

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
Навчально-науковий інститут управління, психології та безпеки
Кафедра загальної та соціальної психології

**ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ЛЮДЕЙ, ЩО
ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ВІЙНИ**

Кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти
першого рівня ДФН
спеціальності 053 Психологія
Софії ПОЛЮГАНІЧ

Науковий керівник
кандидат психологічних наук, доцент
Оксана ХРИСТУК

Рецензент

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
« » травня 2024 р., протокол №
Завідувач кафедри загальної та соціальної психології
доктор психологічних наук, професор
_____ **Зоряна КОВАЛЬЧУК**

Львів

2024

АНОТАЦІЯ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню особливостей тривожних розладів у військовослужбовців, які постраждали від війни. Здійснено аналіз наукових досліджень щодо природи тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), їх проявів і впливу на психічний стан особистості. Розглянуто можливості та ефективність застосування кататимно-імагінативної психотерапії у роботі з тривожними станами.

Емпірично досліджено рівень тривожності, задоволеності життям і симптомів ПТСР серед військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій. Доведено, що використання технік кататимно-імагінативної психотерапії сприяє зниженню рівня тривожності, зменшенню симптомів ПТСР і покращенню психологічного благополуччя. Показано позитивний вплив технік уявлення, таких як "фортеця" і "дерево для розвитку", на формування почуття безпеки, зниження емоційного напруження та активацію внутрішніх ресурсів.

Проаналізовано ефективність розробленої психокорекційної програми для військовослужбовців, яка може бути використана в реабілітаційних центрах, психологічних службах і навчальних програмах. Робота робить важливий внесок у вдосконалення підходів до психологічної реабілітації військових та їхньої соціально-психологічної адаптації.

Ключові слова: військовослужбовці, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), кататимно-імагінативна психотерапія, психологічна реабілітація, психокорекційна програма.

ANNOTATION

The qualification paper is devoted to the study of anxiety disorders in military personnel affected by war. A thorough analysis of scientific research on the nature of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder (PTSD), their manifestations, and their impact on the mental health of individuals has been conducted. The possibilities

and effectiveness of using catathymic-imaginative psychotherapy in addressing anxiety states are examined.

An empirical study investigated the levels of anxiety, life satisfaction, and PTSD symptoms among military personnel who had served in combat zones. It has been proven that the use of catathymic-imaginative psychotherapy techniques contributes to reducing anxiety levels, alleviating PTSD symptoms, and improving psychological well-being. The positive impact of visualization techniques, such as "fortress" and "tree for growth," on enhancing the sense of safety, reducing emotional tension, and activating internal resources, is demonstrated.

The effectiveness of a developed psychocorrectional program for military personnel, which can be applied in rehabilitation centers, psychological services, and educational programs, has been analyzed. This work makes a significant contribution to improving approaches to the psychological rehabilitation of military personnel and their social and psychological adaptation.

Keywords: military personnel, anxiety disorders, post-traumatic stress disorder (PTSD), catathymic-imaginative psychotherapy, psychological rehabilitation, psychocorrectional program.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ І. Підходи до розуміння тривожних розладів у військовослужбовців та їх класифікація	
1.1. Поняття тривожних розладів у сучасній психології та психіатрії їх класифікація.....	9
1.2 Особливості розвитку та діагностика тривожних розладів у військових...24	
1.3 Основні поняття кататимно-імагінативної психотерапії у роботі з тривожними розладами.....	30
Висновок.....	33
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження тривожних станів у ветеранів війни	
2.1 Методики та вибірка дослідження.....	35
2.2 Опис проведення індивідуальних консультацій із застосуванням технік кататимно – імагінативної психотерапії.....	39
2.3 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	44
Висновок.....	59
РОЗДІЛ 3. Психокорекційна програма роботи з військовими для профілактики тривожних розладів	
3.1 Основи саморегуляції військових.....	63
3.2 Рекомендації технік для зниження тривожних розладів для військових....	
Висновок.....	66
ВИСНОВОК.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	75
ДОДАТКИ.....	80

ВСТУП

Актуальність дослідження.

На даний момент Україна перебуває третій рік у повномасштабному воєнному стані та частина території України стала полем битви. Багато чоловіків та жінок були зобов'язані, або ж з власного бажання покинули рідні домівки, залишили свої сім'ї та стали на захист держави, жертвуючи своїм здоров'ям та життям. Перебування у зоні бойових дій є вимушеним та глибоко стресовим досвідом, що докорінно відрізняється від умов цивільного життя або навіть інтенсивних асимілятивних тренувань. Постійний вплив екстремальних стресорів, загроза життю, втрата побратимів, і необхідність швидкого реагування в умовах підвищеного ризику призводять до значного навантаження на психіку та фізичний стан військовослужбовців. Психологічна вразливість, яка формується під впливом цих факторів, часто супроводжується загостреним сприйняттям багатьох аспектів реальності, що може ускладнювати адаптаційні процеси як під час служби, так і після її завершення.

У бойових обставинах військовослужбовець змушений адаптуватися до специфічних норм, правил і соціальних відносин, які відрізняються від цивільного середовища. Формується особливий тип взаємодії з побратимами, що базується на довірі, взаємопідтримці та спільному виживанні в екстремальних умовах. У цих умовах психіка адаптується до постійного стресу, але разом із цим зростає ризик розвитку посттравматичних розладів, тривожних та депресивних розладів.

Повернення до цивільного життя є новим етапом адаптації, що часто супроводжується труднощами, зокрема через зміну ціннісних орієнтирів, сприйняття себе та навколишнього світу. Знайоме колись середовище стає чужим, що може провокувати відчуття ізолюваності, несправедливості та відчуження. Ветерани війни нерідко стикаються з феноменом «провини вцілілого» або «моральної травми», пов'язаним із відчуттям відповідальності за смерть побратимів або за дії, необхідні для виживання.

Також характерною є злість або образа на цивільне населення, яке продовжує звичне життя без відчуття загрози, маючи доступ до комфорту та сімейної підтримки. Це емоційне напруження може перешкоджати встановленню здорових взаємин між ветеранами та цивільними, знижуючи рівень соціальної інтеграції. Порушення сприйняття себе як рівноправного учасника соціального середовища часто поглиблює почуття ізоляції та може перешкоджати ефективному відновленню.

Для підтримки психічного здоров'я ветеранів важливо впроваджувати комплексні підходи до їхньої реадaptaції, що включають психотерапевтичні інтервенції (зокрема кататимно - імагінативну психотерапію), психоедукацію, та створення соціальних умов, сприятливих для поступового повернення до цивільного життя. Це допомагає не лише подолати посттравматичні прояви, тривожні розлади, але й формує стійкість та позитивну самооцінку, що є основою інтеграції в суспільство. Тому, питання інтеграції військових до цивільного життя, постає гостро в сучасному суспільстві, і буде актуальним ще найближчі роки. Воно вимагає не лише питання реабілітації військових та ветеранів, а й просвітництва для цивільних осіб, які мають володіти знаннями та розумінням прийняття ветеранів, спілкування з ними та взаємодії у різних ситуаціях, а також вивчення питань тривожних розладів у людей, що постраждали від війни, зокрема, у військових.

Об'єкт дослідження: психічні стани військовослужбовців.

Предмет дослідження: особливості прояву тривожних розладів у військовослужбовців.

Мета роботи: здійснити теоретичний аналіз понять та природи тривожних розладів, зосереджуючись на їх проявах, особливостях перебігу та впливах на психологічний стан особистості. Дослідити методологічні аспекти та практичну ефективність застосувань технік кататимно – імагінативної психотерапії у роботі з тривожними розладами. Провести емпіричне дослідження щодо їхнього впливу на зменшення тривожності та сприяння

відновленню психологічної рівноваги. На основі отриманих результатів розробити рекомендаційну програму, спрямовану на покращення психологічної стійкості до стресових ситуацій, відновленню ресурсного стану та адаптації до екстремальних умов життя військовослужбовців.

Завдання дослідження:

1. здійснити теоретичний поглиблений аналіз літератури щодо понять тривожних розладів, проаналізувати метод психотерапії – кататимно - імагінативна психотерапія в роботі з тривожними розладами;
2. емпірично та практично дослідити рівень тривожності та можливості виникнення ПТСР у військовослужбовців, провести індивідуальні консультації із застосуванням технік кататимно-імагінативної психотерапії.
3. скласти рекомендаційну програму зниження проявів тривожних розладів для військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження: припускаємо, що після проведення індивідуальних консультацій із застосуванням технік кататимно-імагінативної психотерапії, рівень тривожності та прояви тривожних розладів у військових зменшаться.

Методи теоретичного дослідження: теоретико – методологічною основою дослідження виступили: теорії Зигмунда Фрейда, Аарона Бека, Джудіт Бек, Ерік Діннер, Жан Шарко, П. Левіна, Р. Б. Кеттелла та Шлейєра.

Методи емпіричного дослідження: у ході дослідження були використані наступні методи та методики, для діагностики тривожних розладів у військовослужбовців: Опитувальник ПТСР за методикою PCL-5, військовий варіант для первинного скринінгу діагностики ПТСР. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (розроблена В.В. Hart). Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант). Опитувальник з генералізованої тривоги – GAD-7 (Роберт Шпітцер). Шкала задоволеності життям (SWLS), розробник Е. Діннер.

Метод кількісно – якісної обробки даних, та метод математичної обробки даних в програмі SPSS. Зроблено кореляційний аналіз за методом Пірсона, порівняльний аналіз, а також середнього значення за t- критерієм.

Практичне значення дослідження: результати даного дослідження можна використовувати у вивченні військової психології та можуть бути використані при підготовці наукових матеріалів, навчально- методичних рекомендацій.

Наукова новизна: теоретичне значення дослідження полягає у: 1) розширенні розуміння тривожних розладів у військовослужбовців. 2) представлення технік для зниження розладів тривоги та технік саморегуляції.

Структура роботи: магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, літератури та додатків.

РОЗДІЛ І. ПІДХОДИ ДО РОЗУМІННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЇХ КЛАСИФІКАЦІЯ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Поняття тривожних розладів у сучасній психології та психіатрії

Розглядаючи феномен тривоги в історичному та теоретичному аспекті, важливо звернути увагу на ідеї латинських стоїків, зокрема трактати Цицерона та Сенеки. Їхні погляди не лише випереджають сучасні уявлення про тривогу, але й пропонують ранні концепції, що мають спільні риси із сучасними клінічними підходами до розуміння й лікування цього стану [3].

У Тускуланських диспутах Цицерон розглядає тривогу, занепокоєння та страждання як розлади (*aegritudo*), проводячи паралелі між хворобливим станом тіла і дисфункцією розуму. Він використовує термін *aegritudo*, поширений у медичних текстах для позначення хвороби, щоб описати аномальні емоційні стани. Цицерон пропонує своєрідну «класифікацію» цих афектів: *angor* (тривога) характеризується як «стисливий» розлад (*premens*), *molestia* (недуга) описується як стійкий і тривалий стан (*permanens*), а *sollicitudo* (занепокоєння) – як румінативний стан, що супроводжується нав'язливими думками (*cum cogitatione*) [17].

Ці концепції є важливими, адже вони формують раннє розуміння різних проявів тривоги, які в сучасній психології називаються тривогою стану (*state anxiety*) і тривогою як рисою особистості (*trait anxiety*). Наприклад, Цицерон розрізняє *anxietas*, що позначає схильність до тривожності чи її характерологічний компонент, і *angor*, який стосується конкретного переживання тривоги в поточний момент. Це розмежування передбачає пізніші роботи Р. Б. Кеттелла та Шлейєра, які впровадили відповідні терміни у психологію.

Також цікаво, як стоїчна філософія розглядає тривогу у контексті людської свободи та самоконтролю. Сенека, наприклад, писав про важливість

зосередження на тому, що перебуває у нашій владі, та звільнення від турбот щодо невідконтрольного. У сучасній терапії це ідея часто використовується для роботи з невизначеністю – однієї з ключових причин тривожності [19, 33].

Тривожні розлади можуть змусити людей намагатися уникати ситуацій, які викликають або погіршують їхні симптоми. Це може вплинути на ефективність роботи, навчання в школі та особисті стосунки.

Вивчення когнітивного функціонування у тривожних людей має довгу історію в експериментальній психології. Проте приблизно до 20 років тому більшість цих досліджень зосереджувалися головним чином на окресленні та поясненні моделей когнітивних розладів, які зазвичай демонструють клінічно тривожні пацієнти та звичайні люди, які повідомляють про високий рівень тривоги за станом чи характером [54].

Зараз, наприклад, встановлено, що тривожні люди демонструють недостатність індуктивних міркувань, затримку прийняття рішень, зменшений обсяг пам'яті. Вони також демонструють порушення контролю уваги, демонструючи особливі проблеми у гальмуванні уваги.

Можливо, найвпливовішим поясненням цього дефіциту продуктивності є те, що ввів М. В. Айзенк, який передбачає функціональне обмеження місткості робочої пам'яті. Зокрема, Айзенк звертає увагу на характерну когнітивну занепокоєність емоційно - негативними проблемами, які зазвичай демонструють дуже тривожні люди.

У сукупності такі занепокоєння представляють симптоми «занепокоєння» тривоги, на відміну від «соматичних» симптомів, які в основному відображають підвищене симпатичне збудження. Згідно з Айзенком, хвилювання являє собою когнітивний процес, який потребує ресурсів і не має відношення до завдання, підтримується розподілом об'єму робочої пам'яті, і саме це виснаження робочої пам'яті лежить в основі когнітивного дефіциту, пов'язаного з тривогою [41].

Тобто тривога може бути пов'язана не із загальним порушенням обробки інформації, а з незвичними патернами вибіркової обробки. Ті, хто відчуває високу тривогу, можуть переважно розподіляти ресурси для підтримки обробки інформації, яка стосується їх тривоги, навіть якщо ця інформація може бути невідповідною для завдань, які їм пропонують виконати [1].

Безумовно, найпопулярнішою методологією діагностики та дослідження в цій галузі досліджень була адаптація класичної парадигми іменування кольорів Струпа, що стало відомим як «емоційне завдання Струпа». У цьому варіанті суб'єктам показані емоційно загрозові слова (наприклад, "смерть" або "невдача") та емоційно незагрозові слова (наприклад, "крісло" або "картинка") різними кольорами, і вони повинні якомога швидше назвати колір кожного елемента стимулу [15].

Відповідно до гіпотези про те, що їм повинно бути важко ігнорувати вміст слів загрози, клінічно тривожні пацієнти, у порівнянні з не тривожними контрольними суб'єктами, неодноразово виявляли, що відображають непропорційно довгі затримки іменування кольорів на словах загрози. Вперше продемонстровано у пацієнтів з генералізованим тривожним розладом, ученими Метьюз Ендрю і Джон Маклеод, у 1985 р, це явище зараз також спостерігалось у багатьох інших клінічно тривожних популяцій, включаючи специфічні фобії, пацієнти з панічним розладом; хворі на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), та obsесивно - компульсивні пацієнти.

Багато дослідників повідомляють, що ефекти втручання, показані клінічно тривожними особами, максимально відрізняються від тих, що відображаються суб'єктами контролю на тих конкретних словах загрози, які мають найбільше значення для проблем цієї конкретної групи пацієнтів. Так, наприклад, Карін Могг, Е.Метьюз та Джон Вейнман, виявили, що ті пацієнти з ГТР, які повідомили, що найбільше турбуються про фізичні проблеми, показали найбільше втручання в слова загрози, пов'язані з фізичною небезпекою (наприклад, "травма"), тоді як ті, хто повідомляв, що найбільше

турбуються про соціальні проблеми, показали найбільше втручання у слова, пов'язані з соціальною загрозою (наприклад, "приниження") [2,6].

Аналогічно, найбільший рівень втручання був виявлений на словах соціальної загрози для соціальних фобій, про слова фізичної загрози для пацієнтів з панічним розладом, про слова, пов'язані з їх страхітливими стимулами до конкретних фобій, про слова, пов'язані з їх нав'язливими побоюваннями щодо obsесивно - компульсивних пацієнтів, і про слова, пов'язані з їх початковою травматичною подією для пацієнтів з ПТСР.

Тривожні розлади, включаючи фобії, соціальний тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, панічний розлад, генералізований тривожний розлад, а також гострі та посттравматичні стресові розлади, є найпоширенішими. Дослідження причин та лікування цих розладів зросли за останні кілька десятиліть, даючи безліч нової інформації, починаючи від хімії мозку до культурних впливів і закінчуючи доказовим лікуванням [55].

Це охоплює основну нейробіологію, фактори ризику та захисту, закономірності вираження нормальної та патологічної тривоги, культурні детермінанти цього виразу, а також розмежування конкретних тривожних розладів та їх доказове лікування. Оскільки сфери досліджень стають все більш спеціалізованими, необхідність інтеграції нашого розуміння в цих різних областях стає все більш важливою, що закликає до міждисциплінарного підходу.

Тривога - це універсальна людська емоція. Це попереджає нас про потенційні загрози та мотивує готуватися до викликів. Однак напрочуд велика частина населення відчуває надлишок тривоги, яка є контпродуктивною або навіть виснажливою.

Цей надлишок часто набуває форми прототипних синдромів, які були названі "розладами тривоги".

Тривожні розлади – це група станів психічного здоров'я, які викликають страх, жах та інші симптоми, які не відповідають ситуації [41].

Симптоми тривожних розладів можуть включати:

- проблеми з концентрацією або прийняттям рішень
- відчуття дратівливості, напруги або неспокою
- нудота або біль у животі
- прискорене серцебиття
- пітливість, тремтіння або тремтіння
- проблеми зі сном
- відчуття небезпеки, що насувається, паніки або приреченості.

Тривожні розлади збільшують ризик депресії та розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, а також ризик суїцидальних думок і поведінки [39].

Тривожні розлади, як і інші психічні розлади, є результатом складної взаємодії соціальних, психологічних і біологічних факторів. Будь-яка людина може мати тривожний розлад, але люди, які пережили жорстоке поводження, серйозні втрати чи інші несприятливі події, мають більшу ймовірність його розвитку.

Тривожні розлади тісно пов'язані з фізичним здоров'ям і впливають на нього. Багато наслідків тривоги (наприклад, фізична напруга, гіперактивність нервової системи або шкідливе вживання алкоголю) також є відомими факторами ризику таких захворювань, як серцево-судинні захворювання. У свою чергу, люди з цими захворюваннями також можуть відчувати тривожні розлади через труднощі, пов'язані з керуванням їхніми станами [27].

Відповідно до «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів», (DSM-5-TR), тривожні розлади включають розлади, які мають спільні ознаки надмірного страху та тривоги та пов'язаних з ними поведінкових розладів. Обсесивно-компульсивний розлад (включений до обсесивно-компульсивних та споріднених розладів), гострий стресовий розлад і посттравматичний стресовий розлад (включений до травми та пов'язаних зі стресом розладів) більше не вважаються тривожними розладами, як це було в

попередній версії DSM . Однак ці розлади тісно пов'язані з тривожними розладами, і послідовний порядок цих розділів у DSM-5-TR відображає цей тісний зв'язок [11].

Тривожний розлад може бути спровокований стресами навколишнього середовища, такими як розрив серйозних стосунків або вплив небезпечної для життя катастрофи. Однак у багатьох людей розвивається тривожний розлад за відсутності ідентифікованого тригера.

З погляду психіатрії, тривожні розлади асоціюються з порушенням функцій кількох нейромедіаторів, зокрема серотоніну, норадреналіну та гамма - аміномасляної кислоти. Ці нейромедіатори регулюють настрій, страх та реакцію на стрес. Наприклад, низький рівень даних гормонів (яка знижує збудливість) та дисбаланс серотоніну асоціюються з підвищеною тривожністю. Крім того, дослідження показують, що у людей з тривожними розладами відбувається надмірна активація мигдалеподібного тіла (амігдали) — області мозку, що відповідає за обробку страху, та недостатня активність префронтальної кори, яка контролює емоції та раціональне мислення [60].

Сучасні психіатричні дослідження активно досліджують зв'язок між тривожними розладами та генетикою, включаючи генетичні маркери, що можуть визначати схильність до тривоги. Також проводяться експерименти з новими методами лікування, такими як психоделічна терапія (з використанням кетаміну чи псилоцибіну) в контрольованих умовах. Цей підхід демонструє перспективи в лікуванні резистентних форм тривожних розладів.

Отже, в психіатрії тривожні розлади розглядаються як комплексні стани, що виникають на основі багатофакторного підходу — від нейрохімічних до генетичних і психологічних аспектів. Сучасні дослідження вказують на можливості удосконалення терапевтичних стратегій, що поєднують як медикаментозні, так і психотерапевтичні методи [51].

Існує кілька типів, включаючи генералізований тривожний розлад, специфічні фобії та соціальний тривожний розлад та інші.

Соціальний тривожний розлад (СТР) або соціофобія

Соціальний тривожний розлад, іноді відомий як соціальна фобія – є типом тривожного розладу, який викликає тривогу або страх у соціальних умовах.

Людині з цим розладом важко спілкуватися з людьми, знайомитися з новими людьми та відвідувати соціальні зустрічі. Вони можуть відчувати занепокоєння через те, що інші засуджують або перевіряють їх. Вони можуть розуміти, що їхні страхи ірраціональні, але відчувати себе безсилими подолати їх.

Соціальна тривога відрізняється від сором'язливості тим, що сором'язливість може робити спілкування складнішим, чи впливати на роботу або навчання, проте вона не заважає життю, насолоді і новим знайомствам. Соціальна тривожність є постійною та всеосяжною та може впливати на повсякденну діяльність [38].

За даними Американської асоціації людей, які мають виражену тривогу та депресію, приблизно 15 мільйонів дорослих страждають саме на соціофобію. Часто це починається в підлітковому віці.

Для людини з соціальним тривожним розладом характерні такі фізичні прояви:

- почервоніння шкіри обличчя
- нудота
- підвищена пітливість
- тремтіння
- скутість тіла
- труднощі у розмові
- запаморочення
- пришвидшене серцебиття

Психологічні симптоми можуть включати:

- інтенсивне нервування чи занепокоєння: до, під час та після соціальних контактів
- уникання соціальних контактів, або намагання «злитись з фоном», відсторонення
- підвищена самосвідомість та самоаналіз в соціальних ситуаціях
- тривога про те, що інші помітять напруження або нервування
- вживання алкоголю, щоб зменшити тривогу в соціальних контактах
- уникання школи, роботи через переживання

Кожен часом відчуває тривогу, але люди з соціальною тривогою постійно бояться бути засудженими іншими або приниженими перед ними.

Деякі люди мають обмежену або вибірккову тривожність. Наприклад, вони можуть хвилюватися лише тоді, коли їдять на очах інших або розмовляють з незнайомцями. Люди з важкими симптомами можуть уникати будь-якого соціального середовища [22].

Що викликає соціальний тривожний розлад?

Точної причини соціофобії не вдалось встановити, проте до неї може призвести сукупність таких факторів як: біологічні, фізичні та генетичні. Порушення в нейромедіаторних системах можуть викликати дисгармонію в рівнях гормонів серотоніну, дофаміну та глутамату. Ці хімічні сполуки мозку допомагають регулювати настрій [7].

Фактори навколишнього середовища можуть сприяти цьому, але лише як частина складної взаємодії, яка також включає біологічні та генетичні особливості.

Фактори минулого досвіду, які можуть сприяти соціофобії:

- емоційне, фізичне або інші види насильства
- негативні взаємодії з однолітками
- надмірно контрольовані стилі виховання
- наявність ненадійного (тривожного або уникаючого) стилю прив'язаності

Діагностика соціального тривожного розладу

Немає медичного тесту для перевірки соціального тривожного розладу, але опираються на критерії з Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, п'яте видання (DSM-5), щоб визначити ймовірність соціального тривожного розладу [18].

Критеріями оцінки соціального тривожного розладу, згідно з DSM-5, є:

- страх перед однією або декількома соціальними ситуаціями, які можуть вимагати пильної уваги з боку інших;
- наявність страху діяти таким чином, що призведе до негативної оцінки з боку інших, або засмутить чи образить інших;
- конкретна ситуація майже завжди викликає страх або тривогу;
- людина або уникає ситуації, або бере участь з сильною тривогою чи страхом;
- страх, який непропорційний загрозі;
- страх або тривога є постійними, зазвичай тривають 6 місяців або більше;
- страх і тривога руйнують повсякденне життя.

Панічні атаки та панічний розлад

Панічні атаки — це раптові, інтенсивні приступи страху або дискомфорту, які супроводжуються фізіологічними симптомами, такими як серцебиття, тремтіння, відчуття задухи, пітливість, запаморочення або страх смерті [23].

Ознаки та симптоми панічної атаки розвиваються раптово і зазвичай досягають свого піку протягом 10 хвилин. Вони рідко тривають понад годину, більшість закінчується протягом 20-30 хвилин. Панічні атаки можуть статися будь-де та будь-коли.

Симптоми панічної атаки включають:

Фізичні симптоми:

- прискорене серцебиття або аритмія;

- пітливість;
- тремтіння;
- відчуття задухи або важкість дихання;
- запаморочення або відчуття слабкості;
- нудота або дискомфорт у животі;
- відчуття холоду або жару (припливи або озноб);
- біль або дискомфорт у грудях;
- оніміння або поколювання (часто в руках або ногах) [47].

Психологічні симптоми:

- інтенсивний страх або тривога;
- відчуття втрати контролю або "збожевоління";
- страх смерті;
- відчуття нереальності або відірваності від себе (дереалізація або деперсоналізація) [35].

У той час як багато людей відчувають лише одну-дві панічні атаки без подальших епізодів чи ускладнень, і немає причин для занепокоєння, у деяких ж людей розвивається панічний розлад. Панічний розлад характеризується повторюваними нападами паніки в поєднанні зі значними змінами в поведінці або постійною тривогою щодо подальших нападів.

Людина може страждати від панічного розладу, якщо:

- переживає часті, несподівані панічні атаки, які не прив'язані до конкретної ситуації.
- дуже хвилюється про наступний напад паніки.
- поводить по-різному через напади паніки, наприклад уникає місць, де раніше панікувала. Хоча один напад паніки може тривати лише кілька хвилин, наслідки переживання можуть залишити тривалий відбиток.
- передбачає тривогу. Замість того, щоб відчувати себе розслабленим і схожим на себе в період між нападами паніки, відчуває тривогу та напругу.

- сильне уникнення, тобто починає уникати певних ситуацій або середовищ.

Це уникнення може ґрунтуватися на переконанні, що ситуація, яку уникає людина, спричинила попередню панічну атаку.

Хоча точні причини панічних атак і панічного розладу неясні, тенденція до панічних атак є. Існує також зв'язок із великими життєвими змінами, такими як закінчення коледжу та вихід на роботу, одруження чи народження дитини. Сильний стрес, наприклад смерть близької людини, розлучення або втрата роботи, також може спровокувати напади паніки [42].

Генералізований тривожний розлад (ГТР):

Нейропсихічний розлад, підклас тривожних розладів, що характеризуються надмірною і неконтрольованою тривогою протягом шести і більше місяців. ГТР є основною перешкодою для особистої та суспільної продуктивності та фінансовим тягарем для державних секторів охорони здоров'я; ба більше, це одна з поширених проблем психічного здоров'я, глобально з фізичними та психологічними проявами. На розвиток ГТР впливає сукупність факторів (наприклад, життєві стреси, фізичні або психологічні стани, генетика, вживання психоактивних речовин, фактори навколишнього середовища, типи особистості, стилі виховання), тощо [16].

Діагноз ГТР можна поставити за допомогою діагностичних критеріїв DSM. Критерії DSM-5 для загального тривожного розладу: ГТР діагностується як надзвичайна тривога, що виникає протягом останніх шести місяців протягом більшості днів. Неконтрольована тривога може перервати соціальне життя пацієнта (наприклад, школа, професія). Людина може бути діагностовано як хвора на ГТР, якщо присутні три або більше з наступних симптомів:

- Неспокій;
- Легка втомлюваність;
- Проблеми з концентрацією або втрата розуму;
- Дратівливість;

- Напруга м'язів;
- порушення сну

При діагностиці ГТР також слід звернути увагу на наступні моменти:

- Порушення сну не повинно бути спричинене фізіологічним впливом речовини або захворювання.
- На пацієнта не повинні впливати інші психічні розлади, наприклад паніка розлад, ОКР, депресія.
- Занепокоєння повинно спричиняти значний стрес.

У процесі лікування ГТР є три основні фази. Спроба лікувати ГТР без використання цих фаз збільшила б стан пацієнта вразливість до рецидиву (Wilkinson et al., 2011).

- Навчання розуміння тривожності;
- Розпізнавання та подолання некорисних реакцій на невизначеність;
- Розпізнавання та оскарження позитивних переконань, щодо занепокоєння [14].

Фобія:

Це інтенсивний, ірраціональний страх певних об'єктів або ситуацій, які насправді не становлять серйозної загрози. Фобії можуть бути специфічними (наприклад, страх перед павуками або висотою) або більш загальними (наприклад, агорафобія — страх відкритих просторів або натовпу). Людина з фобією часто уникає ситуацій, що викликають страх.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР):

Це комплексне порушення психічної діяльності людини, реакції на травму, яка може змінювати уявлення людини про те, як вона думає, як себе почуває, і впливає на здатність нормального функціонування. Це поширений психічний розлад як серед цивільного населення так і серед військових. ПТСР може бути: комплексний, це переживання людиною декількох травмуючих подій за життя, або довготривала травма. Трансгенераційна, травма, яка

розвивається в родині або цілому суспільстві. Травма розвитку – коли травмуючі події переживаються з дитинства, та впродовж зростання і розвитку [39].

Близько 70% осіб, які прожили травмуючу подію, зможуть самостійно або з допомогою відновитись і не мати ПТСР. Натомість інші 30%, страждатимуть на прояв ПТСР.

Коли травма завершується, і є можливість інтегрувати її в свою психіку, настає час зцілення, і в нормі людина опрацьовує цю подію, то адаптується. Проте коли система захисту психіки спрацьовує не на повну потужність, є великий ризик розвитку ПТСР [15].

Часто після завершення травмуючої події, людина знаходячись в спокійному середовищі, продовжує використовувати захисні механізми, які були їй притаманні під час проживання травми. Тобто вона далі в стані підвищеної тривожності, очікування небезпеки і загрози. Травматична подія постійною втручається в житті людини, не даючи можливості для відновлення.

Симптоми ПТСР:

- повторне переживання травмівної події (інтрузії, флешбеки, нічні жахіття);
- уникання нагадування про травму;
- негативні когнітивні порушення;
- підвищення відчуття тривоги, готовність до загрози [42].

Якщо дані симптоми тривають понад місяць ми можемо говорити про виникнення та розвиток ПТСР.

Діагностика ПТСР проводиться лікарем-психіатром, опираючись на DSM-5. Щоб отримати діагноз посттравматичний стресовий розлад, повинні бути такі симптоми протягом принаймні одного місяця:

Вторгнення:

- Нав'язливі думки, такі як повторювані, мимовільні спогади.
- Кошмари.

- Флешбеки травматичної події, які можуть бути дуже яскравими та реальними [49].

Уникнення:

- Уникання нагадувань про травматичні події, наприклад про людей, місця, дії, речі та ситуації.
- Уникнення згадок або думок про травматичну подію.
- Уникання розмов про те, що трапилося, або про те, що відчувається з цього приводу [55].

Зміни мислення та настрою:

- Постійний страх, жах, гнів, провина або сором.
- Втрата пам'яті важливих аспектів травматичної події.
- Постійні негативні та спотворені думки та почуття про себе чи інших.
- Спотворені думки про причину або наслідки події, які призводять до неправильного звинувачення себе чи інших.
- Почуття відірваності від інших.
- Більше не отримує задоволення від діяльності, якою займалися колись.
- Нездатність відчувати позитивні емоції [19].

Зміни збудження та реактивності:

- Дратівливість і спалахи гніву.
- Безрозсудна або саморуйнівна поведінка.
- Надмірна уважність до свого оточення (гіперпильність).
- Проблеми з концентрацією.

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР):

Це розлад, при якому люди мають повторювані небажані думки, ідеї чи відчуття (нав'язливі ідеї). Щоб позбутися думок, вони відчувають спонукання робити щось повторювано (компульсії). Поведінка, що повторюється, як-от миття/прибирання рук, перевірка речей і розумові дії, такі як (рахування) або

інші види діяльності, можуть суттєво заважати повсякденній діяльності та соціальній взаємодії людини.

Діагноз ОКР вимагає наявності нав'язливих думок та/або компульсії, які забирають багато часу (більше однієї години на день), викликають значний дистрес і погіршують роботу чи соціальне функціонування. ОКР вражає 2-3% людей у Сполучених Штатах, а серед дорослих хворіють трохи більше жінок, ніж чоловіків. ОКР часто починається в дитинстві, підлітковому або ранньому дорослому віці [20].

Нав'язливі ідеї - це повторювані та постійні думки, імпульси або образи, які викликають тривожні емоції, такі як тривога, страх або огида. Багато людей з ОКР усвідомлюють, що це продукт їхнього розуму і що вони надмірні або нерозумні. Однак страждання, спричинені цими нав'язливими думками, неможливо вирішити за допомогою логіки чи міркування. Більшість людей з ОКР намагаються полегшити страждання, пов'язані з нав'язливим мисленням, або усунути уявні загрози за допомогою примусу. Вони також можуть намагатися ігнорувати або придушувати нав'язливі ідеї або відволікатися на іншу діяльність.

Компульсії - це повторювана поведінка або психічні дії, до яких людина відчуває спонукання у відповідь на одержимість. Така поведінка, як правило, тимчасово запобігає або зменшує страждання людини, пов'язані з одержимістю, і, швидше за все, вони зроблять те саме в майбутньому. Комппульсії можуть бути надмірними реакціями, які безпосередньо пов'язані з одержимістю (наприклад, надмірне миття рук через страх зараження), або діями, які абсолютно не пов'язані з одержимістю. У найважчих випадках постійне повторення ритуалів може заповнити день, унеможливаючи нормальний розпорядок дня [23].

Діагностика обсесивно - компульсивного розладу є клінічною і ґрунтується на наявності нав'язливих ідей, компульсії або обох. (DSM-5)

Обсесивно-компульсивний розлад визначається обома з наступних ознак:

- Повторювані та постійні думки, спонукання, які в певний період під час порушення сприймаються як нав'язливі та небажані, і які у більшості людей викликають помітну тривогу або страждання;
- Людина намагається ігнорувати або пригнічувати такі думки, спонукання чи образи або нейтралізувати їх якоюсь іншою думкою чи дією (тобто, виконуючи примус);
- Компульсії визначаються обома з наведених нижче ознак;
- Повторювана поведінка (наприклад, миття рук, перевірка) або психічні дії (наприклад, молитва, підрахунок, мовчки повторення слів), які людина відчуває спонуканням виконати у відповідь на нав'язливу ідею;
- Поведінка або розумові дії спрямовані на запобігання або зменшення тривоги чи дистресу або запобігання певній страшній події чи ситуації; однак ця поведінка або розумові дії або не пов'язані реалістичним чином з тим, що вони призначені для нейтралізації чи запобігання, або явно надмірні [36].

1.2 Особливості розвитку та діагностика тривожних розладів у військових ветеранів

Одним із клінічних видів бойової психічної патології є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який може виникати в учасників бойових дій через будь-який чітко не встановлений проміжок часу після впливу травмуючого фактора (від декількох місяців до декілька десятків років).

Досвід військової служби може сприяти розвитку або загостренню тривожних розладів у ветеранів. Унікальні стресори, травми та невизначеність, властиві військовому життю, можуть мати тривалий вплив на психічне здоров'я [21].

Найбільшому ризику піддаються ті, хто піддається найвищому рівню стресу в зоні бойових дій, поранені під час бойових дій, ті, хто перебуває у

в'язниці як військовополонені, і ті, у кого виявляються гострі реакції в зоні бойових дій

Поширені види тривоги, з якими можуть стикатися ветерани, включають:

- Тривога, пов'язана з бойовими діями: ветерани, які пережили бойові дії, можуть стикатися з підвищеним станом збудження, знову переживати травматичні події та відчувати провину вцілілого. Тривога, пов'язана з бойовими діями, може проявлятися як комбінація ГТР, панічного розладу та посттравматичного стресового розладу, створюючи складну мережу проблем.
- Тривога адаптаційного періоду: перехід від військового до цивільного життя створює власний набір викликів, викликаючи тривогу, пов'язану з роботою, соціальною інтеграцією та відчуттям мети. Ветерани можуть боротися з невизначеністю життя після служби, що призводить до різних симптомів тривоги.
- Тривога під час дислокації в бойових місцях: очікування та переживання під час цього можуть сприяти тривожним розладам. Турбота про особисту безпеку, благополуччя товаришів і постійна небезпека створюють живильне середовище для тривоги.
- Тривога провини вцілілого: ті, хто втратив когось під час служби, можуть боротися з почуттям провини вцілілого, глибокою емоційною боротьбою, яка може призвести до нав'язливих думок, самозвинувачення та сильної тривоги. Боротися з втратою, сумніваючись у власному виживанні, є емоційно важким. Найбільш діагностований тривожний розлад серед ветеранів є ПТСР [37].

Розвиток посттравматичного стресу може бути точно не у всіх, проте військові, які знаходяться в зоні бойових дій, та виконують бойові накази мають більший ризик мати ПТСР, ніж військовослужбовці, які проходять службу в прифронтових містах та посадах штабу. Розвиток і виникнення ПТСР

має складну конструкцію, та не завжди піддається діагностиці з одного опитувальника [5].

Війна не є причиною ПТСР, проте проживання подій чи ситуацій де є загроза власному життю, втрата, порушення своєї цілісності як фізичної так і психологічної спричиняє більшу імовірність виникнення даного розладу.

При нормальному переживанні стресової ситуації, мозок опрацьовує інформацію передаючи її в таламус, далі на опрацювання в мигдалину і потім в гіпокам. Проте, коли ситуація не стабілізується, та організм не переходить зі стадії збудження та виживання, в стадію розслаблення, інформація про травматичну подію залишається в мигдалині, та не опрацьовується мозком далі [10].

Це також можна описати як: при небезпечній, стресовій ситуації, людина обирає декілька стратегій подолання: бий, біжи, завмри. І ось коли використовуються стратегії бий чи біжи, швидше за все, ризик виникнення ПТСР буде значно меншим, оскільки мозок залучає всі можливі ресурси на подолання стресу та впорається з ним, адже це завершиться. Проте у випадку заціпеніння чи завмирання, мозок відчуває втрату контролю над ситуацією та власним тілом, і залишає інформацію неопрацьованою, такою, що принесла багато шкоди, але залишилась непрожитою [39].

Дослідження тривожних розладів у ветеранів війни в Україні, набрало великої популярності з початком повномасштабного вторгнення. Спеціалісти в сфері психічного здоров'я почали цікавитись цією темою та проводити дослідження. Важливо розуміти також, які методики можна використовувати для діагностики ПТСР та дослідження тривожних станів у військовослужбовців. Їх ми опишемо у другому розділі.

Реабілітація, як процес відновлення фізичних, психічних та соціальних ресурсів військовослужбовця та учасника бойових дій, має мати інтегративний характер, та включати наступні заходи: психотерапевтичні, псих діагностичні,

психокорекційні, профілактичні, профорієнтаційні, використовуючи як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної реабілітації [44].

Виникнення ПТСР у військових Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається як реакція на травматичні події, які перевищують звичайний рівень стресу та стають психічно надмірними для людини. У військових ПТСР часто виникає внаслідок участі в бойових діях, під час яких вони можуть переживати важкі події: загибель товаришів, загроза власному життю, руйнування, травми та багато інших факторів. За даними американських та ізраїльських досліджень, інтенсивність і тривалість впливу травматичних подій під час війни безпосередньо корелює з ризиком розвитку ПТСР.

Зокрема, американські дослідження, проведені на ветеранах війни в Іраку та Афганістані, показують, що ризик ПТСР зростає, якщо військові піддаються багаторазовим травматичним подіям або відчувають сильний страх за власне життя або життя товаришів. Ізраїльські дослідження, проведені на солдатах Армії оборони Ізраїлю, вказують на те, що для виникнення ПТСР важливе значення мають також індивідуальні особливості (наприклад, низька стресостійкості або наявність тривожного типу особистості) і соціальна підтримка після травми [57].

Симптоми ПТСР у військових

ПТСР у військових має характерні симптоми, які можуть включати як психологічні, так і фізичні прояви:

- Нав'язливі спогади та флешбеки- військові можуть постійно пригадувати травматичні події або переживати флешбеки — живі спогади, які змушують їх знову і знову "переживати" подію. В ізраїльських дослідженнях описуються випадки, коли такі флешбеки можуть викликатися звуками, запахами або ситуаціями, що нагадують бойові обставини.
- Кошмари та порушення сну- ПТСР часто супроводжується кошмарами, що можуть змушувати військових прокидатися вночі з відчуттям страху та

паніки. Дослідження, проведене в США серед ветеранів, показує, що більше ніж половина пацієнтів з ПТСР стикаються з порушенням сну.

- Гіперактивність та підвищена чутливість до подразників- ПТСР часто супроводжується постійним почуттям настороженості та готовністю до раптової небезпеки. Це також включає підвищену чутливість до звуків, рухів, які нагадують про бойові дії.
- Уникнення- військові з ПТСР можуть уникати ситуацій, людей або місць, які нагадують їм про травматичний досвід. Американські психологи відзначають, що уникнення є одним із ключових діагностичних критеріїв ПТСР, адже воно підтримує симптоми і заважає адаптації.
- Соціальна ізоляція та відчуженість- ветерани часто відчують, що не можуть знайти порозуміння з оточуючими, які не переживали бойових дій, що призводить до ізоляції.
- Депресія та суїцидальні думки. У багатьох випадках ПТСР супроводжується депресією, що може призвести до суїцидальних думок. Ізраїльські дослідники підкреслюють, що соціальна підтримка є важливим фактором, який зменшує ризик суїциду серед військових з ПТСР [52].

ПТСР у військових може виявлятися через поведінкові, емоційні та фізичні реакції, які не завжди легко впізнати як розлади. Часто симптоми маскуються або виражаються через "захисні" механізми, адже багато військових звикли придушувати емоції в складних умовах служби. Деякі з характерних проявів ПТСР у військових включають:

- Агресія та подразливість, деякі дослідження показують, що ветерани з ПТСР можуть проявляти підвищену дратівливість або агресивну поведінку, особливо в ситуаціях, які нагадують бойові дії. Це може включати вибухові реакції на несуттєві подразники, наприклад, на гучні звуки або несподівані рухи, які асоціюються з небезпекою.
- Соціальна відчуженість, багато військових намагаються ізолюватися від суспільства, бо відчують, що їхній бойовий досвід залишається незрозумілим іншим людям. Вони можуть уникати сім'ї та друзів, а також

уникати громадських місць, щоб уникнути ситуацій, які можуть спричинити симптоми ПТСР, такі як тривога або флешбеки.

- Зловживання алкоголем та наркотиками, військові часто вдаються до алкоголю або інших речовин, щоб "заглушити" симптоми ПТСР. Це поведінка також відзначається серед ветеранів, які не звертаються за допомогою через стигматизацію, пов'язану з психічними захворюваннями.
- Надмірна обережність та гіперактивність, військові можуть залишатися в стані постійної пильності, готуючись до потенційної небезпеки навіть у мирному житті. Це проявляється через надмірну реакцію на незначні подразники, такі як дверні скрипи, спалахи світла або сторонні звуки, які можуть нагадувати про бойові умови [56].

Фізіологічні механізми виникнення ПТСР

Фізіологічно ПТСР виникає як результат комплексних змін у функціонуванні мозку, нервової системи та гормональної регуляції. Під впливом сильної або хронічної травми відбувається наступне:

- Гіперактивація мигдалеподібного тіла (амигдали), частини мозку, яка відповідає за обробку страху, стає надмірно активною у людей з ПТСР. Коли військовий стикається з травматичною подією, амигдала може активізуватися навіть від мінімального подразника, змушуючи людину відчувати страх чи тривогу.
- Зниження активності префронтальної кори, яка допомагає регулювати емоційні реакції та раціональну поведінку. При ПТСР її активність знижується, що зменшує здатність людини контролювати власні емоції та логічно оцінювати ситуацію. Це може призвести до імпульсивної поведінки або ірраціональних страхів.
- Дисбаланс гіпоталамо – гіпофізарно - адреналової осі. Ця система контролює вироблення гормонів стресу, таких як кортизол та адреналін. Після пережитого травматичного досвіду ГГА-вісь може залишатися в активованому стані, що викликає постійне відчуття напруженості та страху.

- Дефіцит дофаміну та серотоніну в людей з ПТСР може бути важливим аспектом, який відіграє важливу роль у контролі настрою та відчуття задоволення. Це може призвести до депресивних настроїв та відчуття безвиході [53].

Американські та ізраїльські дослідження показали декілька цікавих фактів про ПТСР у військових:

Ізраїльські психологи відзначають, що солдати, які отримують сильну підтримку від своїх командирів і товаришів, рідше проявляють симптоми ПТСР. Це вказує на те, що соціальна підтримка під час або після травми може зменшити ризик розвитку ПТСР.

Американські вчені дослідили генетичні маркери, які можуть підвищувати вразливість до ПТСР. Виявлено, що певні генетичні варіації, пов'язані з реакцією на стрес, можуть визначати, як сильно людина відреагує на травму. Це може пояснювати, чому деякі військові мають підвищений ризик розвитку ПТСР після бойових дій, а інші ні.

В сучасному суспільстві вивчаються експериментальні підходи, зокрема, нейрофідбек, який дозволяє пацієнтам з ПТСР тренуватися контролювати власні мозкові хвилі, зменшуючи рівень тривожності. Також проводяться експерименти з використанням транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС) для корекції дисбалансу в роботі префронтальної кори [12].

1.3 Основні поняття кататимно-імагінативної психотерапії в роботі з тривожними розладами

Кататимно – імагінативна психотерапія або кататимно - імагінативна психотерапія – напрям психотерапії, який базується на принципі глибинної психології. В даному напрямку використовується метод роботи з уявою та фантазією. Це допомагає зробити несвідомі бажання людини, її фантазії, конфлікти та механізми захисту – наочними. Назва походить від античного поняття – «katathym», яке використовувалось Х. Майєром у 1912 р., для опису залежності імагінативних процесів від афектів та емоцій особистості.

Кататимно – імагінативну психотерапію заснував німецький психотерапевт Ханскарл Льюїнер (1919 – 1996). Можна метафорично описати це як «психоаналіз за допомогою образів». Основа кататимно - імагінативна психотерапія складається з фантазування, яке відбувається у формі образів на вільну тему, або задану психологом тему. Функція психотерапевта – супровід [1].

В основі даного методу закладені концепції класичного психоаналізу, а також продовження сучасного його розвитку.

Основний принцип кататимно – імагінативної психотерапії:

- психіка сама прагне до того, щоб образно представляти себе у своїх фантазіях.

Засновник аналітичної психології Карл Густав Юнг розробив метод роботи з образами, і назвав це активною уявою – пацієнт уявляє якийсь ландшафт, входить в нього і щось там здійснює. Подорожуючи по тому ландшафту, можна зустріти різних істот, які можуть уособлюватись, як символічне втілення архетипів [17].

Чотири основні критерії, які відрізняють кататимно - імагінативну психотерапію від інших психотерапевтичних методів, які теж використовують уявлення образів:

- образи використовуються за чіткою схемою, а не випадково, фрагментовано чи непослідовно як в інших методах;
- метод системно структурований, чітко визначено дії на кожному етапі, і послідовні кроки та протипоказання;
- в основі є глибока теоретична база, концепції класичного і сучасного психоаналізу;
- сугестивні фактори зведені до мінімуму, всі техніки спрямовані на повне і вільне розкриття особистості пацієнта. Тобто питання психотерапевта мають бути у вільні, відкритій формі.

Імагінація (уява) – це динамічний процес, під час якого клієнт уявляє, переживає та відчуває внутрішню, так звану «реальність за відсутності зовнішньої стимуляції». Специфіка виявляється в барвистості, емоційній насиченості, пластичності. Саме це і відрізняє від простих уявлень, в повсякденному житті [53].

Імагінація – це складний психофізіологічний процес, у якому людина створює і переживає внутрішні образи без зовнішніх стимулів. Цей метод має велике терапевтичне значення, оскільки викликані уявленнями емоції, поведінкові реакції чи фізіологічні зміни можуть впливати на психічний стан, фізіологію, самооцінку та поведінку. Використання імагінації в психотерапії триває понад століття. Ще у 1920-х роках Кречмер і Десуаль впровадили техніки, які назвали відповідно «внутрішнім баченням» і «керованим сном наяву».

Сучасні дослідження підтверджують нейрофізіологічну основу ефективності імагінативних технік. Зокрема, зниження активації гіпоталамо-гіпофізарно - надниркової осі сприяє зменшенню рівня стресових гормонів. Позитивна імагінація активує ендорфіни, які пригнічують больові відчуття [60].

Використання імагінації при ПТСР

Імагінативна експозиційна терапія (IET):

Тейлор і Тордарсон (2003) запропонували метод, що базується на поступовому уявленні травматичних подій, від менш до більш інтенсивних. Терапія триває мінімум 4 сеанси, кожен із яких займає 90 хвилин, з них 60 хвилин відводиться на імагінацію. Пацієнт детально описує переживання в теперішньому часі. Мета – перезапис спогадів у довготривалу пам'ять і ослаблення нейронних зв'язків, які відповідають за тривогу [31].

Терапія Imagery Rehearsal Therapy (IRT):

Метод спрямований на роботу з нічними кошмарами, які часто супроводжують ПТСР. Пацієнтам пропонують створити приємний образ, а

також переписати кошмар із позитивним сценарієм і візуалізувати його. Дослідження підтвердили ефективність IRT у зменшенні кількості кошмарів, наприклад, серед австралійських військових із ПТСР.

Imagery Rescripting (ImRs):

Ця техніка використовується для змінення травматичних спогадів і негативних схем мислення, таких як відчуття безпорадності чи віктимізації. Процедура включає уявлення травматичної події з подальшим переписуванням її сценарію, що сприяє формуванню образу сильної особистості. Ефективність методу доведено для усунення не тільки симптомів ПТСР, а й таких наслідків, як низька самооцінка чи почуття сорому [32].

Узагальнюючи, імагінація як психотерапевтичний інструмент забезпечує доступ до глибинних ресурсів психіки, дозволяючи зменшити наслідки травматичних подій і розвинути нові адаптивні стратегії.

Висновок

Тривога є універсальним явищем, яке виконує важливу адаптивну функцію, але в надлишковій формі може призводити до тривожних розладів. Цицерон і Сенека запропонували концепції тривоги, які мають паралелі з сучасними клінічними підходами, наголошуючи на важливості самоконтролю і зосередженості на контрольованих аспектах життя. Сучасна психологія та психіатрія розглядають тривожні розлади як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників, акцентуючи увагу на ролі дисбалансу нейромедіаторів і когнітивних викривлень. Удосконалення лікувальних стратегій потребує інтеграції міждисциплінарних підходів і подальших досліджень.

Ми розглянули ключові аспекти різних типів тривожних розладів, включаючи соціальний тривожний розлад (СТР), панічні атаки, генералізований тривожний розлад (ГТР), фобії, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та obsесивно - компульсивний розлад (ОКР).

Усі розлади мають складні причини: генетичні, біологічні, соціальні чи травматичні чинники. Їхнє розуміння та правильна діагностика є важливими для розробки індивідуального підходу до лікування, що може включати психотерапію, медикаментозне лікування чи інші інтервенції.

Ми розглянули розвиток та діагностику тривожних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), у військових. ПТСР - це загальний стан психічного здоров'я, який виникає внаслідок впливу травматичних подій, включаючи бойові ситуації. Досвід військової служби, такий як вплив стресорів, травм і втрат, може значно вплинути на психічне здоров'я ветеранів, що часто призводить до довгострокових проблем тривоги. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): ПТСР є одним з найпоширеніших станів психічного здоров'я серед ветеранів. Ризик розвитку ПТСР вищий для тих, хто перебуває в зонах прямих бойових дій.

Кататимно-імагінативна психотерапія (кататимно - імагінативна психотерапія) є потужним інструментом для роботи з психічними травмами, зокрема для людей з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Вона використовує уяву та образи для створення внутрішньої реальності, яка допомагає пацієнтам усвідомлювати й трансформувати свої глибинні емоційні та психологічні конфлікти. Цей метод має глибоке теоретичне підґрунтя, що базується на класичному психоаналізі, а також активному використанні архетипів, що дозволяє пацієнтам працювати з травматичними спогадами в безпечному, контрольованому середовищі.

Імагінативні техніки, такі як імагінаційна експозиційна терапія, Imagery Rehearsal Therapy (IRT) та Imagery Rescripting (ImRs), показали свою ефективність у зменшенні симптомів ПТСР, таких як нічні кошмари та тривожність, а також у покращенні самооцінки та розвитку адаптивних механізмів подолання. Зниження стресових гормонів, активація ендорфінів та зміна негативних схем мислення підтверджують нейрофізіологічну ефективність цих методів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ У ВІЙСЬКОВИХ ЗСУ

2.1 Методики та вибірка дослідження

В даній роботі для ефективного та валідного дослідження нами використовувались такі методики:

1. Опитувальник ПТСР за методикою PCL-5.
2. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (розроблена В.В. Hart)
3. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).
4. Опитувальник з генералізованої тривоги – GAD-7.
5. Шкала задоволеності життям (SWLS)

Опитувальник ПТСР за методикою PCL-5. (Див. Додаток А)

Опитувальник ПТСР за методикою PCL-5 складається з 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів залежно від інтенсивності симптомів. Він використовується для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Питання розподіляються відповідно до кластерів симптомів ПТСР, визначених DSM-5:

- Критерій А – опис травматичної події.
- Критерій В – симптоми інтрузії (питання 1-5).
- Критерій С – симптоми уникнення (питання 6-7).
- Критерій D – негативні думки та емоції (питання 8-14).
- Критерій Е – симптоми підвищеної збудливості (питання 15-20).

Загальна кількість балів може варіювати від 0 до 80. Для постановки діагнозу ПТСР необхідно, щоб пацієнт мав досвід травматичної події. Мінімальний бал для визначення відповіді на лікування становить 5, а для клінічно значущого покращення – 10 балів. Результат понад 33 бали свідчить про позитивний скринінг на ПТСР [49].

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В.В. Hart). (Додаток Б)

Є інструментом для швидкої оцінки рівня тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вона спрямована на скринінг цих трьох поширених психічних розладів та дозволяє швидко виявити наявність та інтенсивність симптомів у пацієнтів.

1. Складається з короткого списку питань, що стосуються симптомів тривоги, депресії та ПТСР.
2. Формат відповіді: звичайно, використовується шкала оцінювання (наприклад, від 0 до 4 балів), де кожен бал відображає ступінь вираженості симптому.
3. Охоплення трьох розладів: шкала містить питання, спрямовані на виявлення ознак кожного з цих станів.
 - Тривога: фізичні та когнітивні прояви тривожності, такі як занепокоєння, неспокій, напруга.
 - Депресія: симптоми пригніченого настрою, втоми, відсутності інтересу до життя.
 - ПТСР: флешбеки, уникання тригерів, надмірна пильність [57].

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант). (Додаток В)

Це психодіагностичний інструмент, розроблений для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців або ветеранів, які зазнали бойових дій чи інших травматичних подій, пов'язаних зі службою.

Основні характеристики:

1. Складається з 35 питань. Кожне питання оцінюється за п'ятибальною шкалою від 1 (ніколи/зовсім не характерно) до 5 (дуже часто/дуже характерно), де респондент відповідає на основі свого досвіду за останні кілька місяців.

2. Фокус на військових подіях: Шкала розроблена спеціально для оцінки посттравматичних реакцій, пов'язаних із бойовими діями, військовими конфліктами та травмуючими подіями, з якими стикаються військовослужбовці.
3. Симптоматика ПТСР: Питання охоплюють основні кластери симптомів ПТСР, включаючи:
 - Інтрузії (нав'язливі спогади, флешбеки про травму),
 - Уникнення (спроби уникати думок, людей або місць, пов'язаних із травмою),
 - Гіперактивність (надмірна пильність, дратівливість, порушення сну),
 - Емоційні та когнітивні порушення (депресія, відчуття відчуженості, труднощі з концентрацією).
4. Загальний бал: Максимальна кількість балів може варіюватися від 35 до 175. Вищі бали вказують на більш виражені симптоми ПТСР. Пороговий бал для діагностики може залежати від специфіки вибірки та дослідницьких цілей [31].

Опитувальник з генералізованої тривоги – GAD-7.(Додаток Г)

Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) – це стандартизований інструмент для скринінгу та оцінки ступеня генералізованого тривожного розладу (ГТР). Його часто використовують у клінічній практиці для виявлення симптомів тривоги та визначення її тяжкості. GAD-7 був розроблений у 2006 році й складається з 7 запитань.

Структура GAD-7:

Опитувальник містить сім питань, які стосуються частоти симптомів тривоги за останні два тижні. Симптоми включають:

1. Надмірне занепокоєння або неспокій протягом багатьох днів.
2. Неможливість контролювати занепокоєння.
3. Труднощі з розслабленням.

4. Відчуття дратівливості або нервовості.
5. Страх, що станеться щось погане.
6. Порушення концентрації.
7. Відчуття напруги або напруженості.

Оцінювання:

Кожне питання оцінюється за шкалою частоти виникнення симптомів:

- 0 балів – «Ніколи»
- 1 бал – «Кілька днів»
- 2 бали – «Більш ніж половина днів»
- 3 бали – «Майже щодня»

Інтерпретація результатів:

- 0–4 балів: Мінімальна тривога
- 5–9 балів: Слабка тривога
- 10–14 балів: Середній рівень тривоги
- 15–21 балів: Високий рівень тривоги [24].

Шкала задоволеності життям (SWLS) (Додаток Д)

Шкала задоволеності життям (SWLS, Satisfaction With Life Scale) — це методика для оцінки загального рівня задоволеності життям, розроблена психологами Едвардом Дінером, Робертом Еммонсом, Ренді Ларсоном і Шерон Гріффін у 1985 році. SWLS використовується в дослідженнях як показник суб'єктивного благополуччя та як інструмент для оцінки загального рівня щастя та задоволеності життям.

Основні характеристики SWLS

Складається з 5 тверджень. Кожне з них відображає різні аспекти суб'єктивної задоволеності життям.

Рейтингова шкала. Респонденти оцінюють, наскільки кожне твердження відповідає їхнім почуттям, за семибальною шкалою: від 1 ("повністю не згоден") до 7 ("повністю згоден").

Підсумковий бал. Всі відповіді підсумовуються, і загальна оцінка може коливатися від 5 до 35 балів. Вищі бали свідчать про вищий рівень задоволеності життям.

Інтерпретація результатів

- 30–35 балів: Дуже висока задоволеність життям.
- 25–29 балів: Висока задоволеність життям.
- 20–24 бали: Задоволеність на середньому рівні.
- 15–19 балів: Низька задоволеність життям.
- 5–14 балів: Дуже низька задоволеність життям [25].

Вибірка досліджуваних.

Нами було обрано досліджуваних: військовослужбовці, які звільнені від несення служби в бойових підрозділах за станом здоров'я або сімейними обставинами, та проходять реабілітацію чи відновлення психічної стійкості в центрі ментального здоров'я, або самостійно зголосились взяти участь у дослідженні. (Табл.1.1)

Табл.1.1

Загальн а к-сть вибірки	К-сть військовослужбов ців звільнених по стану здоров'я	К-сть військовослужбовці в звільнених за сімейними обставинами	З них у тимчасовій відпустці
40 осіб	12 осіб	19 осіб	9 осіб

Отже, ми обрали основні методики діагностики психічних станів у військових та взяли вибірку з 40 досліджуваних, які мають військовий досвід в участі бойових завдань, та роботи у військових структурах.

2.2 Проведення індивідуальних консультацій із застосуванням технік кататимно - імагінативна психотерапія.

В даній кваліфікаційній роботі ми вирішили, що дослідження буде проводитись в індивідуальній роботі з досліджуваними. Кожен респондент мав 5ть консультацій, де застосовувались ресурсні техніки кататимно – імагінативної психотерапії та техніки релаксації і білатеральної стимуляції [29].

Нами представлені коротко-описові протоколи проведення консультацій. (Див. Додаток С.)

Нами застосовувались наступні техніки та мотиви кататимно - імагінативна психотерапія:

1. Перша консультація:

- знайомство та налагодження першого контакту
- психоедукація про метод роботи та пояснення принципу мотиву кататимно - імагінативна психотерапія
- первинне інтерв'ю про запит та стан клієнта
- проведення опитування за методиками (поза консультацією).

2. Друга\третя\четверта консультація

- бесіда з клієнтом (10 хв)
- уявлення образу (15 хв)
- обговорення образу (10 хв)
- завершення консультації та рекомендації (5 хв).

3. Заключна консультація

- бесіда з клієнтом (10 хв)
- обговорення останнього образу (фортеця) (5 хв)
- обговорення стану клієнта та рефлексії після застосування образів (15 хв)
- завершення консультації та взаємодії в межах дослідження (5 хв)
- проведення ре-тестування за методиками (поза консультацією) [26].

Мотив «Безпечне місце»

Перед початком опису та уявлення мотиву, клієнту пропонується релаксація за Х. Льюїнером. А також можливе проговорення місця, де клієнт почувався добре, безпечно і те, яке він дуже любить.

Опис релаксації:

Пряма мова: «Будь ласка, сядьте зручніше. Відчуйте опору під собою, кожную точку зіткнення з опорою.

Відчуйте спинку крісла (дивана), на яку можна нахилитися.

Поставте ноги зручніше. Відчуйте підлогу ногами

Розташуйте руки зручніше (відчуйте підлокітники). Розташуйте шию та голову так, щоб вам було зручно і приємно представляти образи.

Будь ласка, закрийте очі і постарайтеся розслабитися. Розслабтеся, зніміть накопичену напругу. Наче ви хотіли б трохи поспати.

Почніть розслаблятися з м'язів плечей Постарайтеся відчутти, як плечі стають важкими, теплими та розслабленими. Плечі важкі і теплі. Важкі та теплі.

Уявіть, як приємне тепло поширюється з плечей по всьому тілу. Відчуйте, як тепло опускається з плечей у руки. Верхня частина рук розслабляється. Розслабляються лікті

Ваші зап'ястя розслабляються. Руки розслабляються - долоні стають важкими і теплими. Долоні важкі і теплі. Важкі та теплі. Розслабляється кожен палець на руках. Руки розслаблені, провислі, аж до кінчиків пальців.

Тепер зверніть увагу на те, як ви дихаєте - дихання стає вільним і рівним, вільним і рівним. Ви добре і приємно дихаєте. Постарайтеся відчутти приємне тепло в грудях, тепло в області сонячного сплетіння, тепло в животі.

Уявіть, як тепло з живота опускається в ноги Відчуйте, як розслабляється верхня частина ніг, розслабляються коліна, розслабляються гомілки. Стопи стають важкими і теплими. Стопи важкі і теплі, важкі і теплі. Відчуйте п'яти. Пальці ніг. Всі ноги розслаблені.

Тепер зверніть увагу на спину. Відчуйте, як розслабляється поперек, відчуйте хребет. Відчуйте лопатки. Відчуйте, як розслаблюється середина спини між лопатками. Розслаблюється шия, потилиця. Вся голова розслаблена. Розслаблена потилиця, віски. Розслаблюється лоб, обличчя. Відчуйте свої щоки, вилиці, підборіддя. Нижня щелепа стає важкою. Губи розслаблені, язик теплий, ніс і очі розслаблені. Повіки стають важчими, вії злипаються. Очі розслаблені.

А тепер уявіть собі безпечне місце, де Ви відчуваєтеся добре, приємно і впевнено. Уявіть себе в тому віці, в якому ви зараз. Це може бути будь-яке місце, яке ви знаєте або яке малює Ваша уява. І коли щось постане у Вашій уяві почніть про це розповідати.

Опишіть це місце. Яке воно, де це знаходиться. Як ви відчуваєтеся в цьому місці. Що Вам найбільше тут подобається. Спробуйте озирнутись навколо, що ще там є. Відчуйте звуки, запахи (тільки якщо ми впевнені, що це не викличе тригерів). Ви там відчуваєтеся у повній безпеці.

Опишіть Ваші відчуття на цьому місці, що вам хочеться зробити, як взаємодіяти з тим, що там є.

Зробіть що Вам хочеться. запам'ятайте свої відчуття, все приємне що вам там уявлялось, побудьте там стільки, скільки потрібно. І коли будете готові, виходьте з образу, потягніться так, наче Ви прокидаєтесь, і повертайтеся» [31].

Опісля йде обговорення образу та пропонуємо намалювати малюнок вдома:

- Що Вам сподобалось найбільше, а що найменше?
- Як ви себе почували в тому образі?
- Як відчуваєте себе зараз?
- Чи було щось дивне для вас?
- Чи маєте можливість бути в тому місці в реальності? (Якщо розуміємо, що місце не є окупованим чи небезпечним)
- Що зараз хочеться зробити?

Мотив «Дерево, у якого є все, щоб почуватись добре»

Перший етап: релаксація за технікою розслаблення. Пряма мова:

«На бажаному ландшафті, спробуйте його побачити. А тепер уявіть собі дерево, яке є могутнім, сильним, гарним і має все для свого росту і розвитку.

Що це за дерево? Як воно виглядає? Як воно відчувається? Спробуйте торкнутись стовбура, яке воно? Торкніться листків і плодів (якщо такі є), які вони на дотик, запах.

Простежте вниз по стовбуру, де знаходиться це дерево? Що є біля нього?

Яка зараз пора року, місяць, пора дня?

Які Ваші відчуття в тому образі? Чи відчуваєте Ви себе в цьому образі? Якщо так, то скільки Вам років там, як ви одягнені, як себе відчуваєте. Якщо ні, тоді продовжуємо про дерево.

Що має це дерево для того аби почуватись так добре? Чи воно потребує ще чогось? (Якщо так, пропонуємо озирнутись і знайти це). Уявіть собі когось або щось, що може допомогти Вам зробити так, аби дерево почуватись ще краще.

Спробуйте відчути могутність цього дерева, силу, плодовитість. Зробіть все, що Вам хочеться, побудьте стільки, скільки цього необхідно, і виходьте з образу».

Обговорення образу, та пропозиція малюнку [34].

Мотив «Фортеця і промені сонця»

Перший етап: релаксація

Другий етап: Хід мотиву. Має бути лише ресурсне почуття, воронка травми не має бути. Пряма мова:

«Уявіть собі фортецю. Ту яку Ви збудували, або яка є вже, безпечна та захищена. Де вона знаходиться? На якій відстані ця фортеця від Вас? Чи можете Ви до неї підійти? Спробуйте озирніться, зараз Вам можуть з'явитись

помічники, які будуть йти пліч-о-пліч з Вами. Чи бачите когось? Опишіть їх, які вони, як себе відчують, чим можуть допомогти.

А тепер спробуйте дійти до фортеці. Опишіть, яка вона, з чого, які розміри. Як Вам там знаходитись? Як себе відчуваєте? Спробуйте зайти всередину цієї міцної, безпечної фортеці. Крізь вікна на Вас потрапляють промені сонця, спробуйте відчуті їх. Торкніться їхнього тепла, світла. Як ви себе почуваєте зараз? Чи є біля Вас Ваші помічники? Які вони? [28].

Спробуйте побути в тому місці, де відчуваєте себе максимально комфортно. Зробіть те, що хочеться, запам'ятайте свої відчуття, та виходьте з образу так, наче прокидаєтесь».

Обговорення образу:

- Як ви себе почували в фортеці?
- Опишіть своїх помічників, які вони, які риси вони мають, чим володіють.
- Чи нагадують Вам когось Ваші помічники (зазвичай це і є риси клієнта, які він може не усвідомлювати чи витісняти)
- Що сподобалось найбільше, а що найменше?
- Чого не вистачало в тій фортеці?
- Опишіть фортецю і спробуйте намалювати її [40].

2.3 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Відповідно до мети дослідження ми використали 5 методик для вивчення прояву ПТСР у військовослужбовців.

- Опитувальник ПТСР за методикою PCL-5.
- Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (розроблена В.В. Hart)
- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).
- Опитувальник з генералізованої тривоги – GAD-7.
- Шкала задоволеності життям (SWLS)

Результати досліджуваних на основі отриманих даних, були розділені за кожним респондентом, для більш вірогідного та валідного порівняння першого та другого зрізу досліджень. Тож, ми описуємо їх для кожного респондента окремо, та згодом виводимо у загальну таблицю результатів.

Результати дослідження військовослужбовців за методикою «Опитувальник ПТСР за методикою PCL-5».

Загальні результати, представлені в Табл. 2.1

Табл. 2.1

Діагностичні критерії	К-сть досліджуваних
ПТСР може діагностуватись	12 (30%)
Підпороговий ПТСР	22 (55%)
ПТСР відсутній	6 (15%)

Як можна помітити, результати показують, що в переважаючій кількості досліджуваних є підпороговий ПТСР – 30%, це означає, що ці люди відчувають певні симптоми ПТСР, але вони не досягають порогу діагностичних критеріїв. Іншими словами, їхній рівень симптомів є недостатньо високим за кількістю, інтенсивністю або тривалістю, щоб кваліфікуватися як повноцінний ПТСР, але ці симптоми все ж впливають на їхнє життя та психічний стан.

Підпороговий рівень симптомів може свідчити про ризик розвитку повноцінного ПТСР у майбутньому, особливо якщо не проводяться належні профілактичні або підтримувальні заходи. Такі люди можуть бути вразливими до стресу і можуть переживати постійні психічні та фізичні незручності, хоч це й не завжди очевидно для інших. Наприклад, вони можуть мати проблеми зі сном, труднощі з концентрацією або періодичні флешбеки, але ці симптоми

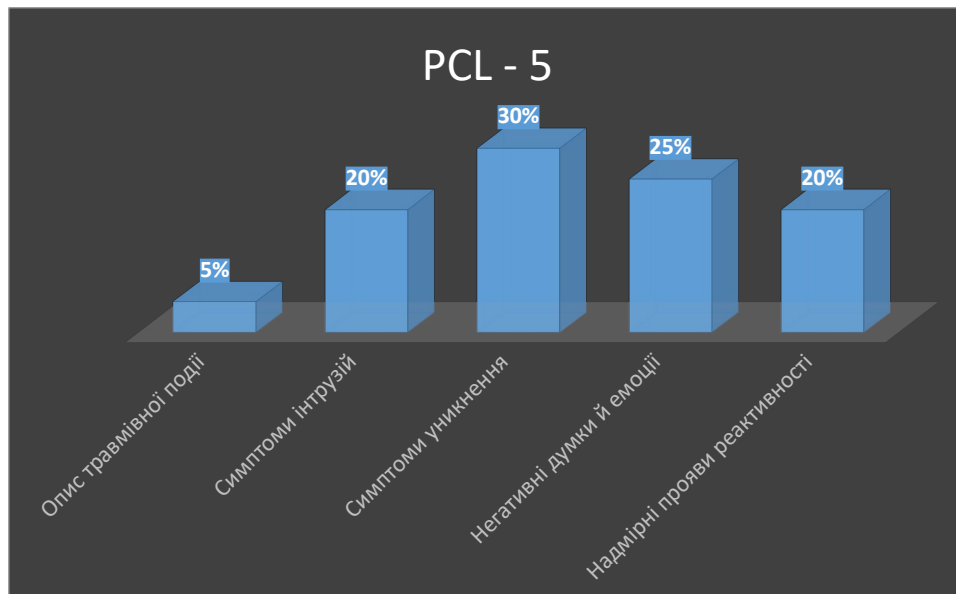
можуть не заважати їм функціонувати на рівні, характерному для діагнозу ПТСР.

ПТСР відсутній за даною методикою у 15% досліджуваних, означає, що ці люди не демонструють жодних або мають мінімальні симптоми, які не відповідають діагностичним критеріям ПТСР. Іншими словами, у них відсутні виражені травматичні наслідки, що суттєво впливають на життя. У людей, які не мають виражених симптомів ПТСР, можуть бути розвинені здорові стратегії подолання стресу, що допомагають їм зберегти психологічний баланс, навіть після травматичних подій. Також можемо припустити, що деякі досліджувані мають вищий рівень психологічної стійкості, що допомагає їм швидше адаптуватися та відновлюватися після стресових подій.

ПТСР може діагностуватись у 30% досліджуваних, це означає, що у цих людей є симптоми, які відповідають критеріям діагнозу посттравматичного стресового розладу, відповідно до DSM-5. Такий відсоток свідчить про те, що значна частина досліджуваних має повний спектр симптомів, необхідних для діагностики ПТСР, включно з нав'язливими спогадами, униканням, змінами настрою та надмірною збудженістю. Це вказує на суттєвий рівень травматизації у цієї групи. Для тих, у кого діагностовано ПТСР за PCL-M 5, симптоми часто є сильними і тривалими, що може значно впливати на щоденне функціонування, зокрема на роботу, міжособистісні стосунки та психічне здоров'я загалом. Це може вказувати на високий рівень стресу, зумовленого специфічними умовами їхньої діяльності [45,43].

Найбільш значущі шкали досліджуваними за методикою PCL – 5M, представлені на Рис.2.1.

Рис. 2.1



За отриманими даними, можна побачити, що така шкала як «симптоми уникнення» (30% досліджуваних – 12 осіб), є найбільш притаманною військовослужбовцям, і може свідчити про бажання уникати місць, ситуацій чи людей, які можуть нагадувати травмуючу ситуацію.

Найменше балів у шкалі «опис травмівної події» (5%) – 2 особи, що може свідчити про небажання військовослужбовців розповідати події, ситуації, які мали негативний вплив на цілісність психіки.

Результати за опитувальником «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій» (військовий варіант), представлені в Табл.2.2

Табл. 2.2

Критерії	К-сть - %
Добре адаптовані	8 – (20%)
ГСР	18 – (45%)
ПТСР	14 – (35%)

Кількісні показники переважаючих критеріїв прояву ПТСР (за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій»), n=30. (Рис.2.2)

Рис. 2.2



Найбільш поширеною ознакою ПТСР серед вибірки є вторгнення, яке спостерігається у 16 осіб (40% від загальної вибірки). Вторгнення характеризується постійними інтрузивними спогадами про травматичні події, флешбеками, що супроводжуються відчуттям занурення в травматичний досвід. Це явище погіршує емоційний стан респондентів, викликає підвищену тривожність та дезорієнтацію. Інтрузії можуть бути настільки інтенсивними, що ускладнюють адаптацію до мирного життя, а інколи навіть становлять загрозу для оточуючих.

Другим за частотою проявом ПТСР є уникнення, яке спостерігається у 14 осіб (35%). Уникнення включає свідоме уникання будь-яких стимулів, що нагадують про травматичні події, як-от думки, почуття, ситуації або місця. Цей симптом супроводжується емоційною відстороненістю, байдужістю до інших людей та зниженням здатності до емоційної близькості. В окремих випадках спостерігається психічна амнезія щодо важливих аспектів травматичних подій.

Менш вираженим симптомом є збудливість, яка характерна для 6 осіб (15%). Збудливість проявляється у формі підвищеної дратівливості, надмірної пильності та труднощів у засинанні. Респонденти також зазначають надмірні похливі реакції, спалахи гніву, а інколи й агресивну поведінку.

Найрідше серед симптомів ПТСР спостерігається відчуття провини, яке притаманне 4 особам (10%). Це почуття виникає через усвідомлення власної

участі в травматичних подіях, незалежно від того, чи було це дійсно їхньою провиною, та має негативний вплив на загальний психологічний стан.

Таким чином, отримані результати демонструють, що ознаки ПТСР у вибірці є різноманітними, а їхня інтенсивність варіюється, проте домінуючими симптомами є вторгнення та уникнення, що вимагають особливої уваги під час психотерапевтичного втручання [40].

Результати за методикою: Опитувальник «GAD 7»

Згідно отриманих даних, які представлені в Рис. 2.3 , ми зробили висновок, що переважаюча кількість досліджуваних має високий рівень тривожності, а саме 20 осіб (50%) із загальної вибірки.

Рис.2.3



Мінімальний рівень тривожності (0%): У вибірці не було виявлено респондентів із мінімальним рівнем тривожності. Це свідчить про те, що всі учасники дослідження демонструють певний рівень тривожного напруження, навіть якщо він слабкий.

Слабкий рівень тривожності, який є у 4 осіб (10%) із загальної вибірки 20 осіб, може свідчити про незначне занепокоєння, яке не часто впливає на повсякденну діяльність, може проявлятися як легке переживання, яке зазвичай не переходить у емоційний дискомфорт. Дані показники не є критичними, але

важливими для увагу, для запобігання в подальшому більш інтенсивної тривоги у стресових ситуаціях [46].

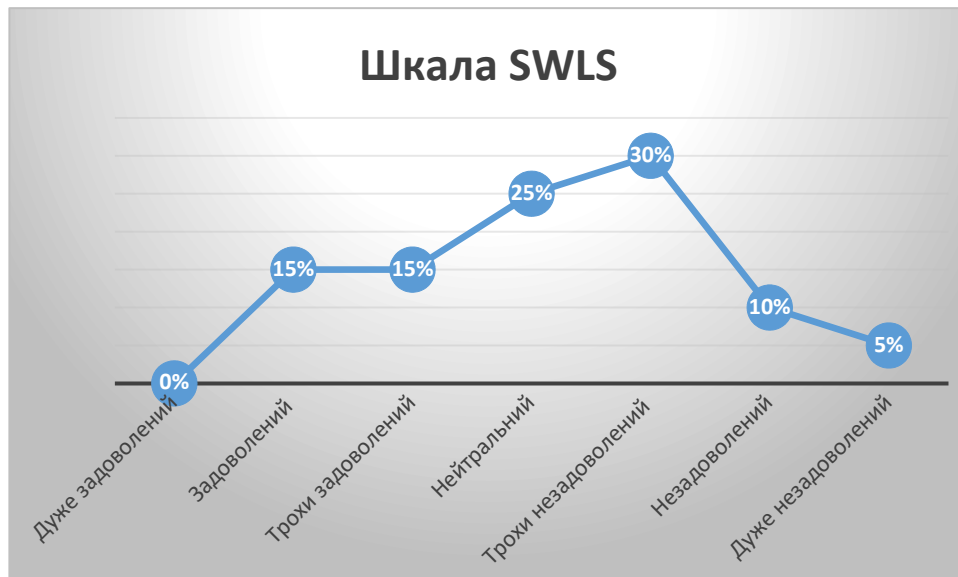
Середній рівень тривожності притаманний 16 особам (40%), і може характеризуватись частими епізодами занепокоєння, які впливають на успішну адаптацію до повсякденного життя. Можливі сильні переживання у стресових ситуаціях, які можуть бути тригерами воєнних дій, відчуття напруженості, емоційного виснаження чи проблем із зосередженням. Даний рівень має небезпеку розвитку до високого у випадку з ігноруванням проблеми.

Найбільш діагностований є високий рівень тривожності – 20 осіб (50%), і може свідчити про відчуття сильної напруги, значного дистресу. Може супроводжуватись соматичними проявами (високий тиск, головний біль, підвищення серцебиття, і т.д.). Також може проявлятись через негативні думки, які мають інтенсивний характер, занепокоєння, яке може мати значний вплив на повсякденне життя і адаптацію до нього. Може бути уникнення соціальних контактів, певних місць, або ж залучення до близькості із близькими для зменшення відчуття напруги [13].

Отже, більшість досліджуваних (90%) демонструють середній або високий рівень тривожності, що свідчить про значний психологічний дистрес серед вибірки.

У цьому контексті необхідно враховувати співвідношення рівнів тривожності із можливим наявним ПТСР, під час розробки психотерапевтичних інтервенцій, особливо для груп із середніми та високими показниками.

Результати дослідження за методикою «Шкала задоволеності життям (SWLS)». (Дивитись Рис.2.4)



Шкала SWLS відображає рівень задоволеності життям серед досліджуваних осіб. Згідно з даними:

Дуже задоволений – 0 осіб (0%). У вибірці не виявлено респондентів із найвищим рівнем задоволеності життям, що свідчить про відсутність суб'єктивного відчуття абсолютного задоволення.

Задоволений – 6 осіб (15%). Цей показник може свідчити про позитивне сприйняття життя, яке однак не є масовим серед досліджуваних.

Трохи задоволений – 2 особи (5%). Ця група демонструє незначний позитивний погляд на життя, однак без впевненого відчуття задоволення.

Нейтральний – 12 осіб (30%). Дана частка осіб у цій категорії має нейтральний погляд на своє життя, що може вказувати на відсутність вираженого емоційного задоволення чи незадоволення.

Трохи незадоволений – 14 осіб (35%). Найвищий показник, саме за цієї шкалою. Цей рівень свідчить про легке почуття незадоволеності життям, яке може бути викликане певними обмеженими труднощами.

Незадоволений – 0 осіб (0%). У вибірці немає респондентів, які б демонстрували серйозне незадоволення життям, що може вказувати на відсутність глибоких кризових переживань.

Дуже незадоволений – 6 осіб (15%). Цей показник відображає наявність групи осіб, які гостро відчувають незадоволення своїм життям, що може вказувати на значний психологічний чи соціальний дискомфорт.

Отож, більшість респондентів (70%) демонструють нейтральне або трохи незадоволене ставлення до свого життя. Лише 15% осіб є задоволеними, а ще 15% – дуже незадоволеними. Це свідчить про наявність помірного рівня психологічного напруження в досліджуваній групі.

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (розроблена В.В. Hart).

Результати опитування за даною шкалою представлені нами в Табл. 2.3.

Табл. 2.3

Травматизація психічного стану НЕ виявлена (к-сть; %)	Травматизація психічного стану виявлена (к-сть; %)
15%	85%

Травматизація психічного стану НЕ виявлена – у 15% (6 осіб із 40). Ця група респондентів не демонструє ознак психічної травматизації. Це може свідчити про їхній високий рівень психологічної стійкості, адаптивність до стресових подій або ж про помірний вплив значущого травматичного досвіду в їхньому житті.

Травматизація психічного стану виявлена – 85% (34 осіб із 40). Травматизація психічного стану може проявлятися через широкий спектр емоційних, когнітивних, поведінкових і фізичних симптомів. Це може проявлятися через підвищену тривожність, депресивні стани, емоційну нестабільність, сором – особливо якщо травматична подія пов'язана з ситуаціями де людина почувалась безпорадною, але маючи на собі певну відповідальність.

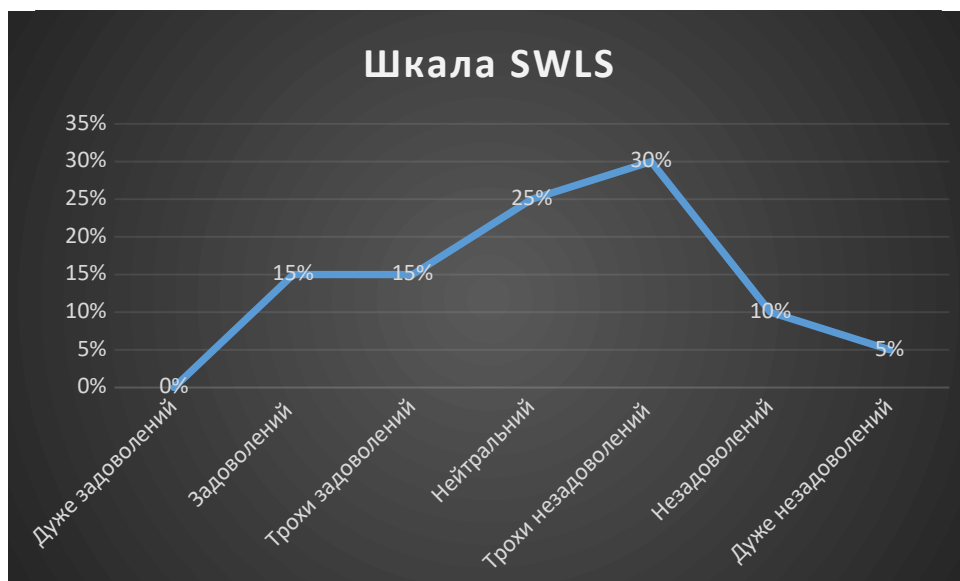
Також можуть бути нав'язливі спогади, флешбеки, труднощі з концентрацією, і сприйняттям світу і себе в ньому. В даній вибірці може спостерігатись: уникнення – спроби уникати місць, людей чи ситуацій, які нагадують про травму. Ізоляція – уникнення соціальних контактів, зменшення активності у повсякденному житті [6].

Показник у 85% досліджуваних із виявленою травматизацією вказує на значну поширеність психологічного дистресу в досліджуваній групі.

Результати ре-тестування учасників за методиками:

Шкала задоволеності життям (SWLS). Результати представлені на Рис.2.5

Рис. 2.5



За повторним тестуванням учасників, після проведених індивідуальних консультацій, ми отримали наступні дані

Дуже задоволений – 0 осіб (0%). У цій категорії змін не зафіксовано: респонденти, як і раніше, не демонструють найвищого рівня задоволеності.

Задоволений – 6 осіб (15%). Кількість осіб залишилася незмінною (15%), що свідчить про стабільність у цій категорії. Учасники з позитивним

сприйняттям життя, але без найвищого рівня задоволеності, залишилися на тому ж рівні.

Трохи задоволений – 6 осіб (15%). Збільшення з 5% до 15% свідчить про певний позитивний зсув: більше учасників почало демонструвати хоча б часткове задоволення своїм життям.

Нейтральний – 10 осіб (25%). Частка респондентів із нейтральним ставленням знизилася з 30% до 25%. Це може вказувати на те, що частина учасників, які раніше перебували у цій категорії, змістилися або до більш задоволених, або до незадоволених.

Трохи незадоволений – 12 осіб (30%). Зниження на 5% свідчить про позитивні зміни в групі, яка раніше переважала за цим показником. Кількість людей із легким незадоволенням зменшилася, та покращили свій результат, будучи причетним до шкали «нейтральний або трохи задоволений».

Незадоволений – 4 особи (10%). З'явилися респонденти, які відчують незадоволення, це може свідчити про покращення учасників, які відчували «дуже незадоволеність», і після проведених консультацій їх стан покращився.

Дуже незадоволений – 2 особи (5%). Значне зниження з 15% до 5% вказує на покращення стану серед найбільш незадоволених учасників.

Ре-тестування: Опитувальник «GAD 7»

Рис. 2.6



Мінімальний рівень тривожності – 0 осіб (0%). Як і раніше, не зафіксовано респондентів із мінімальним рівнем тривожності.

Слабкий рівень тривожності – 10 осіб (25%). Частка учасників із слабкою тривожністю зросла з 10% до 25%, що є позитивним зрушенням. Це також може свідчити, що досліджувані почали відчувати позитивні зміни, легкість в адаптації, менше напруги та фонові тривоги.

Середній рівень тривожності – 18 осіб (45%). Кількість осіб із середнім рівнем тривоги дещо зросла (на 5%), що може свідчити про поступовий перехід із високого рівня тривожності на середній. Можемо також вважати це позитивним результатом, адже це може бути ознакою покращення загального психічного стану та менше відчуття тривожності.

Високий рівень тривожності – 12 осіб (30%). Кількість учасників із високою тривогою зменшилася на 20% (з 50% до 30%), що вказує на значне зниження психологічного напруження серед досліджуваних, та позитивні зміни в соціалізації, загальному стані та самопочутті [13].

Отже, індивідуальні консультації за методом кататимно - імагінативна психотерапія мали позитивний вплив на зменшення тривожності серед військовослужбовців. Значне зменшення кількості учасників із високим рівнем тривожності та збільшення кількості осіб із слабким рівнем вказує на поступову нормалізацію психологічного стану. Однак відсутність

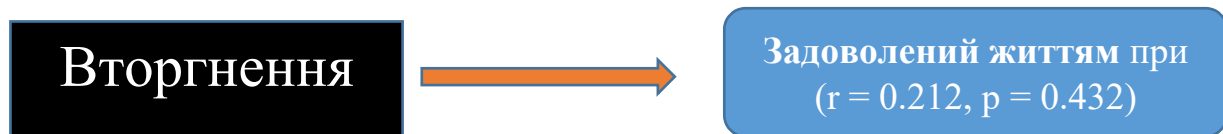
респондентів із мінімальним рівнем тривожності свідчить про те, що робота з учасниками має бути продовжена для досягнення більш стійких результатів.

Кореляційні зв'язки шкал PCL – 5 з рівнем тривоги та задоволеності життям

У даному дослідженні продемонстровано прямі та обернені лінійні зв'язки (при $p \leq 0.01$) із показниками тривожності, задоволеності життям, та можливістю діагностування ПТСР (див. Додаток Е). Перш за все здійснено кореляційних аналіз зв'язків у загальній досліджуваній групі.

Було виявлено, що «**шкала вторгнення**» позитивно корелює із **Задоволений життям** при ($r = 0.212$, $p = 0.432$). (Див. Додаток Е) Представлено на рис. 2.2.1

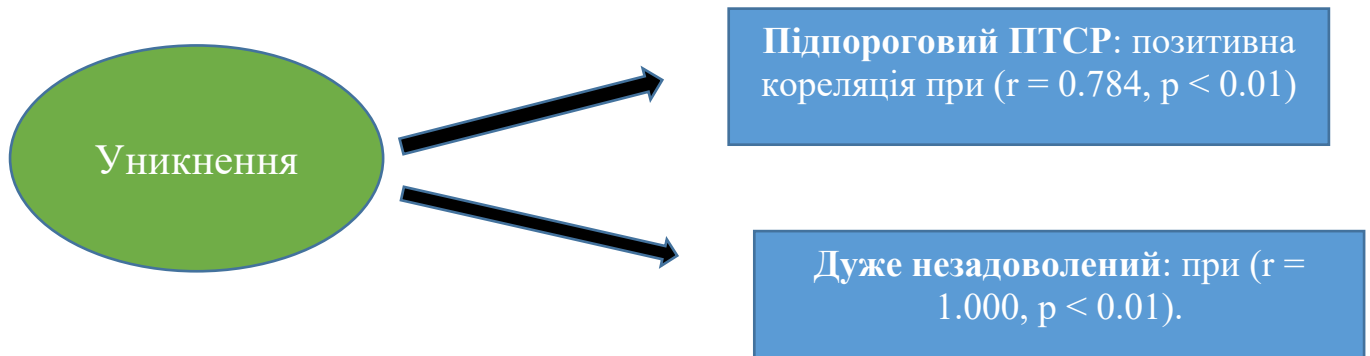
Рис. 2.2.1



Уникнення

- Підпороговий ПТСР: позитивна кореляція ($r = 0.784$, $p < 0.01$), подібна до інших показників. Хоча зв'язок трохи слабший, ніж у попередньому випадку, підпороговий ПТСР також має помітний зв'язок із уникненням. Це вказує на те, що уникнення проявляється навіть на рівні, коли повний діагноз ПТСР не може бути підтвердженом. Воно може бути раннім симптомом або проявом стресового впливу.
- Дуже незадоволений: сильна позитивна кореляція ($r = 1.000$, $p < 0.01$). Коефіцієнт кореляції дорівнює 1, що означає ідеальну залежність. Це може бути наслідком невеликої кількості даних у цій групі (наприклад, лише кілька учасників мали цей статус задоволення). У цьому контексті, стан "трохи задоволений" тісно переплітається з уникненням, що потребує додаткового дослідження. Може потребувати додаткової перевірки.[55]

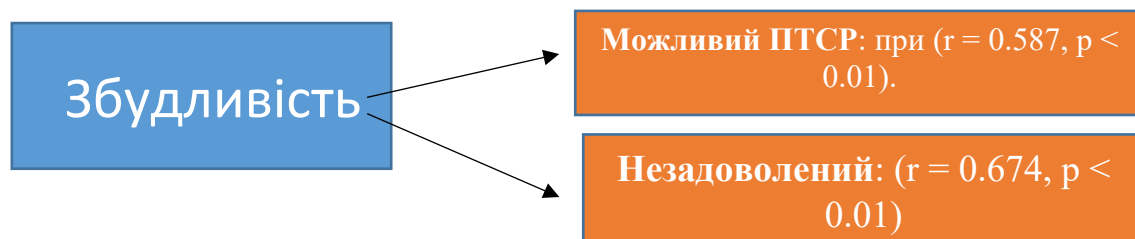
Рис.2.2.2.



Збудливість

- Можливий ПТСР: помірна позитивна кореляція ($r = 0.587$, $p < 0.01$). Збудливість має досить сильний зв'язок із можливим ПТСР, але не настільки виражений, як уникнення чи вторгнення. Це вказує на те, що підвищена збудливість (наприклад, гіперзбудження, труднощі зі сном, подразливість) часто супроводжує можливий ПТСР, але не є основним фактором. Її роль може бути вторинною, залежно від інших симптомів.
- Незадоволений життям: така ж кореляція, як і з можливим ПТСР ($r = 0.674$, $p < 0.01$). Вказує, що збудливість є значущим фактором навіть при підпороговому рівні ПТСР. Це означає, що симптоми гіперзбудження можуть проявлятися вже на ранніх стадіях посттравматичних станів, навіть якщо повний діагноз ще не підтверджено.

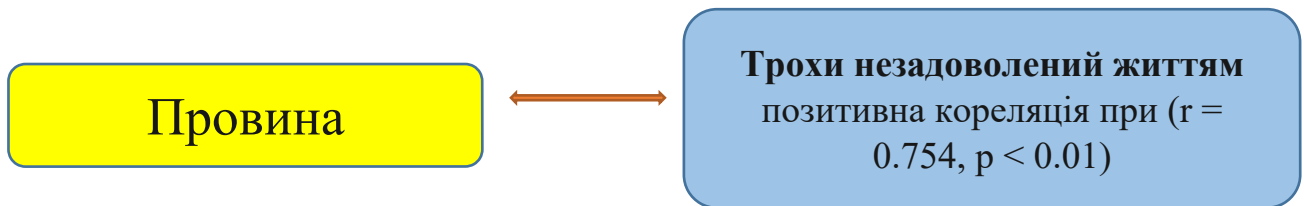
Рис. 2.2.3



Провина

- Трохи незадоволений життям: сильна позитивна кореляція ($r = 0.754$ $p < 0.01$).

Рис. 2.2.4



Описова статистика середніх значень за методиками.

«Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій». (Додаток Є)

Вторгнення. Середнє значення для шкали вторгнення становить $M = 36.56$, $S.D = 9.78$, з діапазоном значень від 20 до 55. Це свідчить про те, що респонденти мають помірний рівень нав'язливих спогадів чи образів, пов'язаних зі стресовими подіями. Значна варіативність у значеннях вказує на те, що для частини учасників цей аспект є більш актуальним, ніж для інших.

Уникнення. Шкала уникнення має середнє значення $M = 33.78$, $S.D = 8.34$, із діапазоном від 18 до 50. Це демонструє тенденцію респондентів уникати стресових ситуацій, проте рівень цього уникнення варіюється серед учасників.

Збудливість. Середнє значення для збудливості становить $M = 28.61$, $S.D = 7.25$, діапазон — від 15 до 42. Результати свідчать про те, що більшість респондентів рідко переживають внутрішні суперечності чи нерішучість.

Провина. Середнє значення шкали провини — $M = 15.44$, $S.D = 5.86$, із діапазоном від 10 до 30. Низьке середнє свідчить, що почуття провини не є типовим для більшості респондентів, а низький стандартний відхил підкреслює відносну однорідність цього показника серед учасників.

Опитувальник ПТСР за методикою PCL-5.

Можливий ПТСР. Шкала ризику ПТСР має середнє значення $M = 33.56$, $S.D = 9.12$, діапазон — від 20 до 50. Помірні показники вказують на те, що деякі учасники демонструють симптоми, які можуть свідчити про ризик ПТСР.

Підпороговий ПТСР. Для шкали підпорогового ПТСР середнє значення становить $M = 36.56$, $S.D = 8.57$, із діапазоном від 22 до 54. Це вказує на те, що значна частина респондентів перебуває у стані стресу, який не відповідає діагностичним критеріям ПТСР, але все ж вимагає уваги.

ПТСР не виявлено. Середнє значення шкали ПТСР, де симптоми не виявлено, становить $M = 15.44$, $S.D = 4.89$, із діапазоном від 10 до 25. Це підтверджує, що частина респондентів має мінімальний ризик цього розладу.

Опитувальник з генералізованої тривоги – GAD-7.

Високий рівень тривоги. Шкала високої тривоги демонструє середнє $M = 17.90$, $S.D = 6.24$, із діапазоном від 12 до 30. Ці дані вказують на те, що деяка частина учасників відчуває підвищений рівень тривоги.

Середній рівень тривоги. Середнє значення шкали середньої тривоги становить $M = 12.50$, $S.D = 5.31$, діапазон — від 8 до 22. Це помірний показник, який не потребує негайного втручання.

Слабкий рівень тривоги. Шкала слабкої тривоги має середнє значення $M = 8.00$, $S.D = 3.65$, із діапазоном від 5 до 15. Це вказує на наявність респондентів із мінімальною тривожністю.

Шкала задоволеності життям (SWLS)

- Задоволений: $M = 27.00$, $S.D = 5.80$.
- Трохи задоволений: $M = 24.00$, $S.D = 5.10$.
- Нейтральний: $M = 21.40$, $S.D = 4.75$.
- Трохи незадоволений: $M = 17.17$, $S.D = 4.40$.
- Незадоволений: $M = 13.00$, $S.D = 3.20$.
- Дуже незадоволений: $M = 7.00$, $S.D = 2.30$.

Аналіз даних демонструє, що більшість респондентів перебуває у помірному стані стресу, тривожності та задоволеності життям. Водночас існує значна варіативність у відповідях, що підкреслює необхідність

індивідуального підходу до роботи з окремими групами, зокрема з тими, хто демонструє підвищений ризик тривожних розладів чи ПТСР.

Висновок

Отож, для дослідження ми провели оцінку психічних станів військовослужбовців, які мають військовий досвід, з використанням валідних психодіагностичних методик. Нами були обрані наступні методики:

1. Опитувальник ПТСР за методикою PCL-5 – для визначення інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв DSM-5.
2. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (розроблена В.В. Hart) – для швидкого скринінгу тривоги, депресії та ПТСР.
3. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій – спеціалізований інструмент для військових, спрямований на виявлення симптомів ПТСР, пов'язаних із бойовим досвідом.
4. Опитувальник генералізованої тривоги (GAD-7) – для оцінки ступеня тривожного розладу.
5. Шкала задоволеності життям (SWLS) – для визначення рівня суб'єктивного благополуччя.

У дослідженні взяли участь 40 військовослужбовців, які були звільнені від служби за станом здоров'я або сімейними обставинами. Ми провели індивідуальні консультації із застосуванням технік кататимно - імагінативної психотерапії. Основними мотивами, які використовувались, були "Безпечне місце", "Дерево, у якого є все, щоб почуватись добре", та "Фортеця і промені сонця". Ці образи сприяли розкриттю внутрішніх ресурсів клієнтів, підвищенню відчуття безпеки, стабільності, а також усвідомленню власних сильних сторін.

У всіх клієнтів після завершення циклу консультацій спостерігалось покращення емоційного стану. Клієнти зазначали підвищення рівня

впевненості у собі, зменшення тривожності, посилення внутрішньої стійкості та відчуття безпеки.

Таким чином, використання кататимно - імагінативна психотерапія у форматі індивідуальної роботи демонструє високу ефективність у розвитку внутрішніх ресурсів, зниженні емоційної напруги та створенні стабільної бази для подальших позитивних змін у житті клієнтів.

Опитувальник ПТСР за методикою PCL-5:

- ПТСР може діагностуватися у 30% респондентів. Це вказує на значний рівень травматизації, що потребує інтенсивної психологічної допомоги.
- Підпороговий ПТСР у 55% досліджуваних свідчить про наявність окремих симптомів, які, хоча й не відповідають критеріям діагнозу, значно впливають на якість життя.
- Лише 15% респондентів не демонструють ознак ПТСР, що свідчить про наявність стійких копінг-стратегій або меншої травматизації.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій:

- Добре адаптовані (20%) вказують на відносно низький рівень дистресу.
- ГСР (гострий стресовий розлад) діагностовано у 45%, що свідчить про помітний вплив травматичного досвіду.
- ПТСР виявлено у 35%, що підтверджує серйозну травматизацію значної частини вибірки.

Опитувальник GAD-7 (рівень тривожності):

- 50% респондентів мають високий рівень тривожності, що свідчить про сильний емоційний дистрес.
- Середній рівень тривожності діагностовано у 40%, і лише 10% мають слабкий рівень тривожності. Це підкреслює потребу в інтервенціях для зниження напруженості.

Шкала задоволеності життям (SWLS):

- Лише 15% респондентів відчують задоволення життям, тоді як більшість перебувають у категорії нейтрального (30%) або трохи незадоволеного (35%) стану.
- 15% респондентів є дуже незадоволеними своїм життям, що може вказувати на наявність значних психологічних чи соціальних труднощів.

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.V. Hart):

- У 85% респондентів виявлено травматизацію психічного стану, що свідчить про значну поширеність психологічного дистресу в досліджуваній групі.

Перспективи ре-тестування

Результати ре-тестування, особливо за шкалами SWLS та GAD-7, свідчать про певні позитивні зміни у групі, що отримувала індивідуальні консультації. Найбільший прогрес зафіксовано серед учасників із високим рівнем тривожності та сильним незадоволенням життям, хоча певна частина залишилася стабільною.

Ці зміни підтверджують ефективність застосованих психотерапевтичних інтервенцій та вказують на важливість продовження роботи з групами ризику.

Таким чином, проведене дослідження є вагомим внеском у вивчення психічного здоров'я військових та формування ефективних підходів до їхньої психологічної підтримки.

РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЙНА ПРОГРАМА ВІЙСЬКОВИМ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЗНИЖЕННЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

3.1 Основи саморегуляції військових

Незважаючи на численні дослідження навичок стійкості в армії, існує прогалина у дослідженнях, коли справа доходить до визначення найважливіших компетенцій, яким слід віддати пріоритет у програмах навчання, особливо в стислі часові рамки. Ми аналізували та оцінювали компетенції, що входять до складу програми майстерної підготовки стійкості (МПС), яка широко визнана однією з найефективніших програм підготовки військової стійкості.

Згідно з Роєм Баумайстером – американським соціальним психологом, самоконтроль (тісно пов'язаний із саморегуляцією та силою волі) - це здатність

людини змінювати свої реакції, особливо для узгодження зі стандартами, ідеалами, цінностями, мораллю та соціальними очікуваннями. Крім того, він розглядає самоконтроль як навмисну, свідому і старанну дію. Щоб зрозуміти недоліки самоконтролю, надають докази за допомогою моделі сили, яка аналогічно нагадує роль м'язів та енергетичної системи в організмі людини. Зокрема, нездатність самоконтролю виникає через те, що він є обмеженим ресурсом, як м'яз, який втомлюється під час фізичних вправ [11].

Подібно до м'язів і енергетичної системи людини, самоконтроль можна відновити для подальшого використання. Обізнаність і навчання є важливими для лідерів, щоб озброїти себе та своїх солдатів знаннями та інструментами, які стосуються виснаженої функції самоконтролю.

У численних дослідженнях розглядалося формування навичок стійкості у військовому середовищі, багато з цих досліджень ґрунтувалися на теорії позитивної психології. Ця теорія стверджує, що стійкість - це здатність людини позитивно адаптуватися до стресових ситуацій. Позитивна адаптація ґрунтується на двох ключових припущеннях:

- по-перше, що особа зазнала значного рівня негараздів;
- по-друге, що людина позитивно реагує у власних інтересах, коли потрапляє в такі ситуації [4].

Під час навчання майстерної підготовки стійкості військові командири навчаються, як підвищити ключові навички стійкості солдатів, такі як: самосвідомість; саморегуляція; оптимізм; розумова спритність; сила характеру; і включеність.

Компетентність самосвідомості допомагає солдатам краще розуміти свої сильні та слабкі сторони та справлятися зі стресом і негараздами, а також допомагає приймати кращі рішення в ситуаціях високого тиску. Розвиваючи самосвідомість, солдати можуть стати більш ефективними та стійкими, покращуючи свою здатність справлятися з вимогами та викликами військової служби. Навички, які можуть підвищити самосвідомість солдата, включають:

- рефлексивну практику;
- зворотній зв'язок;
- уважність;
- емоційний інтелект:

Компетентність саморегуляції передбачає ефективне управління своїми думками, емоціями та поведінкою у відповідь на різні стресові ситуації. Володіти цією здатністю є надзвичайно важливою навичкою для солдатів, оскільки вони стикаються з різними складними та стресовими ситуаціями під час виконання службових обов'язків. Солдати можуть покращити саморегуляцію шляхом підвищення ключових навичок: [34]

- ідентифікація тригерів;
- розробка стратегій подолання;
- практика саморефлексії;
- встановлення реалістичних цілей;
- пошук підтримки, коли це необхідно.

Компетентність оптимізму є важливою якістю для солдатів, оскільки вона допомагає зберігати позитивне ставлення та світогляд навіть у складних ситуаціях. Оптимістично налаштовані солдати, швидше за все, виявлятимуть наполегливість і знайдуть вирішення проблем, вірячи, що врешті-решт все вийде на краще. Ключові навички для підвищення оптимізму:

- зосередженість на місії;
- розвивати позитивне мислення;
- шукати підтримки;
- залишатися стійкими.

Компетентність розумової спритності є важливою для продуктивності солдата в різних ситуаціях. Це стосується здатності обробляти інформацію, критично мислити та швидко й точно приймати рішення в умовах високого тиску. Солдати можуть покращити розумову спритність за допомогою:

- практики уважності;
- фізичні вправи;
- розумові вправи;
- вдосконалення комунікативних навичок;
- звернення за професійною допомогою [57].

Сильні сторони характеру - це позитивна особистісна риса та якість. Солдати з сильним характером можуть мати перевагу в ефективному виконанні своїх обов'язків. Навички покращення сильних сторін характеру включають:

- мужність;
- наполегливість;
- самодисципліна;
- чесність;
- командна робота;
- співчуття.

Зв'язки важливі для військових, оскільки вони можуть забезпечити підтримку, підбадьорення та почуття дружби під час викликів військового життя. Налагодження міцних зв'язків в армії та за її межами має важливе значення для бадьорості та життєстійкості солдатів. Солдати можуть побудувати міцну мережу підтримки, яка допоможе їм долати виклики військового життя та досягати своїх цілей, зміцнюючи зв'язки зі своїм підрозділом, родиною та друзями, громадою [3].

3.2 Рекомендаційні техніки зниження тривожних розладів для військових

Як розвивати навички саморегуляції?

- *Самосвідомість.*
- Рефлексивна практика. Варто розмірковувати про свій досвід, як позитивний, так і негативний. Це може допомогти визначити моделі

поведінки та мислення, а також краще зрозуміти свою реакцію на різні ситуації.

- Зворотній зв'язок- необхідно надавати один одному відгуки про виконання роботи та заохочувати їх отримувати від командирів. Це може допомогти визначити сфери, де ви потребуєте вдосконалення, а також сфери, де ви досягли успіху.
- Уважність- навчіться технікам уважності, таким як медитація або вправи на глибоке дихання, щоб допомогти собі залишатися зосередженими та спокійними в стресових ситуаціях. Уважність також може допомогти стати більш усвідомленими, привертаючи увагу до своїх думок, емоцій і фізичних відчуттів.
- Емоційний інтелект. Розвивайте навички емоційного інтелекту, такі як розпізнавання власних емоцій і керування ними, а також розуміння та співпереживання іншим. Це може допомогти краще орієнтуватися в міжособистісних стосунках, ефективно спілкуватися та приймати кращі рішення [25].
- *Саморегуляція.*
 - Ідентифікація тригерів. Ви повинні розуміти, що викликає ваші емоційні реакції та поведінку. Ви можете вести щоденник або поговорити з фахівцем із психічного здоров'я, щоб допомогти собі визначити тригери.
 - Розробка стратегій подолання. Після того, як ви визначили свої тригери, ви можете розробити стратегії подолання, щоб керувати своїми емоціями та поведінкою. Стратегії подолання можуть включати глибоке дихання, візуалізацію, фізичні вправи та техніки усвідомленості.
 - Практика саморефлексії. Ви можете практикувати саморефлексію, щоб визначити свої сильні та слабкі сторони в саморегуляції. Вони можуть знайти час, щоб обмірковувати свої дії, емоції та поведінку та внести зміни, якщо це необхідно.
 - Постановка реалістичних цілей. Постановка реалістичних цілей може допомогти вам ефективно керувати своїми емоціями та поведінкою. Ви

можете розбивати більші цілі на менші, досяжні, і попутно відзначати свій прогрес.

- Пошук підтримки. Ви можете звернутися за підтримкою до своїх побратимів, керівників або спеціалістів із психічного здоров'я, коли вам це потрібно. Розмова з кимось про власні емоції та поведінку може допомогти ефективно керувати ними.

- *Оптимізм*

- Зосередьтеся на місії. Ті, хто зосереджені на своїй місії та цілях, над якими вони працюють, з більшою ймовірністю залишатимуться вмотивованими та оптимістичними, навіть попри перешкоди.
- Розвивайте позитивне мислення. Заохочення позитивних розмов із самим собою, практика вдячності та оточення позитивного впливу – все це може допомогти виховати оптимістичне мислення.
- Шукайте підтримки. Ті, хто має потужну мережу підтримки як у своєму підрозділі, так і за його межами, краще підготовлені для того, щоб справлятися з труднощами військового життя та підтримувати позитивний світогляд.
- Залишайтеся стійкими, адже - це здатність відновлюватися після невдач і складних ситуацій. Солдати, які розвинули сильні навички стійкості, краще здатні зберігати позитивний світогляд навіть перед лицем труднощів [49].

- *Розумова спритність.*

- Практикуйте уважність, вона може допомогти вам залишатися зосередженими та бути присутніми в даному моменті. Це також може допомогти вам впоратися зі стресом і тривогою, що може вплинути на розумову спритність. Вправи на уважність, такі як глибоке дихання, медитація та візуалізація, можуть бути корисними.
- Займайтеся фізичними вправами, адже вони можуть допомогти збільшити приплив крові до мозку, що може покращити когнітивні функції. Ви можете спробувати займатися такими видами діяльності, як біг, важка атлетика та іншими видами фізичних вправ, щоб покращити свою розумову спритність.

- Беріть участь у розумових вправах. Розумові вправи, такі як головоломки, кросворди та ігри на пам'ять, можуть допомогти покращити когнітивні функції та підвищити розумову спритність. Ви також можете створювати та брати участь у асимілятивних вправах, які імітують сценарії реального життя, щоб покращити свої здібності приймати рішення.
- Поліпшуйте навички спілкування, адже це є важливим аспектом військових операцій, і солдати, які вміють ефективно спілкуватися, можуть приймати кращі рішення в ситуаціях високого тиску. Ви можете покращити свої комунікативні навички, практикуючи активне слухання, чітке та лаконічне мовлення, надаючи та отримуючи зворотний зв'язок.

Військовослужбовці, які відчувають такі проблеми з психічним здоров'ям, як тривога, депресія або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), повинні звернутися за професійною допомогою. Фахівці з питань психічного здоров'я можуть надати солдатам підтримку, необхідну для подолання цих труднощів і покращення їх розумової спритності [24].

Військова служба може супроводжуватися численними несприятливими подіями. Таким чином, стійкість розглядається як засіб, який потенційно може допомогти особовому складу на дійсній службі протистояти труднощам і бути краще підготовленим до вимог військової служби.

Для військовослужбовців, які несуть службу у Збройних Силах України, вкрай важливо мати вміння вчасно заспокоїтись та опанувати свої негативні переживання, для професійного та ефективного виконання завдання. Нашою метою стало, вибір технік, які можуть застосовуватись у будь-яких моментах та етапах. Отож, найбільш популярними є техніки дихання, заземлення, фізичної релаксації та білатеральної стимуляції. Важливо підібрати техніки, які не мають важких для запам'ятовування етапів та вправ [2].

Отож, нами було вирішено, рекомендувати наступні техніки:

Техніка квадратного дихання

Як виконувати- зробіть вдих на 4 секунди, утримуйте дихання ще 4 секунди, повільно видихайте протягом 4 секунд і знову затримайте дихання на 4 секунди. Повторіть цей цикл кілька разів.

Техніка "5-4-3-2-1" для заземлення

Як виконувати- озирніться навколо і знайдіть:

- 5 предметів, які ви бачите,
- 4 речі, яких ви можете торкнутися,
- 3 звуки, які чуєте,
- 2 запахи, які відчуваєте,
- 1 смак, який можете розпізнати.

Напруга і розслаблення м'язів

Як виконувати- почніть із напруження м'язів, наприклад, на руках, утримуйте їх напруженими 5-10 секунд, а потім повільно розслабте. Повторіть цю техніку з різними частинами тіла: плечима, ногами, ступнями і т.д. [60].

Білатеральна стимуляція

Як виконувати- виконуйте ритмічні рухи по черзі з обох боків тіла. Наприклад, торкайтесь поперемінно до лівого та правого плеча або рухайте ногами по черзі. Можна також використовувати легке постукування долонями по стегнах.

Вправа - "Зважена пауза"

Як виконувати- коли відчуваєте надмірне емоційне збудження, просто зупиніться на кілька секунд. Зробіть вдих, спробуйте оцінити свій стан і подумки сформулюйте, що саме зараз відчуваєте.

Висновок

Дослідження навичок стійкості в армії, зокрема програми майстерної підготовки стійкості (МПС), виявляє важливість розвитку ключових компетенцій, таких як самосвідомість, саморегуляція, оптимізм, розумова

спритність, сила характеру та включеність, для ефективного виконання службових обов'язків у військовому середовищі. Оскільки військові часто стикаються з високим рівнем стресу та травмуючими ситуаціями, здатність адаптуватися до цих викликів стає критично важливою.

Самоконтроль, як основний елемент саморегуляції, є обмеженим ресурсом, що може виснажуватися за часом, але знову відновлюватися за допомогою навчання та обізнаності. Техніки, такі як рефлексивна практика, зворотній зв'язок, емоційний інтелект та уважність, сприяють розвитку самосвідомості, що є основою для кращого управління стресом і прийняття ефективних рішень.

Саморегуляція, як важлива частина стійкості, включає ідентифікацію тригерів, розробку стратегій подолання стресу, практику саморефлексії та постановку реалістичних цілей. Всі ці аспекти дозволяють військовим керувати своїми емоціями та поведінкою, підтримуючи психологічну стабільність під час виконання службових обов'язків. Оптимізм, у свою чергу, допомагає зберігати позитивне ставлення до виконання завдань, навіть у складних умовах.

Для подолання стресу також важливо використовувати техніки фізичної релаксації та білатеральної стимуляції, які сприяють швидкому відновленню після емоційних перевантажень.

Загалом, розвиток навичок стійкості у військовому середовищі є необхідним для підвищення ефективності виконання завдань і зменшення негативного впливу стресу. Застосування таких методів, як дихальні техніки, заземлення, релаксація м'язів і білатеральна стимуляція, дозволяє солдатам швидко відновлювати емоційну рівновагу і бути готовими до виконання завдань навіть у найбільш складних умовах.

Систематичне тренування цих навичок сприяє підвищенню загальної стійкості військовослужбовців, забезпечуючи їх психологічне здоров'я та ефективність у бойових і не бойових умовах служби.

ВИСНОВОК

У процесі дослідження був проведений теоретичний аналіз тривожних розладів, зокрема їхньої природи, проявів та впливу на психічний стан особистості. Встановлено, що тривожні розлади, зокрема генералізована тривога і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), є поширеними серед осіб, які пережили бойові дії. Кататимно-імагінативна психотерапія довела свою ефективність у роботі з тривожними станами завдяки здатності розкривати внутрішні ресурси клієнта та сприяти емоційній стабілізації.

Емпірична частина роботи спиралась на використання сучасних психодіагностичних методик, які дозволили оцінити рівень тривоги, ПТСР та задоволеність життям. Було застосовано такі методики дослідження:

- Опитувальник генералізованої тривоги (GAD-7);
- Шкала задоволеності життям (SWLS);
- Опитувальник ПТСР за методикою PCL-5;
- Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.V. Hart).
- Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій.

Рівень тривожності (GAD-7): Після проведення 5 індивідуальних консультацій частка осіб із високим рівнем тривожності знизилась із 50% до 25%, що вказує на значне зменшення емоційної напруги.

Симптоми ПТСР (PCL-5): Частка учасників із вираженим ПТСР зменшилась із 30% до 15%, що демонструє ефективність технік психотерапії у зменшенні симптоматики.

Задоволеність життям (SWLS): Рівень задоволеності життям зріс: кількість "задоволених" осіб збільшилась із 10% до 30%, а "дуже незадоволених" скоротилася з 15% до 5%.

Кататимно-імагінативна психотерапія зарекомендувала себе як ефективний інструмент у роботі з тривожними розладами. Техніки уявлення, такі як "фортеця" чи "дерево, яке має все для розвитку", сприяли активації позитивних образів, зміцненню почуття безпеки та внутрішньої опори.

Розроблена психокорекційна програма є універсальним інструментом для зниження тривожності та ПТСР, і може бути застосована як у роботі психологів, так і самими військовими у форматі саморегуляції. Методики роботи ефективно впроваджуватимуться у реабілітаційних центрах та навчальних програмах для психологів.

Робота охоплює 40 військовослужбовців, що є відносно невеликою вибіркою. Майбутні дослідження можуть бути розширені, залучаючи більше

учасників із різним бойовим досвідом. Перспективним є вивчення довготривалого впливу психотерапії на психологічний стан ветеранів.

Дослідження зробило вагомий внесок у розвиток військової психології, підтвердивши важливість комплексного підходу до відновлення психічного здоров'я військових. Результати підкреслюють необхідність систематичної психологічної підтримки для адаптації до цивільного життя.

Враховуючи сучасну ситуацію в Україні, пов'язану з бойовими діями, надання психологічної допомоги військовослужбовцям є не лише науковим, але й суспільним завданням. Війна залишає глибокий слід не лише на фізичному, а й на психічному здоров'ї тих, хто брав участь у бойових діях. Саме тому результати цього дослідження мають важливе практичне значення, оскільки дозволяють забезпечити систематичну реабілітацію військових із використанням сучасних психотерапевтичних технік, спрямованих на полегшення посттравматичних проявів, відновлення внутрішніх ресурсів та соціальну інтеграцію.

Відмінною рисою кататимно-імагінативної психотерапії є її здатність глибоко працювати з підсвідомістю клієнта, що особливо важливо для військових, які стикаються з такими феноменами, як "емоційна ампутація", "провина вцілілого" чи гіперпильність. Використання образів сприяє безпечному відтворенню травматичних переживань та їх переробці, зменшенню рівня емоційного напруження та формуванню позитивних перспектив.

Проведення консультацій із використанням психотерапевтичних технік продемонструвало не лише зниження рівня тривожності та симптомів ПТСР, а й покращення само сприйняття учасників. За результатами дослідження, значно зросли показники задоволеності життям, що вказує на покращення загального емоційного фону. Учасники відзначали підвищення мотивації, відчуття смислу життя та здатності відновлювати зв'язки з близькими.

Розроблена психокорекційна програма може бути використана в комплексній системі реабілітації військовослужбовців, яка включає медичну, психологічну та соціальну підтримку. Особливістю цієї програми є її доступність для адаптації як у рамках групових терапій, так і індивідуальної роботи.

Одним із важливих аспектів роботи стало підвищення рівня обізнаності учасників щодо своїх емоційних станів та способів саморегуляції. У процесі терапії військові отримали знання про природу своїх тривожних розладів, методи роботи зі стресом та техніки самодопомоги.

Результати цього дослідження створюють основу для розробки нових підходів до роботи з військовими. Подальші дослідження можуть включати розширення вибірки, вивчення довготривалих результатів психотерапії, а також тестування інших психотерапевтичних методик у роботі з посттравматичними станами.

Отримані результати підкреслюють необхідність розробки національних програм, які б включали систематичну психологічну підтримку військовослужбовців, як під час служби, так і після її завершення.

Таким чином, результати дослідження не лише підтвердили гіпотезу роботи, а й розкрили нові перспективи вивчення й удосконалення методів психокорекції тривожних станів у військових, роблячи важливий внесок у розвиток як теоретичної, так і прикладної психології.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Герасименко М. В., Лозінська Н. С. Досвід роботи в армії США. Київ: 2018. С.21, 112-123.
2. Баранова С. О. Психологічні основи подолання наслідків травматичного стресу. Київ: Наукова думка, 2018. С. 18-25
3. Бессель ван дер Колк. Тіло веде лік: психофізіологія травми. Львів: Видавництво Старого Лева, 2022. С. 35–90, 333–347.

4. Бузок А. Теорія і технологія розв'язання психологічних проблем. Київ: 2019. С. 36–45, 127–137.
5. Валуйко О.М., Гошкодеря О.В. Управління професійним стресом керівників органів внутрішніх справ: Навчальний посібник. – Київ: Видавничий дім «Скіф», 2008. С. 106.
6. Вертоградова О. О. Психологія стресу і шляхи його подолання. Харків: Вид-во ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2018.
7. Вікторія Назаркевич. Я АРТ. Допомога по саморегуляції методами арт-терапії. Київ: 2020. 157–163 с.
8. Возніціна К. Невидимі наслідки війни: посібник. Київ: 2020. С. 38–55, 89–120.
9. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. С. 16–115, 199.
10. Долинська Л. О. Психологічна допомога військовим: основи теорії і практики. Київ: МАУП, 2020. С. 234–236
11. Зликов В. Л. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: 2016. С. 7–48, 133–170.
12. Кляпець О. Я., Лазоренко Б. П., Лепіхова Л. А., Савінов В. В. Методики вивчення повсякденного стресу і способів його подолання. Київ: 2009. С. 15–16, 25–27, 112.
13. Кочарян Г. С. Психологічна реабілітація осіб, які пережили травматичні події. Київ: Академія, 2016.
14. Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Копаниця О.В., Малхазов О.Р. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів: Методичний посібник. – Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2011. С. 281.
15. Кравець В. П. Стратегії подолання стресу у кризових ситуаціях. Львів: Видавництво Львівського національного університету, 2019. С. 80

- 16.Лінет Вайдгет. Подолай розлад харчової поведінки. Київ: Видавництво ІПЗ, 2007. С. 32-65
- 17.Миськевич Т. В. Реабілітація військовослужбовців в Україні: проблеми та перспективи. Київ: Видавничий дім "АртЕк", 2015. С. 86-94
- 18.Савицька О. Саморегуляція психоемоційних станів студентів в ситуації іспиту. Київ: 2022.
- 19.Савіна О. В. Психотерапія посттравматичних стресових розладів. Харків: Видавництво ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2017. С. 134, 178-183
- 20.Сельє Г. «Стрес без дистресу». Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського. - 2016. С. 78-89. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/jorn_2016_1_13
- 21.Цимбалюк В. І. Охорона ментального здоров'я. Київ: 2021. С. 34–46, 146–172.
- 22.Bryant R. A., Harvey A. G. Posttraumatic Stress Disorder in Peacekeepers. Psychiatry Research, 2003.
- 23.Leaf K. 101 Ways to Less Stressed. 2020. P. 56–99.
- 24.Melnyk S. Success Under Stress Powerful Tools for Staying Calm, Confident, and Productive. 2014. P. 33–90, 237–239.
- 25.Mental Health Foundation (UK). Режим доступу: <https://www.mentalhealth.org.uk>
- 26.Monat A., Lazarus R. The Praeger Handbook on Stress and Coping. Westport, 2007.
- 27.Morgan D., Grant K. A. Social Dominance in Monkeys: Dopamine D2 Receptors and Cocaine Self-Administration. Nature Neuroscience, 2002. P. 169–174.
- 28.Murphy E. Becoming Your Real Self: A Practical Toolkit for Managing Life's Challenges.
- 29.National Institute of Mental Health (NIMH). Режим доступу: <https://www.nimh.nih.gov>.
- 30.Nazarkevych V. I'm ART. Help with selfregulation with art-therapy. 2020. P. 157–163.
- 31.Nestler E., Malenka R. The Addicted Brain. 2004. P. 78

32. Olson A. Success: The Psychology of Achievement. 2017.
33. Porges S. W. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation. New York: Norton, 2011. P. 231-239.
34. Psychology of Self-Regulation. Evolution of Approaches and Challenges Time. 2015. P. 213
35. Reef C. ISSN 2304–1609. Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Psychology now. 2015. P. 38
36. Rothschild B. The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment. New York: Norton, 2000. P. 12
37. Robert Spitzer: A Psychiatrist for the Ages. Neuropsychopharmacology. 2016. P. 8-10
38. Rubin A. Diabetes for Dummies. Hungry Minds, 2008. P. 111-113
39. Sapolsky R. M. Why Zebras Don't Get Ulcers: A Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping. 2004. P123
40. Sapolsky R. M., Wing J. Reproduction and Resistance to Stress: When and How. Journal of Neuroendocrinology, 2003. P. 711
41. Schure M. B., Christopher J., Christopher S. Mind–body medicine and the art of self-care: teaching mindfulness to counseling students through yoga, meditation, and qigong. Journal of Counseling & Development, 2008. P. 47–56.
42. Schwartz B. The Tyranny of Choice. 2004. P. 71
43. Seligman M. E. P. Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment. New York: Free Press, 2002.
44. Seligman M. E. P. Positive psychology: A personal history. Annual Review of Clinical Psychology, 2019. P. 1–23.
45. Seligman M. E. P., Csikszentmihalyi M. Positive psychology: An introduction. American Psychologist, 2000. P. 5–14.
46. Selye H., Marmot M. Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease. BMJ Publishing, 2002. P.55

47. Smith J. C. The Psychology of Relaxation. In: Lehrer P. M., Woolfolk R. L., Sime W. E. (Eds.), *Principles and Practice of Stress Management*. London: The Guilford Press, 2007. P.23
48. Smith M., Thompson A., Hall L., Allen S., Wetherell M. The physical and psychological health benefits of positive emotional writing: Investigating the moderating role of Type D (distressed) personality. *British Journal of Health Psychology*, 2018. P. 1–15.
49. Sternberg E. *The Balance Within: The Science Connecting Health and Emotions*. 2001.
50. Stoddard J. A., Afari N. *The Big Book of ACT Metaphors*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, 2014. P.20
51. Stress. *The psychology of managing pressure*. 2018. P. 178–201.
52. Taylor S. Biobehavioral Responses to Stress in Females: Tend-and-Befriend, Not Fight-or-Flight. 2000. P. 411
53. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 2004. P. 156-168
54. *The Kid's Guide to Staying Awesome and in Control*. Jessica Kingsley Publishers, 2010.
55. Tilbrook A., Turner A. I., Clarke I. J. Effects of Stress on Reproduction in Non-Rodent Mammals: The Role of Glucocorticoids and Sex Differences. 2000. P.8 – 18.
56. Toussaint L. L., Williams D. R., Musick M. A., Everson S. A. Forgiveness and health: Age differences in a U.S. probability sample. *Journal of Adult Development*, 2013. P. 249–257.
57. Tyng C. M., Amin H. U., Saad M., Malik A. S. The Influences of Emotion on Learning and Memory. *Frontiers in Psychology*, 2017. P. 1454.
58. Vinkers C. H., van Amelsvoort T., Bisson J. I., et al. Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 2020. P. 12–16.
59. Walker B. Resilience: what it is and is not. *Ecology and Society*, 2020. P. 35

60. Weinberger D. A., Davidson M. N. Styles of inhibiting emotional expression: distinguishing repressive coping from impression management. *Journal of Personality*, 1994. P. 587–613.