інших технік пацієнт навчається ідентифікувати викривлення мислення, піддавати їх сумніву та замінювати на більш реалістичні та адаптивні судження. Важливим компонентом когнітивно-поведінкової терапії тривожних розладів є експозиційні вправи, які дозволяють отримати новий коригуючий досвід та розвинути відчуття самоефективності. Завдяки поєднанню когнітивних та поведінкових інтервенцій пацієнт поступово долає уникнення, опановує навички емоційної саморегуляції та формує більш адаптивні патерни мислення та реагування.

Сучасні дослідження підтверджують ефективність когнітивно-поведінкової терапії в лікуванні широкого спектру тривожних розладів, зокрема панічного розладу, соціальної тривожності, генералізованого тривожного розладу, obsесивно-компульсивного розладу та посттравматичного стресового розладу. При цьому ефект КПТ є стійким та зберігається протягом тривалого часу після завершення терапії [25].

Окрім розглянутих вище моделей, суттєвий внесок у розуміння тривожних розладів зробили інші психологічні концепції, зокрема гуманістичний та екзистенційний напрямки. Представники гуманістичної психології (зокрема, К. Роджерс) розглядали тривогу як наслідок неконгруентності між Я-концепцією та досвідом, що загрожує цілісності особистості. Терапія, центрована на клієнті, спрямована на створення сприятливих умов для самоактуалізації та досягнення конгруентності. Екзистенційна психологія пов'язує тривогу з фундаментальними даностями людського існування – смертю, свободою, ізоляцією та безсенсовністю. Конфронтація з цими даностями може викликати екзистенційну тривогу, яка в разі неопрацювання трансформується в невротичні симптоми. Метою

екзистенційної терапії є прийняття життєвих обмежень, віднайдення сенсу та автентичного способу буття.

Узагальнюючи, слід зазначити, що психологічні моделі пропонують різні, але взаємодоповнюючі погляди на природу тривожних розладів. Кожна з концепцій робить цінний внесок у розуміння етіології, механізмів розвитку та підтримання тривожної симптоматики. Інтеграція цих підходів дозволяє розробляти комплексні та індивідуалізовані стратегії психотерапевтичної допомоги, що враховують унікальність життєвої історії, особистісних особливостей та актуальних потреб кожного пацієнта [21]. Водночас психологічні моделі не слід розглядати ізольовано від біологічних факторів, які відіграють суттєву роль у розвитку тривожних розладів. Генетичні, нейрохімічні та нейроанатомічні чинники взаємодіють зі середовищними та психологічними впливами, формуючи схильність до тривоги та визначаючи специфіку її клінічних проявів.

Розуміння цієї складної взаємодії є необхідною передумовою для розробки ефективних методів профілактики та лікування тривожних розладів. Мультидисциплінарний підхід, що інтегрує досягнення психології, нейронаук та медицини, дозволяє розробляти науково обґрунтовані та практично ефективні інтервенції, спрямовані на зменшення тягаря цих поширених та виснажливих психічних розладів. Попри значний прогрес у вивченні тривожних станів, залишається ще багато відкритих питань щодо їх етіології та патогенезу. Зокрема, потребують подальшого дослідження нейробіологічні механізми тривоги, зв'язок між різними факторами вразливості, а також розробка персоналізованих терапевтичних підходів з урахуванням індивідуального профілю генетичних, епігенетичних та психологічних чинників [11].

Важливими напрямками майбутніх досліджень є пошук надійних біомаркерів тривожних розладів, вивчення факторів стійкості та розробка ефективних стратегій профілактики. Особливу увагу слід приділяти вразливим групам, таким як діти та підлітки, люди похилого віку, а також

особи, що перенесли важку психічну травму. Не менш важливим завданням є подолання стигми та підвищення обізнаності суспільства щодо тривожних розладів. Своєчасне виявлення та лікування цих станів дозволяє запобігти їх хронізації, покращити якість життя пацієнтів та зменшити соціально-економічний тягар, пов'язаний із непрацездатністю та витратами на медичну допомогу [18].

Розглядаючи психологічні моделі тривожних розладів, неможливо оминати увагою внесок сучасних когнітивних та нейропсихологічних концепцій. Зокрема, значний інтерес викликає теорія подвійної обробки інформації, яка пояснює виникнення та підтримання тривоги з точки зору взаємодії автоматичних (неусвідомлюваних) та контрольованих (свідомих) процесів обробки загрозових стимулів [14]. Згідно з цією моделлю, в основі тривожних розладів лежить надмірна активація автоматичної системи оцінки загроз, яка є еволюційно більш давньою та відповідає за швидке виявлення потенційно небезпечних стимулів. Ця система функціонує переважно на підкіркових рівнях, залучаючи такі структури як мигдалеподібне тіло, та забезпечує миттєві поведінкові та фізіологічні реакції (наприклад, зупинка поведінки, завмирання, підготовка до втечі або боротьби).

Водночас контрольована система оцінки загроз, яка пов'язана з функціями префронтальної кори, відповідає за більш повільну, усвідомлену обробку інформації, система дозволяє критично оцінити реальність загрози, врахувати контекст та попередній досвід, а також обрати найбільш адаптивну стратегію реагування. При тривожних розладах спостерігається дисбаланс між автоматичною та контрольованою системами на користь першої, що призводить до надмірного сприйняття загрози в об'єктивно безпечних ситуаціях та ініціює каскад тривожних реакцій. Недостатня активація контрольованої системи перешкоджає адекватній переоцінці загрозових стимулів та посилює відчуття неконтрольованості та непередбачуваності [1].

Нейровізуалізаційні дослідження підтверджують ключову роль мигдалеподібного тіла в генерації тривожних станів. Зокрема, у пацієнтів з

тривожними розладами виявляють підвищену активацію мигдалини у відповідь на емоційно негативні стимули, а також порушення функціональних зв'язків між мигдалиною та регіонами префронтальної кори, що забезпечують гальмівний контроль, дані узгоджуються з результатами психофізіологічних досліджень, які демонструють порушення процесів уваги та когнітивного контролю при тривожних розладах. Зокрема, показано, що тривожні індивіди демонструють надмірну пильність до загрозливих стимулів, а також труднощі з відволіканням уваги від емоційно негативної інформації, особливості можуть зумовлювати схильність до нав'язливих думок, неадаптивного перефокусування та інших когнітивних проявів тривоги [3].

Важливу роль у розвитку та підтриманні тривожних розладів відіграють процеси навчіння, зокрема умовно-рефлекторне та інструментальне обумовлення. Класичні дослідження Дж. Волпе продемонстрували, що тривожні реакції можуть формуватися шляхом асоціативного навчіння, коли первинно нейтральний стимул набуває здатності викликати страх або занепокоєння внаслідок поєднання з травматичною подією [6]. Інструментальне (оперантне) обумовлення пояснює формування уникаючої поведінки при тривожних розладах. Якщо певна дія (наприклад, втеча із суб'єктивно загрозливої ситуації) призводить до швидкого зменшення тривоги, вона закріплюється та повторюється в майбутньому. Таким чином формуються стійкі патерни уникнення, які перешкоджають природньому згасанню тривожних реакцій та підтримують хворобливий стан.

Когнітивно-поведінкові моделі інтегрують принципи навчіння з концепцією дисфункційних переконань та схем. Вони постулюють, що в основі тривожних розладів лежать неадаптивні переконання щодо загрози та власної вразливості, які формуються в результаті травматичного досвіду або навчіння. Ці переконання впливають на обробку інформації, призводячи до селективної уваги до загрозливих стимулів, катастрофічної інтерпретації фізіологічних відчуттів та перебільшеної оцінки ймовірності негативних подій [4].

Метою когнітивно-поведінкової терапії є ідентифікація та корекція дисфункційних переконань і автоматичних думок, що підтримують тривогу. Шляхом сократичного діалогу, поведінкових експериментів та інших технік пацієнт навчається піддавати сумніву неадаптивні когніції та замінювати їх на більш реалістичні судження. Експозиційні вправи, які передбачають поступове наближення до об'єкту страху, дозволяють отримати коригуючий досвід та розвинути навички емоційної саморегуляції.

Ще одним важливим аспектом когнітивних моделей тривожних розладів є метакогнітивна теорія, розроблена А. Веллсом. Згідно з цією концепцією, ключову роль у підтриманні тривоги відіграють не стільки самі тривожні думки, скільки ставлення індивіда до цих думок та спроби їх контролювати. Метакогнітивні переконання, такі як «Якщо я втрачу контроль над своїми думками, станеться щось жахливе» або «Я повинен постійно перевіряти свої думки», призводять до неадаптивних стратегій мислення (наприклад, румінацій або пригнічення думок), які парадоксальним чином посилюють тривогу [28].

Метакогнітивна терапія спрямована на модифікацію дисфункційних метакогнітивних переконань та стратегій. Шляхом методів відстороненої усвідомленості (детачмент), уваги до процесу мислення та експериментів з контролем думок пацієнт навчається сприймати свої думки як ментальні події, а не як відображення реальності [25]. Загалом, сучасні психологічні моделі тривожних розладів відзначаються зростаючим рівнем інтеграції концепцій когнітивної, поведінкової, нейробіологічної та еволюційної психології. Вони враховують складну взаємодію вроджених факторів вразливості, індивідуального досвіду та поточних тригерів у розвитку та підтриманні тривожних станів. Розуміння цих механізмів дозволяє розробляти більш специфічні та ефективні методи психотерапевтичного впливу.

Водночас залишається ще багато відкритих питань щодо природи та детермінації тривожних розладів. Зокрема, потребують подальшого вивчення нейрональні кореляти окремих симптомів та синдромів, зв'язок між

генетичними факторами та факторами середовища, а також ефективність новітніх методів лікування, таких як методи нейромодуляції або інтервенції, засновані на майндфулнесі.

Важливо також враховувати культуральні та соціальні аспекти тривожних розладів. Прояви тривоги можуть варіювати залежно від культурного контексту та превалюючих норм і цінностей. Крім того, соціальні фактори, такі як соціально-економічний статус, доступність медичної допомоги та стигматизація психічних розладів, суттєво впливають на розповсюдженість, діагностику та лікування тривожних станів [21].

Подолання цих викликів потребує міждисциплінарної співпраці фахівців у галузі психічного здоров'я, зокрема психологів, психіатрів, неврологів та нейробіологів. Інтеграція психологічних, медичних та соціальних підходів дозволить розробляти комплексні та персоналізовані стратегії профілактики, діагностики та лікування тривожних розладів з урахуванням індивідуальних особливостей та потреб кожного пацієнта. Не менш важливим завданням є підвищення обізнаності суспільства щодо проблеми тривожних розладів та подолання пов'язаної з ними стигми. Освітні кампанії та програми раннього втручання можуть сприяти своєчасному зверненню по допомогу та покращенню прогнозу для пацієнтів з цими розладами. Крім того, необхідно забезпечити достатнє фінансування наукових досліджень та впровадження їх результатів у клінічну практику.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що психологічні моделі відіграють ключову роль у сучасному розумінні тривожних розладів. Вони пропонують концептуальні рамки для інтеграції різноманітних факторів, що лежать в основі цих станів, та дозволяють розробляти науково обґрунтовані методи психотерапевтичного впливу. Водночас ці моделі не є статичними та постійно розвиваються, вбираючи нові дані експериментальних та клінічних досліджень.

Майбутнє вивчення тривожних розладів, ймовірно, буде спрямоване на подальшу інтеграцію психологічних, біологічних та соціокультурних

підходів. Особливу увагу слід приділяти транс діагностичним факторам, тобто механізмам, які лежать в основі коморбідності тривожних розладів з іншими психічними та соматичними станами. Не менш важливим є пошук надійних предикторів терапевтичної відповіді та розробка персоналізованих алгоритмів лікування [21].

Врешті-решт, головною метою досліджень у цій галузі є покращення якості життя мільйонів людей, які страждають від тривожних розладів. Розуміння складної природи цих станів з позицій сучасних психологічних концепцій дає надію на розробку більш ефективних, гуманних та науково обґрунтованих підходів до їх профілактики та лікування. І хоча попереду ще багато викликів, міждисциплінарна співпраця та невпинний науковий пошук дозволяють з оптимізмом дивитися у майбутнє [15]. На нейробіологічному рівні головними регуляторними центрами тривоги є мигдалина та гіпокамп, які активують гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникову вісь. Мигдалина відіграє ключову роль у формуванні реакцій страху, що було доведено як на тваринних моделях, так і за допомогою нейровізуалізаційних досліджень у людей. Гіпокамп залучений до контекстуального наочіння та регуляції відповіді на стрес. Функціональні зміни в цих структурах, зокрема атрофія дендритів у певних ділянках гіпокампу, спостерігаються при тривожних розладах, анатомічні ділянки тісно пов'язані з гіпоталамусом та іншими структурами лімбічної системи, що беруть участь в емоційній регуляції. Зокрема, медіальна префронтальна кора та передня поясна звивина здійснюють гальмівний контроль над мигдалиною, а острівцеві інтегрує інтероцептивні сигнали, що має значення для генералізованого тривожного розладу та панічних атак.

Дослідження також виявили зв'язок тривожних розладів з хронічним запаленням. Метааналіз 16 когортних досліджень з участю понад 163 тис. осіб показав, що люди з високим рівнем тривоги та депресії на початку спостереження мали значуще вищий ризик смерті від раку протягом періоду спостереження. Зокрема, це стосувалося раку товстої кишки, простати, підшлункової залози, стравоходу та лейкемії. Хоча зв'язок між тривожністю та

онкологічними захворюваннями ще не до кінця зрозумілий, припускають роль хронічного стресу та змін імунної регуляції [11].

Загалом, сучасні дослідження дозволяють краще зрозуміти складну природу тривожних розладів та розробляти більш специфічні й індивідуалізовані підходи до їх лікування. Інтеграція психологічних, нейробіологічних та генетичних моделей відкриває нові перспективи для ідентифікації мішеней терапевтичного впливу та створення вискоєфективних методів корекції тривожних станів. Враховуючи гетерогенність тривожних розладів та варіабельність їх клінічних проявів, важливим є мультидисциплінарний підхід до діагностики та лікування цієї патології. Ретельне соматичне та психіатричне обстеження дозволяє виключити соматичні причини тривоги та визначити коморбідні стани. Застосування об'єктивних психометричних інструментів поряд з клінічним інтерв'ю підвищує точність діагностики та допомагає оцінити динаміку стану в процесі терапії.

Методами першої лінії в лікуванні тривожних розладів є когнітивно-поведінкова терапія та фармакотерапія із застосуванням антидепресантів (СИЗЗС, СНІЗЗС) та анксиолітиків. Вибір відповідної терапевтичної стратегії ґрунтується на таких факторах як тяжкість розладу, переваги поінформованого пацієнта, очікувана тривалість ефекту, профіль побічних явищ та доступність лікування. За відсутності ефекту від одного методу рекомендовано спробувати інший підхід або їх комбінацію [4].

Окрім традиційних методів, перспективними напрямками в терапії тривожних розладів є метакогнітивна терапія, терапія прийняття та зобов'язання, майндфулнес-техніки, застосування неінвазивних методів нейромодуляції (транскраніальна магнітна стимуляція, транскраніальна стимуляція постійним струмом), а також фізичні навантаження [5]. Таким чином, розуміння комплексної природи тривожних розладів, що включає взаємодію генетичних, епігенетичних, нейробіологічних, психологічних та соціальних чинників, є необхідною передумовою для розробки ефективних

профілактичних та терапевтичних стратегій. Подальше дослідження етіології та патогенетичних механізмів тривожних станів, а також оцінка нових методів їх корекції у рандомізованих контрольованих випробуваннях дозволить суттєво покращити якість допомоги пацієнтам з цією поширеною та інвалідизуючою патологією.

1.3. Особливості психологічного консультування військовослужбовців з тривожним розладом

Психологічне консультування військовослужбовців з тривожним розладом є надзвичайно важливим та водночас складним завданням. Тривожний розлад у військовому середовищі може мати далекосяжні наслідки, особливо в бойових ситуаціях, коли від психологічної стійкості воїнів залежить їхнє життя та безпека підрозділу. Тому психологам, які працюють із військовослужбовцями, необхідно володіти глибокими знаннями та навичками, щоб ефективно допомогти їм у подоланні тривоги. Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів (DSM-5) є авторитетним джерелом критеріїв для діагностики психічних розладів, у тому числі тривожного розладу.

Згідно з DSM-5, тривожний розлад характеризується надмірним занепокоєнням, яке важко контролювати та яке супроводжується принаймні трьома додатковими симптомами, такими як безсоння, втома, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, м'язове напруження та інші фізичні прояви, симптоми повинні зберігатися протягом тривалого періоду часу, не менше шести місяців, і значно порушувати повсякденну діяльність та функціонування особистості. Симптоми тривожного розладу можуть варіюватися залежно від індивідуальних особливостей людини. Однак є низка загальних симптомів, які часто спостерігаються. Наприклад, безсоння або порушення сну є поширеним симптомом тривожного розладу. Люди з тривогою часто скаржаться на труднощі з засинанням, неспокійний сон або часте пробудження вночі.

Дратівливість та напруженість також є характерними симптомами тривожного розладу. Люди з тривогою можуть легко роздратовуватися та реагувати надмірно емоційно на ситуації, які для інших здаються незначними, що негативно впливає на міжособистісні стосунки та призводить до конфліктів у професійному чи сімейному середовищі. Крім того, тривога часто супроводжується м'язовим напруженням, що може викликати головний біль, біль у спині або ший. Труднощі з концентрацією уваги також є поширеним симптомом тривожного розладу. Люди з тривогою можуть відчувати, що їхні думки блукають, і їм важко зосередитися на завданнях або розмовах [18]. Це може негативно впливати на продуктивність на роботі чи в навчанні та створювати додатковий стрес і занепокоєння. Крім того, тривога часто супроводжується підвищеною збудливістю та нервовістю, що може посилювати проблеми з концентрацією уваги. Фізичні симптоми тривожного розладу можуть бути досить різноманітними та включати в себе такі прояви, як серцебиття, задишка, тремтіння, запаморочення, нудота або сухість у роті. Ці симптоми можуть бути викликані активацією симпатичної нервової системи, яка відповідає за реакцію "боротьби або втечі" в організмі. Хоча ці симптоми можуть здаватися тривожними самі по собі, вони є нормальною фізіологічною реакцією на стрес та тривогу. Згідно з DSM-5, тривога повинна бути надмірною та непропорційною реальним життєвим обставинам, щоб відповідати критеріям тривожного розладу. Іншими словами, занепокоєння та тривога повинні бути більшими, ніж очікувана реакція на стресори, з якими стикається людина. Крім того, тривога повинна бути присутньою більшу частину дня, принаймні кілька разів на тиждень протягом шести місяців або більше. Важливо розуміти, що тривога є нормальною емоційною реакцією, яка допомагає людям реагувати на потенційні загрози або стресові ситуації. Однак у випадку тривожного розладу ця реакція стає надмірною, хронічною та перешкоджає повсякденному функціонуванню. Тривога може значно погіршити якість життя людини, завдаючи шкоди її соціальним, професійним та особистим стосункам [15].

Діагностика тривожного розладу зазвичай проводиться кваліфікованим психологом або психіатром на основі клінічного інтерв'ю та оцінки симптомів. Під час оцінки фахівець буде ставити запитання про симптоми тривоги, їх тривалість, частоту та вплив на життя пацієнта. Також буде проведено оцінку для виключення інших можливих причин симптомів, таких як медичні стани або вплив певних речовин. Лікування тривожного розладу часто включає комбінацію психотерапії та, у деяких випадках, медикаментозного лікування. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш ефективних методів психотерапії для лікування тривожних розладів. КПТ допомагає людям ідентифікувати та змінювати дисфункційні думки та моделі поведінки, які підтримують тривогу. Також можуть бути використані техніки релаксації, управління стресом та інші терапевтичні підходи. Незважаючи на те, що тривожний розлад може бути складним та викликати значний дискомфорт, він є керованим станом. Своєчасна діагностика та лікування є важливими для покращення симптомів та відновлення повноцінного функціонування. Люди з тривожним розладом можуть навчитися ефективно управляти своєю тривогою та жити повноцінним життям завдяки підтримці кваліфікованих фахівців та використанню належних методів лікування.»

Військове середовище, безсумнівно, є одним з найбільш стресових та психологічно напружених. Воїни постійно стикаються з ризиками, небезпекою, невизначеністю та екстремальними ситуаціями, які можуть стати потужними тригерами для розвитку тривожних розладів. Бойові дії, втрата товаришів, постійна загроза життю та фізичній цілісності – все це створює величезний психологічний тиск на військовослужбовців. Крім безпосередніх бойових ситуацій, військова служба супроводжується низкою інших стресових чинників. Тривалі відрядження, розлука з сім'єю, жорсткі вимоги до дисципліни та підпорядкування, напружений графік роботи, обмежені можливості для відпочинку – все це може сприяти розвитку тривожних розладів у військовослужбовців. Постійне перебування в стані підвищеної пильності та готовності до дії також створює додаткове навантаження на

психіку. Не можна ігнорувати й той факт, що деякі військовослужбовці можуть мати генетичну схильність до розвитку тривожних розладів. Сучасні дослідження показують, що певні генетичні фактори можуть робити людей більш вразливими до стресу та підвищувати ризик виникнення тривоги [12].

Травматичний досвід з минулого також може підвищувати ризик розвитку тривожних розладів у військовослужбовців. Травми в дитинстві, насильство, втрати близьких або інші психологічні травми можуть залишати глибокий слід у психіці людини. Коли такі травматичні переживання поєднуються зі стресом військової служби, це може спричинити виникнення або загострення симптомів тривоги. Важливо зазначити, що тривожні розлади рідко виникають ізольовано.

Нерідко вони супроводжуються іншими психічними проблемами, такими як депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або зловживання психоактивними речовинами. ПТСР є одним з найпоширеніших розладів, що супроводжують тривожний розлад у військовослужбовців [11].

Травматичні події, пережиті під час бойових дій або інших екстремальних ситуацій, можуть призводити до розвитку ПТСР з такими симптомами, як нав'язливі спогади, кошмари, емоційна відчуженість та підвищена збудливість. Тривога часто є одним з основних проявів ПТСР і може посилювати інші симптоми. Депресія також часто супроводжує тривожні розлади у військовослужбовців. Постійний стрес, втрата товаришів, розчарування та відчуття безнадійності можуть призводити до виникнення депресивних симптомів, таких як пригнічений настрій, втрата інтересу до діяльності, зміни апетиту та сну. Комбінація тривоги та депресії може створювати замкнене коло, де кожен розлад посилює симптоми іншого. Зловживання психоактивними речовинами, такими як алкоголь або наркотики, також може бути пов'язане з тривожними розладами у військовослужбовців. Деякі люди можуть вдаватися до вживання речовин як спробу самолікування або способу впоратися з тривогою та стресом. Однак, у довгостроковій

перспективі, зловживання речовинами лише погіршує психологічний стан та ускладнює лікування.

Важливо пам'ятати, що поєднання психічних розладів, таких як тривога, депресія, ПТСР та зловживання речовинами, може створювати додаткові ризики для військовослужбовців. Хоча військове середовище безумовно є стресовим та сприяє виникненню тривожних розладів, слід пам'ятати, що ці розлади можуть бути успішно проліковані за допомогою відповідних методів психотерапії та, у деяких випадках, медикаментозного лікування. Своєчасна діагностика та комплексний підхід до лікування можуть допомогти військовослужбовцям подолати тривогу, відновити психологічну рівновагу та повернутися до повноцінного виконання службових обов'язків.

Психологічне консультування військовослужбовців з тривожним розладом вимагає від психолога комплексного та індивідуалізованого підходу. Це означає, що необхідно враховувати не лише індивідуальні особливості клієнта, його симптоми та історію, але й специфічні соціальні та військові чинники, які можуть впливати на розвиток та перебіг тривожного розладу. Тільки така всебічна оцінка може забезпечити розробку ефективної стратегії лікування. Першим і найважливішим кроком у процесі консультування є детальна оцінка психологічного стану клієнта. Психолог повинен ретельно вивчити історію життя військовослужбовця, його симптоми, тривалість та інтенсивність проявів тривоги, а також вплив цих симптомів на повсякденне функціонування [8].

Важливо також з'ясувати, чи є у клієнта супутні психічні розлади, такі як депресія, ПТСР або зловживання психоактивними речовинами, оскільки це може ускладнювати лікування. Наступним кроком є визначення можливих причин та тригерів тривоги у клієнта. Психолог повинен ретельно проаналізувати як індивідуальні, так і соціальні та військові чинники, які могли сприяти розвитку тривожного розладу. Під час консультування психолог також має приділити увагу соціальному та культурному контексту військового середовища. Військова культура часто передбачає певні

стереотипи та упередження щодо звернення за психологічною допомогою, які можуть стримувати військовослужбовців від відкритого обговорення своїх проблем. Психолог повинен створити атмосферу довіри та безпеки, продемонструвати повагу та конфіденційність, щоб полегшити процес консультування.

На основі всебічної оцінки психолог може розробити індивідуальну стратегію лікування для кожного клієнта, стратегія може включати в себе різні методи психотерапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), терапія прийняття та відданості (АСТ), тілесно-орієнтована терапія або інші підходи, які найбільше відповідають потребам клієнта [3]. Важливо, щоб стратегія лікування була гнучкою та адаптованою до змін у стані клієнта. Крім індивідуальної терапії, психолог може також рекомендувати залучення соціальної підтримки та ресурсів військової спільноти. Соціальна підтримка може відігравати важливу роль у подоланні тривожного розладу та сприяти відновленню психологічної рівноваги. Під час консультування психолог також повинен приділяти увагу питанням безпеки та етики. Якщо клієнт демонструє ризиковану або саморуйнівну поведінку, психолог зобов'язаний вжити відповідних заходів для захисту клієнта та оточуючих людей. Психолог повинен постійно моніторити прогрес клієнта та адаптувати стратегію лікування відповідно до його потреб. Регулярна оцінка симптомів, функціонування та загального стану клієнта є необхідною для внесення необхідних коректив у процес консультування. Важливо також заохочувати клієнта до активної участі у лікуванні та надавати йому інструменти для самопомогі, такі як техніки релаксації та управління стресом. Під час консультування психолог повинен враховувати можливі труднощі та перешкоди, з якими може стикатися клієнт, такі проблеми, як невідповідність розкладу терапії та службових обов'язків, стигматизація з боку колег або командування, труднощі у відкритті емоційного досвіду або недостатня мотивація до змін. Психолог має бути готовим до вирішення цих проблем та надання додаткової підтримки клієнту [2].

Незважаючи на виклики, психологічне консультування може бути надзвичайно ефективним у лікуванні тривожних розладів у військовослужбовців. Завдяки комплексному підходу, який враховує індивідуальні, соціальні та військові чинники, психолог може допомогти клієнту подолати тривогу, відновити психологічну рівновагу та покращити якість життя. Успіх консультування великою мірою залежить від професіоналізму психолога, його здатності встановити довірливі стосунки з клієнтом та розробити індивідуалізовану стратегію лікування. На початковому етапі консультування важливо встановити довірливі стосунки з клієнтом та створити безпечне середовище для відкритого спілкування. Військовослужбовці часто стикаються з негативними стереотипами та упередженнями щодо звернення за психологічною допомогою, тому психолог має продемонструвати повагу, конфіденційність та неупереджене ставлення [4].

Наступним кроком є збір інформації про історію життя клієнта, його досвід служби, травматичні події, симптоми тривоги та їх вплив на повсякденну діяльність. Важливо також з'ясувати, чи є у клієнта супутні психічні розлади, такі як депресія, ПТСР або зловживання психоактивними речовинами, оскільки це може ускладнювати лікування.

Після проведення всебічної оцінки психолог може запропонувати різні методи терапії, які довели свою ефективність у лікуванні тривожних розладів. Одним з найбільш поширених підходів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка спрямована на зміну дисфункційних думок та моделей поведінки, що лежать в основі тривоги. КПТ може включати в себе техніки роз'яснення, зміни дисфункційних переконань, когнітивне реструктурування, тренування релаксації та управління стресом. Іншим ефективним підходом є терапія прийняття та відданості (АСТ), яка допомагає клієнтам навчитися приймати та толерувати негативні емоції та думки, замість того, щоб боротися з ними. АСТ фокусується на розвитку психологічної гнучкості та відданості цінностям

клієнта, що може бути особливо корисним для військовослужбовців, які стикаються з екстремальними ситуаціями.

Крім того, психологи можуть використовувати методи тілесно-орієнтованої терапії, такі як прогресивна м'язова релаксація, діафрагмальне дихання або йога, щоб допомогти клієнтам зменшити фізичні прояви тривоги та покращити їхній загальний стан. Важливо також враховувати соціальний та культурний контекст військового середовища. Психолог може працювати над підвищенням обізнаності про тривожні розлади серед командирів та колег клієнта, щоб створити підтримуюче середовище та зменшити стигматизацію. Якщо це можливо, психолог може рекомендувати тимчасове переведення клієнта на менш стресову роботу або відпустку для відновлення психічного здоров'я [1].

Під час консультування військовослужбовців з тривожним розладом психологам необхідно бути особливо уважними до питань безпеки та етики. Якщо клієнт демонструє ризиковану або саморуйнівну поведінку, психолог повинен вжити відповідних заходів, щоб захистити його та оточуючих людей. Також важливо дотримуватися конфіденційності та принципів професійної етики. Загалом, психологічне консультування військовослужбовців з тривожним розладом вимагає від психолога глибокого розуміння військової культури, досвіду та специфічних стресових чинників, з якими стикаються військові. Ефективне лікування вимагає комплексного підходу, поєднання різноманітних терапевтичних методів, враховуючи індивідуальні потреби та особливості кожного клієнта. Завдяки професійній допомозі психолога військовослужбовці можуть опанувати тривогу, відновити психологічну рівновагу та повернутися до ефективного виконання своїх службових обов'язків

Висновки до розділу 1

Тривожний розлад є поширеною проблемою серед військовослужбовців - учасників бойових дій. Бойовий стрес, травматичні події, загроза життю та фізичній цілісності, а також інші специфічні чинники військового середовища значно підвищують ризик розвитку тривожних розладів у цієї категорії людей. Крім того, тривожні розлади часто супроводжуються такими коморбідними станами, як депресія, ПТСР та зловживання психоактивними речовинами, що ускладнює перебіг та лікування.

Етіологія та патогенез тривожних розладів є багатфакторними, включаючи взаємодію генетичних, нейробіологічних, психологічних та соціальних чинників. Психологічні моделі відіграють ключову роль у розумінні механізмів розвитку та підтримання тривоги, а також у розробці ефективних психотерапевтичних втручань.

Діагностика тривожних розладів у військовослужбовців часто ускладнюється через стигматизацію звернення по психологічну/психіатричну допомогу та недостатню обізнаність самих пацієнтів щодо симптомів. Тому важливою є просвітницька робота з підвищення обізнаності про тривожні розлади та формування позитивного ставлення до своєчасного звернення по допомогу.

Лікування тривожних розладів у учасників бойових дій вимагає комплексного підходу, що поєднує методи психотерапії (зокрема КПТ, EMDR, АСТ), фармакотерапію, залучення соціальної підтримки та роботу з сім'ями. Ефективність лікування значною мірою залежить від індивідуалізованого підходу з урахуванням специфічних потреб та особливостей кожного пацієнта.

Психологічне консультування військовослужбовців з тривожним розладом вимагає від психолога глибокого розуміння військової культури, специфічних стресових чинників та унікальних потреб цієї категорії клієнтів. Встановлення довірливих стосунків, проведення всебічної оцінки, розробка індивідуальної стратегії лікування з залученням відповідних терапевтичних

методів та соціальних ресурсів є ключовими компонентами ефективного консультування.

Подальші дослідження в галузі тривожних розладів у військових мають бути спрямовані на пошук надійних біомаркерів, вивчення ролі соціальної підтримки та альтернативних методів лікування, розробку персоналізованих підходів з урахуванням гендерних та інших особливостей, що дозволить покращити якість допомоги учасникам бойових дій та забезпечити їхню успішну реінтеграцію в мирне життя після перенесеного травматичного досвіду.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1 Підбір та обґрунтування методів дослідження тривожного розладу у військовослужбовців – учасників бойових дій

Емпіричне дослідження проводилось серед військовослужбовців – учасників бойових дій з підрозділів сухопутних військ ЗСУ. Вибірку досліджуваних склали 35 військовослужбовців віком від 21 до 47 років.

Метою роботи є визначення тривожних розладів у військовослужбовців – учасників бойових дій. Визначивши у попередньому розділі зміст поняття «тривожний розлад» та описавши його основні ознаки, в цьому розділі ми представимо результати емпіричного дослідження за такими методиками, які дозволять здійснити психологічну діагностику зниження самооцінки, тривожність, депресію.

Тому в даному дослідженні були використані методики:

- Методика «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» (для первинного скринінгу проявів ПТСР, такі як тривога і депресія)(переклад І.О. Котенєв) (додаток А)
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (для визначення рівня тривоги та депресії) (додаток В);
- Методика «Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)»(для визначення рівня реактивної і особистісної тривожності) (додаток С);
- Опитувальник «Шкала тривоги» А. Бека (для визначення ступеню тривоги) (додаток D).

Даний психодіагностичний інструментарій був застосований нами для розв'язання сформульованих у роботі завдань, тому потрібно охарактеризувати ці методики детальніше.

Методика «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» була створена в США у 1996 році, перекладена й адаптована в тому ж році І. О. Котенєвим. Ця

методика спочатку призначалася для швидкого виявлення ознак посттравматичного стресового розладу.

Опитувальник складається з десяти простих запитань, які передбачають однозначні відповіді. Як інструмент первинного скринінгу добре визначає найспецифічніші прояви ПТСР, такі як тривога і депресія. Таким чином, дану шкалу доцільно застосовувати при скринінгу широкого контингенту, в тому числі у польових умовах. Також дана методика може застосовуватися для самодіагностики, долучатися до комплексних опитувань особистісного складу, спрямованих на виявлення осіб із груп ризику і т.д.[33],[34]

Наступну методику, яку ми використали, це - *Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)* призначена для визначення тривожності та депресії. Дана методика використовувалась для скринінгу пацієнтів психічної клініки на виявлення тривоги та депресії. Авторами цієї методики є А.С. Зігмунд і Р.П. Снейт, які у 1983 застосовували методику з метою оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. При розробці шкали HADS автори виключили симптоми тривоги та депресії, які можна було б інтерпретувати як ознаки фізичного захворювання (наприклад, запаморочення, головний біль). Пункти підшкали «Депресія» були обрані зі списку найпоширеніших скарг і симптомів і в першу чергу відображають ангедонічний компонент депресивних розладів. Пункти субшкали тривожності складаються на основі відповідних розділів стандартизованих клінічних інтерв'ю.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: “тривога” (непарні пункти – 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і “депресія” (парні пункти – 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Під час тестування, автори рекомендують респондентам ... не звертати уваги на цифри та літери, поміщені в лівій частині опитувальника, а зосередити увагу на кожному твердженні, і обвести кружечком відповідну

цифру зліва біля варіанта відповіді, яка найбільшою мірою відповідає тому, як респондент себе почував минулого тижня. Респондентам також було рекомендовано довго не роздумувати над кожним твердженням. Відповідь, надавати таку яка першою прийшла одразу і яка завжди буде більш вірною. Час заповнення 20-30 хвилин [31].

Методика *Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)* є інформативним способом самооцінки рівня тривожності у даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Дана методика розроблена Ч. Д. Спілбергом і адаптована Ю. Л. Ханіним. Така інформація буде корисною і для реакції особистості на хворобу і майбутнє лікування, і для визначення вираженості тривожності як стійкої особистісної риси, допоможе визначитися з методами психотерапії.

Шкала складається з 40 тверджень, які поділяються на дві шкали: «самооцінка реактивної тривожності» (пункти 1-20) і «самооцінка особистісної тривожності» (пункти 21-40).

Учасники дослідження отримали інструкцію, в якій зазначено, що треба уважно прочитати кожне з приведених нижче тверджень і закреслити відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того як вони почувають себе звичайно та в даний момент. [32]

І останнє наше дослідження було проведено за допомогою *шкали тривоги Бека*. Дана методика була розроблена американським психіатром Аароном Беком в 1961 році

Оригінальна версія опитувальника містила 21 запитання. Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість).

Пацієнту пропонується відповісти на кожне запитання, вибравши той варіант, який найбільш точно відображає його стан. Опитувальник тривоги А. Бека є досить широко використовуваним інструментом у клінічній практиці та

наукових дослідженнях для оцінки тривоги. Опитувальник отримав визнання та використання в багатьох країнах світу, і його ефективність була використана в багатьох дослідженнях. Він дозволяє швидко та ефективно оцінювати ступінь тривоги, що дає можливість швидше надавати пацієнтам необхідну допомогу. Основні ступені тривоги за шкалою Бека: 0-5 бали – тривога відсутня, 6-8 бали – легкий ступінь тривоги, 9-18 бали – середній ступінь тривоги, більше 19 балів – високий рівень тривоги.

2.2 Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Аналіз отриманих в емпіричному дослідженні даних дає можливість оцінити рівень тривожності у військовослужбовців – учасників бойових дій.

Розкриваючи завдання нашого дослідження і використовуючи вище згадані методики ми отримали наступні результати. Для найбільш повного і детального розуміння наявності тривожності у військовослужбовців – учасників бойових дій ми обрали «Коротку шкалу тривоги, депресії та ПТСР». За даними цього опитувальника ми отримали такі результати на рисунку 2.1.

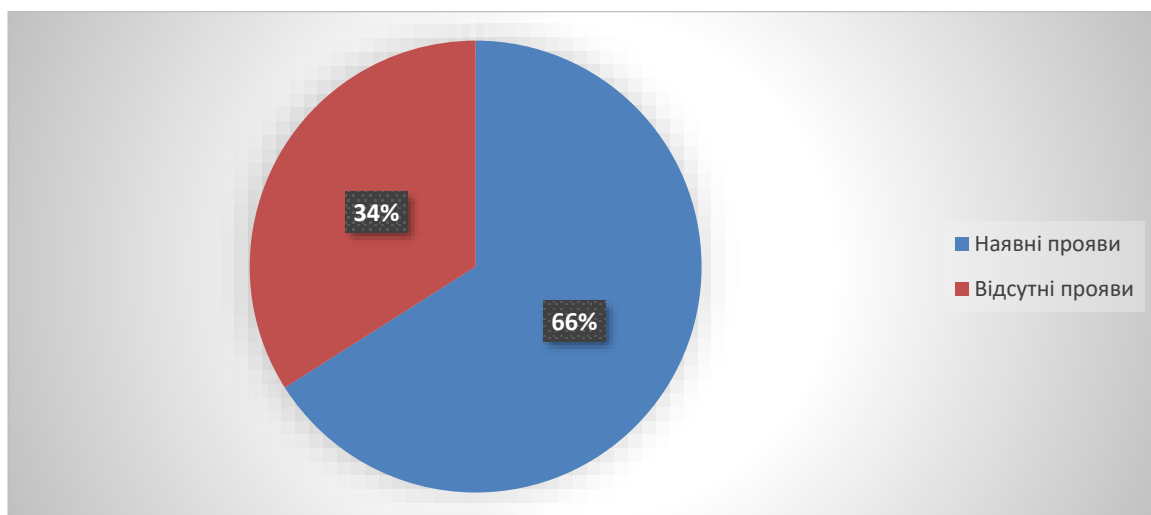


Рис. 2.1. Результати дослідження за опитувальником «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» В.В. Харт(%).

Джерело: власні дослідження автора.

З даних рисунку 2.1 ми бачимо, що у 34% (а саме 12 військовослужбовців) відсутні ознаки тривоги, депресії та ПТСР. Це означає,

що у даних військовослужбовців стабільний психоемоційний стан, що їх психічний стан є задовільним і стабільним, вони можуть демонструвати стійкість до стресу та здатність до виконання завдань за призначенням. Також можливо вони мають високий рівень самоконтролю та добре адаптовані до бойових умов.

Наступний показник, 66% опитуваних (а саме 23 респондента) мають наявні ознаки тривоги, депресії та ПТСР. Це може свідчити про наявність значного психологічного стресу та можливого розвитку психічних розладів, які можуть суттєво знижувати їхню боєздатність. Це могло бути спричинене в результаті тривалого впливу стресових факторів, таких як участь у бойових діях, втрати побратимів, постійної загрози життю та здоров'ю, а також фізичне та емоційне виснаження. Наступним кроком роботи з військовослужбовцями з ознаками тривоги стало тестування за Госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS). Результати такого опитування представлено на рисунку 2.2.

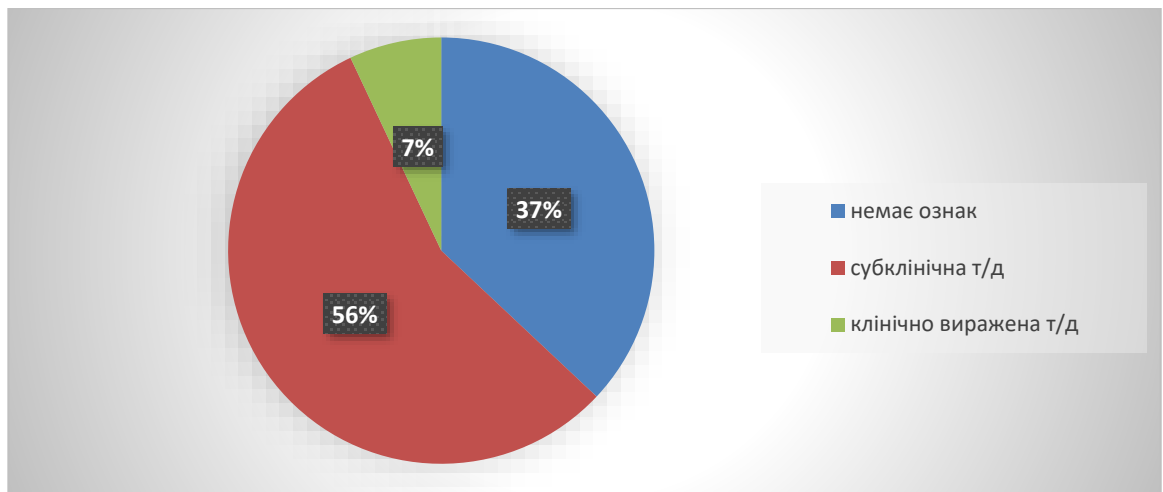


Рис. 2.2. Результати опитування за методикою «Госпітальна шкала тривоги та депресії» (%)

Джерело: власні дослідження автора.

Як видно з даних рисунка 2.2. у 37 % респондентів (а саме 13 військовослужбовців) не виявлено ознак тривоги та депресії, це свідчить нам, що у даної категорії опитуваних високий рівень психологічної стійкості, що вони можуть ефективно справлятися зі стрес-факторами пов'язаними з військовою службою. Даний показник міг бути досягнутий результатами

ефективної психологічної підготовки, підтримки з боку командування та побратимів, а також наявністю навичок саморегуляції та емоційного контролю. Дані військовослужбовці можуть демонструвати високу боєздатність, стійкість до психічних навантажень та здатність виконувати службові завдання в бойових умовах.

Наступний результат, який привертає нашу увагу, це 56 % опитуваних (а саме 20 військовослужбовців) виявлено субклінічну депресію та тривогу, це вказує на наявність початкових або помірних симптомів, які можуть впливати на їхнє емоційне самопочуття та поведінку, але ще не призводять до значного зниження функціонування або потреби в інтенсивному лікуванні. Даний показник може вказувати на підвищений рівень стресу та емоційного напруження, які можуть бути пов'язані з умовами служби у бойовій обстановці.

І третя категорія респондентів - 7 % (а саме 2 опитуваних) має клінічно виражену депресію та тривогу, що свідчить про наявність серйозних психічних розладів у військовослужбовців, що можуть негативно впливати на здатність виконання службових обов'язків. Такий стан може бути наслідком тривалого впливу стресових факторів, високих психологічних навантажень, втрати побратимів, а також інших травматичних подій пов'язаних з бойовими діями. У даної категорії військовослужбовців може спостерігатися емоційна нестабільність, ознаки відчуття постійної тривоги, порушення сну, уникання контактів та зниження соціальної активності, а також зниження боєздатності вцілому.

Для виявлення і оцінки ступеня прояву тривожного розладу у військовослужбовців – учасників бойових дій нами було застосовано методику «Шкала тривоги Спілбергера-Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory - STAI)» для визначення рівня реактивної та особистісної тривожності. Дані опитувальника за шкалою реактивна тривожність представлені рисунком 2.3.

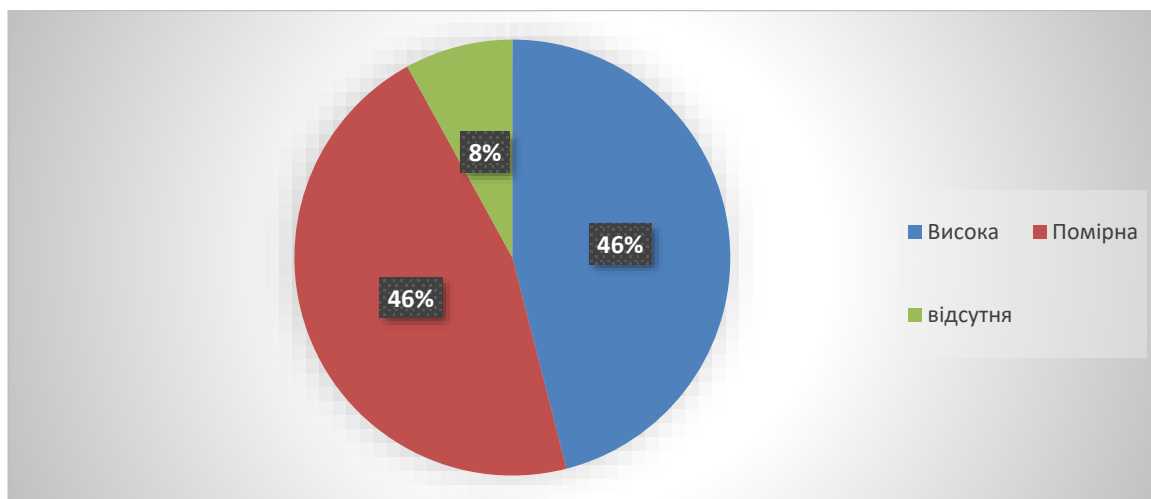


Рис 2.3. Результати дослідження за шкалою «реактивна тривожність» за «Шкалою тривоги Спілбергера - Ханіна» (%).

Джерело: власні дослідження автора.

З даних рисунка 2.3 ми можемо бачити, що у 8% (а саме 3 військовослужбовця) опитуваних відсутні ознаки реактивної тривожності. Даний результат свідчить про те, що у респондентів може бути високий рівень адаптації до стресових ситуацій, що дозволяє ефективно справлятися з викликами без значного підвищення рівня тривоги. Також вони можуть мати добре розвинені стратегії подолання стрес-факторів. Дані результати можуть свідчити про високий рівень психологічної стійкості або знижену чутливість до стресових стимулів через постійне перебування в бойових умовах.

Наступний результат дослідження – 46% (а саме 16 опитуваних) військовослужбовців мають помірний рівень реактивної тривожності. Отриманий результат означає, що дана група респондентів можуть мати тимчасову реакцію, яка є нормальною, але може викликати дискомфорт на стресові або небезпечні ситуації. Це не є постійним станом, а скоріше реакцією на конкретний стимул. Тривожність у опитуваних може бути не настільки сильною, щоб порушувати здатність виконувати обов'язки за призначенням, але все ж відчутна та може включати занепокоєння, нервозність, напруження, підвищену пильність, але не призводять до панічних атак або серйозних психічних розладів.

Третя категорія військовослужбовців – 46% (а саме 16 респондентів) мають високий рівень реактивної тривожності, що може свідчити про схильність до сильних і частих реакцій тривоги на різні стресові ситуації. Це може характеризуватися підвищеною чутливістю до зовнішніх подразників, що викликають тривогу, а також більш інтенсивними тривалими тривожними станами порівняно з іншими військовослужбовцями. У даних респондентів можна спостерігати сильні емоційні та фізіологічні реакції, такі як прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння або труднощі з концентрацією. Також високий рівень реактивної тривожності може негативно впливати на прийняття рішень, швидкість реакції та загальну продуктивність, що особливо критично у бойових умовах.

Наступним етапом нашого дослідження, є, аналіз результатів за другою шкалою «особистісна тривожність» за Шкалою тривоги Спілбергера - Ханіна, результати подані на рисунку 2.4.

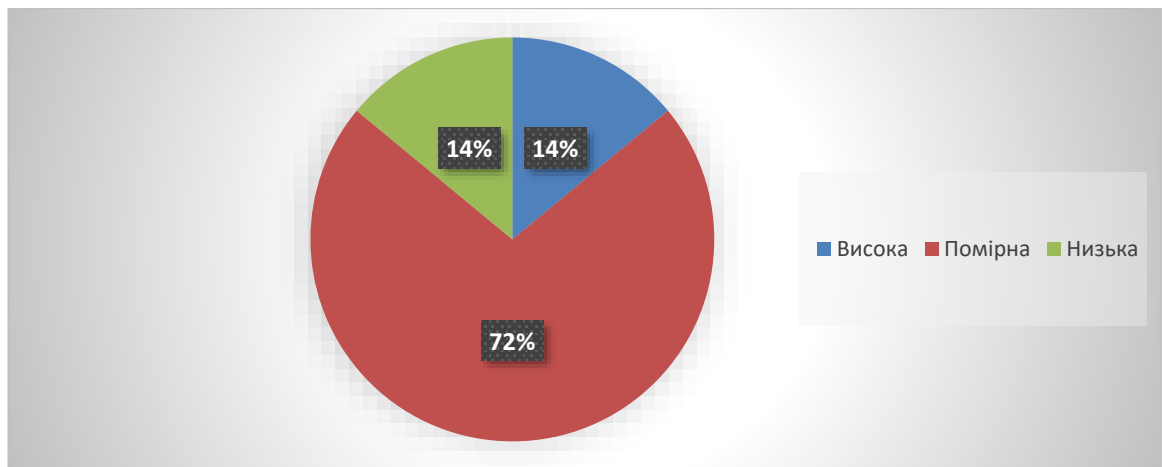


Рис 2.4. Результати дослідження за шкалою «особистісна тривожність» за «Шкалою тривоги Спілбергера-Ханіна» (%).

Джерело: власні дослідження автора.

Як ми можемо бачити з даних рисунка 2.4. у 14% (а саме 5 військовослужбовців) респондентів низький рівень особистісної тривожності, що може свідчити про схильність до низької реакції на стрес-фактори або потенційних загроз. Дана категорія опитуваних, ймовірно, краще справляється зі стресовими умовами, що виникають під час бойових дій. Також отриманий

результат може свідчити про емоційну стабільність, що є важливою якістю в екстремальних умовах.

Наступний результат дослідження – 72% (а саме 25 респондентів) опитуваних мають помірний рівень особистісної тривожності. Отримані результати опитування можуть свідчити про те, що дана категорія респондентів може мати нормальну реакцію на стрес і здатні до адаптації. Також військовослужбовці з помірним рівнем особистісної тривожності можуть мати підвищену увагу та готовність діяти в небезпечних або складних ситуаціях. Також вони можуть мати відчуття дискомфорту або нервозності у певних обставинах, що вимагає підтримки та стратегії подолання стресу.

Третя категорія респондентів, які привернули нашу увагу – 14% (а саме 5 опитуваних) мають високий рівень особистісної тривожності, що може демонструвати схильність відчувати сильну тривогу у широкому спектрі ситуацій, навіть якщо вони об'єктивно не є загрозливими. Військовослужбовці з високим рівнем особистісної тривожності можуть постійно переживати відчуття неспокою та тривоги, що може впливати на їх здатність виконувати службові обов'язки та можуть проявлятися у вигляді надмірного занепокоєння, труднощі з концентрацією та прийняттям рішень.

Заключним етапом нашого дослідження є аналіз результатів за опитувальником «Шкала тривоги» А. Бека. Результати подані на рисунку 2.5.

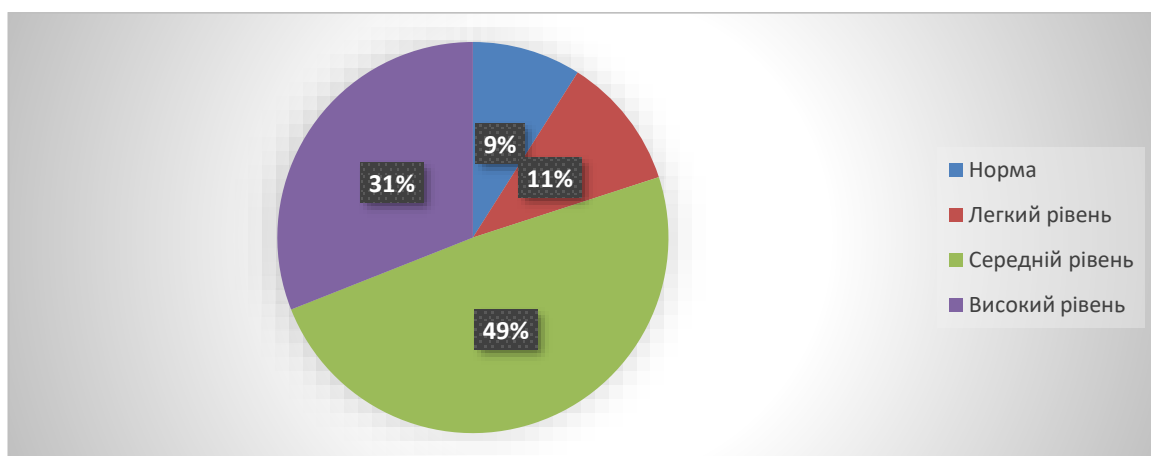


Рис 2.5. Результати дослідження за «Шкалою тривоги» А.Т.Бека (%).

Джерело: власні дослідження автора.

З даних рисунка 2.5. ми бачимо, що у 9% (а саме 3 опитуваних) військовослужбовців низький або відсутній рівень тривожності. Це може свідчити про те, що у респондентів не спостерігається підвищеного рівня тривожності або є в межах норми. Також отриманий результат може демонструвати хорошу адаптивність до стресових ситуацій та ефективно управління стресом, що є важливим для виконання службових обов'язків у військових умовах.

Наступний результат дослідження – 11% (а саме 4 військовослужбовця) опитуваних мають легкий рівень тривоги, що може свідчити про присутні певні симптоми тривоги, а саме, підвищена нервозність, занепокоєння або напруження, але вони є помірними і не суттєво впливають на повсякденну діяльність.

Третій результат дослідження – 49% (а саме 17 респондентів) військовослужбовців мають середній рівень тривоги. Отриманий результат може свідчити про наявність помірного рівня тривожності, що виявляється у відчутті неспокою та напруги, також може впливати на загальний емоційний стан і продуктивність, але не є критичним. Середній рівень тривоги може впливати на повсякденне життя та виконання бойових завдань, але, як правило, не настільки серйозно, щоб повністю перешкоджати функціонуванню.

Останній результат дослідження – 31% (а саме 11 опитуваних) військовослужбовців мають високий рівень тривоги. Дані результати демонструють значні симптоми тривоги. Це може вказувати на наявність серйозних станів тривожного розладу, які можуть впливати на здатність до виконання військових обов'язків та загальний стан психічного здоров'я. Також у опитуваних можна спостерігати погіршення фізичного здоров'я, включаючи проблеми зі сном, шлунково-кишковим трактом та імунною системою. Також може бути значний вплив на концентрацію, увагу та прийняття рішень, що може негативно позначитися на виконанні військових обов'язків.

Для детального розуміння мети створення нашої корекційної програми «Психологічного консультування військовослужбовців - учасників бойових дій» ми здійснили зведений аналіз результатів психодіагностичного інструментарію нашого емпіричного дослідження, та отримали такі результати на рисунку 2.6.

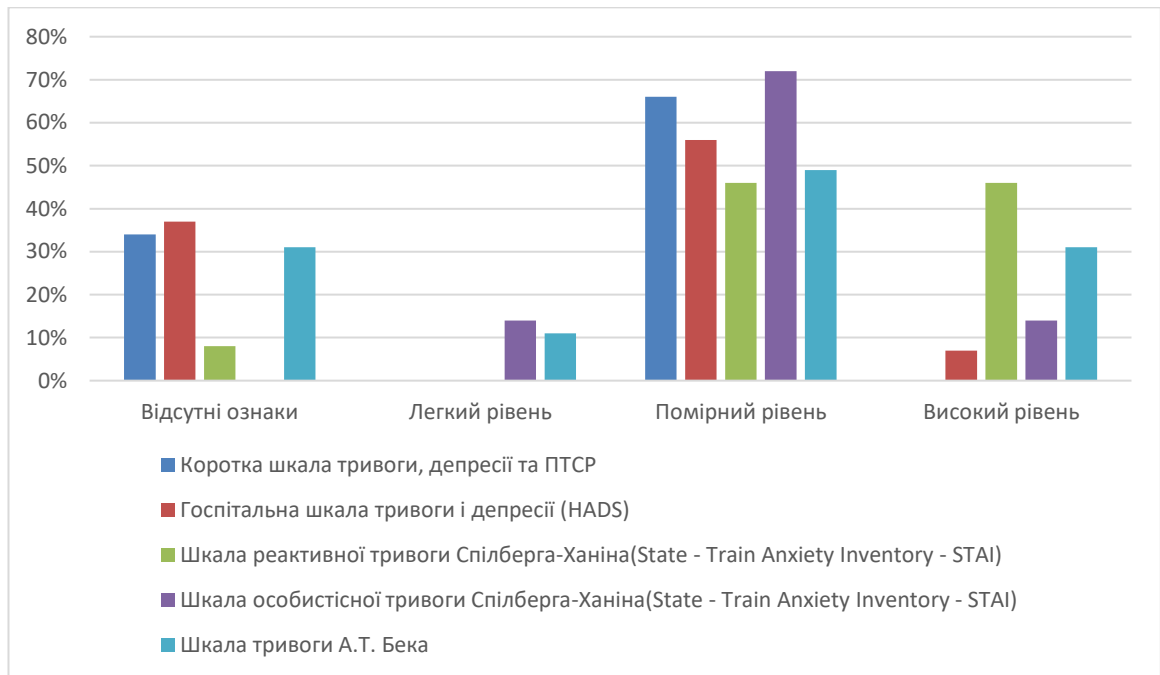


Рис 2.6. Зведені результати емпіричного дослідження (%)

Джерело: власні дослідження автора.

З даних рисунка 2.6. ми можемо бачити, що домінує помірний рівень тривожності у опитаних військовослужбовців – учасників бойових дій. Даний показник може бути пов’язаний з декількома чинниками:

- адаптація до стресових умов: респонденти часто перебувають в умовах постійного стресу, тому з часом вони можуть розвинути певний рівень адаптації до стрес-факторів, що дозволяє підтримувати тривожність на помірному рівні замість високого;
- психологічна підготовка: військовослужбовці можуть проходити тренування, які включають методи управління стресом та тривожністю, що дозволяє ефективніше справлятися з бойовим стресом;

- особистісні якості: опитані можуть володіти особистісними якостями, такими як стійкість та здатність до швидкого відновлення після стресу, що допомагає підтримувати тривожність на помірному рівні;
- доступ до професійної психологічної допомоги: військовослужбовці можуть мати можливість отримати кваліфіковану психологічну допомогу. Також можуть бути учасниками групових терапій, індивідуальних консультацій за принципом рівні рівному.

Висновки до розділу 2

Провівши емпіричне дослідження за темою: «Психологічне консультування військовослужбовців - учасників бойових дій з тривожними розладами» ми можемо зробити висновок, що рівень тривожних розладів серед військовослужбовців – учасників бойових дій підвищений та несе негативні наслідки і вплив на виконання завдань за призначенням у бойових умовах. Перше дослідження показало, що 66% військовослужбовців мають ознаки тривоги, депресії та ПТСР. Далі, аналіз за Госпітальною шкалою тривоги показав, що 56% мають субклінічну тривогу, а 7% мають клінічно виражену тривогу. У зв'язку з цим, проведення тестування за Шкалою тривоги Спілберга-Ханіна підтвердило високий рівень реактивної тривожності у 46% військовослужбовців. За другою шкалою, 14% виявили низький рівень особистісної тривожності, але 14% мають високий рівень.

Нарешті, аналіз за опитувальником «Шкала тривоги» А.Т.Бека показав, що 31% респондентів мають високий рівень тривоги, що є важливим і треба враховувати в планах психологічної підтримки. Отже, можемо зробити висновок про те, що існує серйозна проблема з тривожністю серед військовослужбовців, яка вимагає уваги та ефективних заходів психологічної підтримки та лікування. Належна увага до цих аспектів може позитивно вплинути на загальний стан та ефективність виконання військових обов'язків в умовах бойових дій.

Виходячи з отриманих результатів можемо бачити, що значна частина військовослужбовців – учасників бойових дій має підвищений рівень тривожності. Це означає, що нам потрібно розробити програму психологічного консультування, спрямовану на підвищення психологічної стійкості та зниження даних показників.

Дана програма буде орієнтована на використання різноманітних психологічних практик та технік, спрямованих на зменшення тривоги, розслаблення, підвищення самоповаги та розвиток ефективних стратегій управління стресом. Також буде включати групові сесії, індивідуальні консультації з психологами, тренінги з медитації та релаксації, а також програми фізичної активності та здорового способу життя.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ

3.1 Загальна характеристика програми психологічного консультування військовослужбовців-учасників бойових дій з тривожними розладами

Провівши емпіричне дослідження та проаналізувавши отримані результати, ми зробили висновок, що тривожні розлади несуть негативний вплив на виконання завдань за призначенням в бойових умовах, тому нашою метою, є здійснити характеристику програми психологічного консультування військовослужбовців-учасників бойових дій з тривожними розладами.

Завдання програми психологічного консультування військовослужбовців-учасників бойових дій з тривожними розладами можуть включати наступні аспекти:

- психоедукація, про природу тривожних розладів, їх основні симптоми;
- психоедукація має на меті пояснити військовослужбовцям, природа тривожних розладів. Що спричиняє виникнення даних станів, та який вплив мають на військову службу. А також основні фізичні та психічні симптоми, які виникають при наявності тривожних розладів.
- ознайомлення військовослужбовців з методами самодопомоги та техніками зниження тривожності;
- діагностика психоемоційного стану, виявлення тривожних розладів та інших психологічних проблем за допомогою спеціалізованих методик та інтерв'ю;
- проведення індивідуальних консультувань з метою опрацювання особистих переживань та травматичного досвіду;
- проведення групових терапій, з метою взаємної підтримки та розвитку навичок комунікації;

Таблиця 3.1.

Програма проведення групових занять

№	Вид роботи	Тривалість
День перший		
1.	Привітання. Знайомство з учасниками програми. Вправа «Щит Воїна».	25хв
2.	Ознайомлення учасників з процесом роботи.	5хв
3.	Психоедукація про тривожні розлади «Тривога під контролем: основи самодопомоги».	15хв
4.	Визначення правил роботи, за допомогою вправи «Командний кодекс».	10хв
5.	Техніка «М'язове розслаблення».	30хв
6.	Підведення підсумків.	
День другий		
1.	Привітання.	5 хв
2.	Вправа «Дзеркало стану».	10 хв
3.	Озвучення правил роботи.	5 хв
4.	Техніка «Якір спокою».	40 хв
5.	Вправа «Енергетичний повітряний душ».	20 хв
6.	Підведення підсумків. Домашнє завдання.	10 хв
День третій		
1.	Привітання.	5 хв
2.	Озвучення правил роботи.	5 хв
3.	Обговорення та аналіз домашнього завдання.	10 хв
4.	Вправа «Тривожний індекс»	30 хв
5.	Дихальна вправа «4-7-8».	30 хв
6.	Підведення підсумків.	10 хв
День четвертий		
1.	Привітання.	5хв
2.	Вправа «Дзеркало стану».	20хв
3.	Озвучення правил роботи.	5хв
4.	Психоедукація «Кроки до спокою: психоедукація для життя без тривоги».	20хв
5.	Техніка «5-4-3-2-1».	15хв
6.	Дихальна техніка «Квадратне дихання».	15хв
7.	Підведення підсумків. Домашнє завдання.	10хв
День п'ятий		
1.	Привітання.	5хв
2.	Озвучення правил роботи.	5хв
3.	Вправа «Дерево життя».	15хв
4.	Обговорення та аналіз домашнього завдання.	10хв
5.	Психоедукація про методи самодопомоги при загостренню станів тривожності.	20хв
6.	Дихальна вправа Бхрамарі.	30хв
7.	Підведення підсумків.	5хв
День шостий		
1.	Привітання.	5хв
2.	Вправа «Дзеркало стану».	15хв
3.	Озвучення правил роботи.	5хв
4.	Техніка «Компас розвитку».	30хв
5.	Підведення підсумків проведеної програми психологічного консультування.	40хв

- навчання ефективних методів подолання стресу та управління емоціями;

- допомога у відновленні соціальних зв'язків та інтеграції в суспільство;

- регулярний моніторинг психоемоційного стану військовослужбовців.

Мета програми: зниження рівня тривожного розладу у військовослужбовців-учасників бойових дій.

Форма занять: групова.

Тривалість: проведення 6 занять, протягом 1 год 30 хвилин.

День перший:

Вправа «Щит Воїна»

Мета: Створити довірливу атмосферу та сприяти взаємовпізнанню учасників.

Хід вправи:

- 1.Кожен учасник отримує аркуш паперу та маркери.

- 2.У центрі аркуша учасники малюють щит.

- 3.Середину щита учасники ділять на чотири сектори.

- 4.У кожному секторі учасники пишуть або малюють щось, що представляє їх:

- Перший сектор:** Символ або зображення, що представляє їхню силу або ресурс.

- Другий сектор:** Хобі або інтерес, який приносить їм радість.

- Третій сектор:** Цінність або переконання, яке є важливим для них.

- Четвертий сектор:** Мрія або ціль, якої вони прагнуть.

- 5.Після заповнення щита, учасники по черзі представляють свій щит групі, обговорюючи кожен сектор.

- 6.Інші учасники можуть задавати питання або ділитися враженнями.

Вправа «Командний кодекс»

Мета: Сформулювати чіткі та згуртовані правила для ефективної співпраці та взаємопідтримки у групі.

Хід вправи:

1. Учасники сідають в коло.
2. Ведучий коротко пояснює значення та важливість правил для командної роботи.
3. Кожен учасник пропонує одне правило, яке вважає важливим для групи.
4. Правила обговорюються та узгоджуються всіма учасниками.
5. Узгоджені правила записуються на великому аркуші паперу, який видно всім.
6. Учасники по черзі підходять до аркуша та ставлять свій підпис під правилами, тим самим підтверджуючи свою згоду дотримуватись їх.

Техніка «М'язове розслаблення».

Мета: Зменшити фізичну напругу та тривожність, навчити учасників свідомо контролювати рівень м'язового напруження.

Хід техніки:

1. Знайдіть зручне місце, де ви можете спокійно сісти, і не будете відволікатись на зовнішні подразнюючі фактори.
2. Закрийте очі та зробіть кілька глибоких вдихів і видихів.
3. Почніть з пальців ніг, напружте їх на 5 секунд, а потім розслабте.
4. Поступово переходьте від однієї групи м'язів до іншої, рухаючись вгору по тілу: ноги, живіт, груди, руки, плечі, шия та обличчя.
5. Під час напруження м'язів глибоко вдихайте, а під час розслаблення-повільно видихайте.
6. Зосередьтеся на відчуттях розслаблення та важкості у кожній частині тіла після її розслаблення.
7. Після завершення процедури з м'язами, проведіть кілька хвилин у повному розслабленні, насолоджуючись відчуттям спокою

День другий:**Вправа «Дзеркало стану».**

Мета: Дати учасникам можливість самотійно оцінити свій фізичний та психічний стан, а також сприяти самосвідомості та саморефлексії.

Хід вправи:

1. Учасники отримують два аркуші паперу та ручки.
2. На першому аркуші вони малюють контур свого тіла.
3. Всередині контуру вони вказують зони, де відчують фізичний дискомфорт або напругу, використовуючи різні кольори або символи.
4. На другому аркуші учасники малюють символ або образ, який відображає їхній психічний стан.
5. Після завершення, учасники по черзі діляться своїми малюнками та враженнями з групою, обговорюючи, що ці зображення означають для них.

Техніка «Якір спокою».

Мета: Навчити учасників переключати увагу з негативних думок на позитивні образи та відчуття.

Хід техніки:

1. Займіть зручне положення.
2. Закрийте очі та зробіть кілька глибоких вдихів і видихів.
3. Зосередьтеся на ритмі вашого дихання.
4. Уявіть перед собою річку з чистою водою, яка плавно тече повз вас.
5. Подумайте про негативну думку, яка вас турбує та уявіть, що викладете цю думку на листок.
6. Покладіть листок на воду у вашій уяві, спостерігайте як він плавно відпливає від вас по річці, відчуйте, як з кожним моментом негативна думка відходить ід вас далі та далі.
7. Поверніться до вашого «якоря спокою»-позитивного образу або місця, яке вам приносить спокій та радість.
8. Залишайтесь у цьому стані доти, доки не відчуєте, що негативні думки відпустили вас.
9. Повільно відкрийте очі.

Вправа «Енергетичний повітряний душ».

Мета: відновити енергію та зняти стан втоми.

Хід вправи:

1. Відкрийте вікно, щоб отримати доступ до свіжого повітря, займіть зручне положення.
2. Сядьте зручно, розслабте плечі та спину, закрийте очі.
3. Глибоко вдихніть через ніс, відчуваючи як повітря наповнює ваші легені.
4. Повільно видихніть через рот, уявляючи як ви віддаєте втому та напругу разом з видихом.
5. Повторюйте цей процес протягом 5хвилин або доки не відчуєте, що ваша енергія оновилась.
6. Повільно відкрийте очі та подивіться на навколишній світ.

Домашнє завдання:

Мета: Зміцнити навички саморегуляції та самодопомоги, використовуючи техніки та вправи, які були вивчені.

Завдання:

- Знайдіть час у ранкові години для виконання вправи «Енергетичний повітряний душ».
- протягом дня коли ви відчуваєте стрес або негативні думки, використовуйте техніку «Якір спокою» та записуйте ці думки на папір.
- ввечері перед сном, виконайте вправу «Дзеркало стану».

День третій:

Вправа «Тривожний індекс».

Мета: визначити рівень своєї тривожності та виявити можливі ознаки тривожних розладів.

Хід вправи:

1. Оцінка поточного рівня тривожності на шкалі від 1 до 10, де 1- абсолютний спокій, а 10- найвищий рівень тривожності.

2.Військовослужбовець записує будь-які фізичні симптоми, які він відчуває(наприклад, серцебиття, потовиділення, дратівливість).

3.Військовослужбовець записує будь-які психічні симптоми, які він відчуває(наприклад, негативні думки, нервозність, тривожні образи).

4.Військовослужбовець рефлектує, як його тривожність впливає на взаємодію з іншими людьми (наприклад, чи уникав він спілкування, чи відчував напругу в групі).

Ця вправа допомагає виявити можливі ознаки тривожних розладів та вчасно звернутись за допомогою, якщо це необхідно.

Дихальна вправа 4-7-8

Ця модель дихання базується на стародавній йогічній техніці, яка називається пранаяма.

Виконувати її можна в будь-якому місці і в будь який час.

Хід вправи:

1. Розслабте губи.
2. Повністю видихніть зі звуком, як ви звичайно видихайте, коли робите глибокий вдих.
3. Стисніть губи та повільно вдихайте через ніс протягом чотирьох секунд.
4. Затримайте дихання та порахуйте до семи.
5. Знову повільно видихайте протягом восьми секунд, видаючи звук.
6. Повторіть 4 рази, згодом доведіть до восьми повторень.

День четвертий:

Техніка «5-4-3-2-1».

Мета: зосередитись на теперішньому моменті та зменшити емоційний стрес, використовуючи принцип майндфулнес.

Хід техніки:

П'ять: назвіть п'ять речей, які ви бачите навколо себе.

Чотири: назвіть чотири речі, які ви можете відчути(наприклад, відчуття тканини вашого одягу на шкірі).

Три: назвіть три речі, які ви можете почути прямо зараз.

Два: назвіть дві речі, які ви можете відчутти за запахом.

Один: назвіть одну річ, яку ви можете скуштувати.

Дихальна техніка «Квадратне дихання».

Мета: допомогти заспокоїти розум і тіло, особливо під час моментів високого стресу.

Хід техніки:

- 1.**Вдих:** вдихніть на лічбу до чотирьох.
- 2.**Затримка:** затримайте дихання на лічбу до чотирьох.
- 3.**Видих:** видихніть повільно на лічбу до чотирьох.
- 4.**Пауза:** зробіть паузу на лічбу до чотирьох перед наступним вдихом.
- 5.Повторюйте цикл протягом декількох хвилин, поки не відчуєте заспокоєння.

Домашнє завдання:

Здійснювати заміри тривоги коли стикаєшся із ситуацію котра викликає страх та занепокоєння. В цей час записувати всі думки які супроводжують стан тривоги.

День п'ятий:

Вправа «Дерево життя».

Метафорична вправа, яка дозволяє учасникам візуалізувати своє життя та внесок у формі дерева, підкреслюючи їхню унікальність та значення.

Хід вправи:

1. Кожен учасник отримує великий аркуш паперу та набір кольорових маркерів або олівців.
2. Учасники малюють коріння дерева, яке символізує їхнє минуле, цінності, та те, що їм дає силу.
3. Стовбур представляє сьогодення, основні життєві досягнення та важливі ролі, які вони виконують.
4. Гілки символізують відносини та зв'язки з іншими людьми, а також важливі аспекти їхнього життя.

5. На листя учасники записують свої надії, мрії та плани на майбутнє.
6. Плоди дерева-це їхні досягнення та внесок, який вони зробили у життя інших людей.

Дихальна вправа Бхрамарі.

Мета: заспокоїти нервову систему, знизити рівень стресу та тривоги.

Хід вправи:

1. Закрийте очі, зробіть глибокий вдих та видих.
2. Закрийте вуха руками.
3. Покладіть вказівні пальці по одному над бровами, а решту пальців-над очима.
4. Тримайте рот закритим й після глибокого вдиху повільно видихайте носом, видаючи гугнявий звук «Ом».
5. Повторіть п'ять разів.

День шостий:

Техніка «Компас розвитку».

Мета: допомогти військовослужбовцям усвідомити свої досягнення, визначити особисті цілі та розробити план дій для майбутнього.

Хід техніки:

1. Учасники роздумують над своїми досягненнями в рамках програми та записують їх.
2. Учасники визначають короткострокові та довгострокові цілі, які вони хочуть досягти після завершення програми.
3. Учасники розробляють конкретний план дій, який включає кроки, необхідні для досягнення визначених цілей.
4. Учасники визначають ресурси та види підтримки, які їм можуть знадобитися для реалізації своїх планів.
5. Учасники формулюють особисті зобов'язання щодо виконання плану дій та діляться ними з групою для забезпечення взаємної підтримки.

3.2 Практичні рекомендації щодо організації психологічного консультування учасників бойових дій з тривожними розладами

Рекомендації командирів підрозділу для психологічного консультування учасників бойових дій з тривожними розладами:

- створіть безпечне та конфіденційне середовище для консультування, де учасники можуть відкрито ділитися своїми переживаннями без страху засудження;
- здійснюйте регулярний моніторинг психологічного стану військовослужбовців, особливо тих, хто проявляє ознаки тривожності;
- організовуйте тренінги для військовослужбовців підрозділу з основ першої психологічної допомоги та виявлення ознак тривожних розладів;
- підходьте індивідуально до кожного військовослужбовця, враховуючи їхній особистий досвід та потреби;
- залучайте кваліфікованих психологів для проведення консультування та терапії;
- розробіть систему взаємопідтримки в підрозділі, що включає групові зустрічі та обговорення;
- проводьте психоедукаційні заняття, щоб військовослужбовці краще розуміли тривожні розлади та методи їх подолання;
- надайте доступ до матеріалів для самодопомоги, такі як інструкції з релаксації та медитації;
- розробіть план післядії для військовослужбовців, які повертаються з бойових дій, з акцентом на психологічну адаптацію;
- забезпечте можливість зворотного зв'язку від учасників про ефективність психологічної підтримки та їхні пропозиції щодо покращення.

Рекомендації офіцеру-психологу підрозділу для психологічного консультування учасників бойових дій з тривожними розладами:

- забезпечте конфіденційність та безпеку під час консультацій, щоб учасники могли відкрито ділитися своїми переживаннями;

- враховуйте індивідуальні особливості кожного учасника, їхній досвід та потреби;
- регулярно оцінюйте психологічний стан військовослужбовців;
- проводьте інформаційні заняття, щоб військовослужбовці краще розуміли свої розлади та методи їх профілактики;
- навчайте технікам саморегуляції;
- використовуйте спеціалізовані техніки для роботи з травматичним досвідом;
- співпрацюйте з медичними працівниками, соціальними працівниками та іншими фахівцями для комплексного підходу до лікування;
- регулярно оцінюйте ефективність психологічної підготовки, та вносьте необхідні корективи;
- допомагайте учасникам планувати життя після завершення служби, зосереджуючись на адаптації до цивільно життя.

Рекомендації військовослужбовцям підрозділу для профілактики тривожних розладів:

- займайтесь фізичними вправами, які сприяють зниженню рівня стресу та покращують настрій;
- дотримуйтесь за можливості режиму сну;
- вживайте здорову їжу, яка підтримує фізичне здоров'я та психологічний баланс;
- використовуйте техніки релаксації, та дихальні вправи, медитацію та йогу;
- підтримуйте зв'язок із сім'єю;
- уникайте надмірного вживання алкоголю та стимуляторів, які можуть підвищити рівень тривожності;
- записуйте свої думки та почуття, це допомагає розібратись з емоціями;
- не вагайтесь звертатися за професійною психологічної допомогою, якщо відчуваєте потребу;

- за можливостями займайтесь улюбленими, справами, які приносять задоволення та допомагають відволіктись від стресу.

Висновки до розділу 3

В ході розробки програми психологічного консультування з військовослужбовцями- учасниками бойових дій, ми включили індивідуальний підхід до кожного учасника, з огляду на їхні особисті потреби та досвід бо він унікальний, та надали засоби ефективного впорядкування емоційного стану та зниження рівня тривожності.

Крім того, ми надали цілеспрямовані рекомендації військовослужбовцям, які включають методи профілактики тривожних розладів, розвитку особистісної резильєнтності та підтримки психічного здоров'я. Офіцеру-психологу підрозділу були надані методичні вказівки для проведення консультування та підтримки учасників, а командир підрозділу- рекомендації щодо створення оптимальних умов психологічного благополуччя підлеглих.

Завдяки цій програмі та рекомендаціям, підрозділ має можливість підвищити ефективність психологічної підтримки, сприяти швидкому відновленню після бойових дій та зміцнити психологічну стійкість військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження було здійснено теоретичний аналіз тривожного розладу у військовослужбовців – учасників бойових дій. Дослідження підтверджує, що тривожні розлади серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, є серйозною та актуальною проблемою.

Стрес під час бойових дій, загроза життю та травматичні події значно підвищують ризик їх виникнення. Не тільки самі бойові дії, але і післядії військової служби, такі як недостатня соціальна підтримка та занедбання потреб у відповідній психологічній допомозі, можуть спричиняти виникнення тривожних розладів. Діагностика таких розладів у військовослужбовців – учасників бойових дій може бути ускладненою через звичайну неохоту звертатися за допомогою, а також через недостатню освіченість про симптоми та можливі наслідки таких станів. Отже, належна увага до освіти і підтримки психологічного здоров'я військовослужбовців стає надзвичайно важливою.

Дослідження розглядає не лише причини виникнення тривожних розладів, але і методи їх діагностики та психологічну корекцію

Результати дослідження свідчать, що значна частина військовослужбовців – учасників бойових дій має підвищений рівень тривожності, що може негативно впливати на їх здатність виконувати обов'язки в умовах бойових дій. Щоб поліпшити цю ситуацію нами була створена програма психологічного консультування, спрямована на зменшення тривоги та підвищення психологічної стійкості.

Також нами було надано практичні рекомендації для військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях, щодо профілактики тривожних розладів, збільшення особистої стійкості та підтримки психічного здоров'я. Офіцерам – психологам підрозділів було запропоновано методичні вказівки для надання консультацій та підтримки військовослужбовців – учасників бойових дій, а командирам підрозділів ми надали рекомендації

щодо створення сприятливого середовища для психологічного благополуччя підлеглих.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Блінов О. А. Вплив страху на психологічний ресурс особистості військовослужбовця. Вісник Одеського Національного університету. Серія Психологія. 2011. Т. 16. Вип. 11 (ч. 1). С. 329–336.
2. Блінов О. А. Деформація особистості військовослужбовців унаслідок участі в бойових діях. Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка. 2014. Т. X. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. Вип. 26. С. 87–96.
3. Булах І.С., Кузьменко В.У., Помиткін Е.О.: Консультативна психологія підручник. Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. 482 с.
4. Вілюжаніна Т.А. Особливості психологічного консультування в Інтернеті (з досвіду роботи). Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том 7. Екологічна психологія. Випуск 33, 2013. С. 61-71.
5. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / А.В. Верба, О.А. Барбазюк, А.В. Швець, В.В. Стеблюк, В.І. Осьодло, А.П. Казмірчук та ін. / під заг. ред. О.В. Друзя, В.С. Гічуна. К., 2017. 102 с
6. Вовна А.М. Психологія мобілізованого : нарис / А.М. Вовна. – Тернопіль : Мандрівець, 2018. – 152 с.
7. Герасименко Л.О. Посттравматичний стресовий розлад. НейроNews: психоневрологія і нейропсихіатрія. 2021. №8. С.27-32
8. Гузенко І.М., Кожевніков В.М., Маруняк М.С., Романишин А.М. ЗНАТИ. ВМІТИ. ЛЮБИТИ. Психологія індивідуальної виховної роботи з військовослужбовцями: Навчально-методичний посібник. Львів: АСВ, 2012. – 285 с.
9. Попович О.І., Петрович В.І., Стасюк В.В. Виховна робота у підрозділі. Навч.-метод. посібник. К.: КВГІ, 2000. 168 с.

10. Ротань М.П., Стасюк В.В. Методика індивідуальної роботи. Навч.-метод. посібник. – К.: КВПІ, 1999. – 336 с.
11. Статути ЗС України. – Київ: Варта, 2021. – 458 с.
12. Теорія і методика виховної роботи: навчально-методичний посібник. – Київ, Військовий інститут Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – К: КНУ, 2014. – 312 с.
13. Федоренко Р. П., Шкарлатюк К.І. Психологічний практикум з консультування: зміст, прийоми, технології : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2012. 200 с.
14. Франкова І.О. Життя на межі: стрес, травма та психопатологія. *НейроNews*. 2017. Т.3, № 87. С. 20-25
15. Хайрулін О.М. Психологія професійного вигорання військовослужбовців : монографія. Тернопіль : ТНЕУ, 2015. 219 с
16. Хомич Г.О., Ткач Р.М. Основи психологічного консультування : навч. посіб. К. : МАУП, 2004. 152 с
17. Хоружий С. М. Практикум з індивідуального психологічного консультування у соціальній роботі. КНУ імені Тараса Шевченка. Одеса : Фенікс, 2022. 88 с
18. Хоружий С.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О., Олійник В.О., Сириця М.В. Практикум з індивідуального психологічного консультування військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей : навч.-метод. посіб. К. : ТОВ «7БЦ», 2023. 90 с
19. Шелестова О.В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу. *Медична психологія*. 216. №4. С. 74-77
20. Шестопалова Л. Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти. *Гуманітарний часопис*. 2005. № 1. С. 103–108.
21. Шкарлатюк К.І. Ціннісно-сміслові орієнтації осіб, які пережили психотравму. *Психологія. Цінності. Особистість*. Луцьк, 2016. С. 212–218
22. Ягунов В.В. Військова психологія. – К.: Либідь, 2005. – 654 с

23. Основи психологічного консультування (лекційний курс) : навчально-методичний посібник для студентів спеціальності «Практична психологія» / уклад.: Б.А. Якимчук, І.П. Якимчук. Умань : ПП Жовтий О. О., 2013. 204 с.

24. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : Видавничий Дім 83 «Слово», 2017. 227 с. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934>

25. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семигіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова. К. : Наш формат. 2017. 1068 с. URL: <https://nashformat.ua/products/ebook-ohorona-psyhichnogo-zdorov-ya-v-umovahvijny-t.1-t.2-628592#comments>

26. П'юселік Ф. У вас є зо п'ять років, щоби змінити катастрофічний для країни сценарій. 2017. URL: https://kurs.if.ua/articles/frenk_pyuselik_u_vas_ie_zo_pyat_rokiv_shchoby_zminy_ty_katastrofichnyy_dlya_krainy_stsenariy_52146.html/ (дата звернення 25.11.2023).

27. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник та ін. / за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с

28. Предиктори когнітивних порушень у постраждалих з черепномозковою травмою легкого ступеня внаслідок мінно-вибухового ураження / Л.Л. Чеботарьова, О.С. Солонович, М.В. Каджая та ін. Ukr Neurosurg J. 2019. №25(4). С.16-24.

29. Linley A., Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. Journal of Traumatic Stress. Vol. 17, №. 1, February 2004, pp. 11–21.

30. Military personnel exposed to repeated blasts have increased risks of health problems. URL: <https://www.med.navy.mil/Media/News/NewsArticle/Article/3341669/military->

[personnel-exposed-to-repeated-blasts-haveincreased-risks-of-health-pr/](#)

(дата

звернення 22 листопада 2023).

31. 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: Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

32. Першко Лариса та ін. "Саміт Миру-2024 Як Прояв Помілок У Виборі Економічних Засобів Подолання Очевидної Кризи Всього Людства." Науковий збірник «InterConf» , вип. 204, черв. 2024 р., стор. 34-42.

33. Корсак , К., Кірик , Т., Бойчук , О., Корсак , Ю., Першко , Л., & Похресник , А. (2023). ПРО ВПЛИВ МЕГАНООРЕВОЛЮЦІЇ В ГУМАНІТАРНІЙ СФЕРІ НА ПРОГРЕС НАУКИ Й ОСВІТИ В УКРАЇНІ ТА ПСИХОЗАХИСТ ГРОМАДЯН. Збірник наукових праць «SCIENTIA» , (28 квітня 2023 р.; Стокгольм, Швеція), 101–105.

34. Збірник методик для проведення психологічного діагностування під час заступання в добовий наряд зі зброєю. Методичний посібник Київ ГУМПЗ ЗСУ, 2020.

35. Американська асоціація психологів. Short Scale for Anxiety, Depression, and PTSD. Вашингтон, округ Колумбія: Американська асоціація психологів.

36. Котенєв, І. О. Переклад та адаптація Short Scale for Anxiety, Depression, and PTSD. Київ: Видавництво психологічної літератури.