

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

ВІТЯЗЬ ПАВЛО ГЕОРГІЙОВИЧ

Допускається до захисту
Т.в.о. завідувача кафедри кризової та
клінічної психології
канд. психол. наук, доцент
_____ Катерина ВАСЮК
« » _____ 2025 р.

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТРИВОГИ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Спеціальність 053 Психологія
Кваліфікаційна (магістерська) робота

Науковий керівник:
Н.В.Шель, канд. психол. наук,
доцент, доцент кафедри загальної
та соціальної психології

Оцінка: ____ / ____ / ____
(бали / за шкалою ECTS / за національною шкалою)
Голова Е.К.: _____
(підпис)

Вінниця 2025

АНОТАЦІЯ

Вітязь П.Г. Психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни. Спеціальність 053 «Психологія», Освітня програма «Реабілітаційна психологія в надзвичайних ситуаціях». Донецький національний університет імені Василя Стуса навчально-науковий інститут психології, Вінниця 2025.

Магістерська робота присвячена дослідженню психологічних особливостей прояву тривоги у військовослужбовців Збройних Сил України в умовах війни.

Роботу структуровано у три розділи. У першому розділі здійснено теоретичний аналіз наукової літератури з проблеми війни як екстремальної ситуації та її впливу на психіку військовослужбовців, розкрито сутність тривоги як психологічного феномену, її види та функції, проаналізовано специфічні психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців в умовах бойових дій.

У другому розділі обґрунтовано методологію дослідження, описано організацію та етапи дослідження, представлено характеристику вибірки (80 військовослужбовців віком від 20 до 45 років), детально охарактеризовано психодіагностичний інструментарій: Шкала Генералізованого Тривожного Розладу (GAD-7), Шкала госпітальної тривоги і депресії (HADS), Опитувальник посттравматичного стресового розладу (PCL-5), Опитувальник тривожності Бека (BAI).

У третьому розділі представлено результати емпіричного дослідження. Встановлено, що 37,5% військовослужбовців мають клінічно значущі симптоми генералізованої тривоги, 21,25% – клінічно значущу тривогу за шкалою HADS, 13,75% – високу ймовірність ПТСР. Кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв'язки між тривогою, депресією та посттравматичним стресом ($\rho=0.54-0.82$, $p<0.01$). Кластерний аналіз дозволив виокремити чотири типологічні групи військовослужбовців: "Психологічно стійкі" (35%), "Тривожні" (27,5%), "Травматизовані" (20%), "Коморбідні" (17,5%).

На основі отриманих результатів розроблено та апробовано структуровану тренінгову програму "Стійкість", що інтегрує методи когнітивно-поведінкової та травма-фокусованої терапії. Програма складається з 12 сесій (90 хвилин кожна) та включає п'ять блоків: психоедукація, техніки саморегуляції, когнітивні техніки, соціальна підтримка, профілактика рецидивів.

Апробація програми на вибірці з 20 військовослужбовців продемонструвала високу ефективність: середній бал за GAD-7 знизився на 44,5% ($t=7.42$, $p<0.001$), за HADS-A – на 40,5% ($t=6.91$, $p<0.001$), за PCL-5 – на 31,9% ($t=5.23$, $p<0.001$). Кількість військовослужбовців із клінічно значущою тривогою зменшилася з 83,3% до 27,8%, а з ознаками клінічного ПТСР – утричі (з 33,3% до 11,1%).

Результати дослідження мають теоретичне та практичне значення для розвитку військової психології та можуть бути використані для вдосконалення системи психологічної підтримки військовослужбовців Збройних Сил України.

Ключові слова: тривога, тривожність, військовослужбовці, війна, бойовий стрес, посттравматичний стресовий розлад, ПТСР, депресія, психологічна допомога, когнітивно-поведінкова терапія, тренінгова програма.

ANNOTATION

Vityaz P.G. Psychological features of anxiety in servicemen in wartime. Specialty 053 "Psychology", Educational program "Rehabilitation psychology in emergency situations". Donetsk National University named after Vasyl Stus Educational and Scientific Institute of Psychology, Vinnytsia 2025.

The master's is devoted to the study of psychological features of anxiety manifestation in military personnel of the Armed Forces of Ukraine under war conditions.

The work is structured into three chapters. The first chapter provides a theoretical analysis of scientific literature on the problem of war as an extreme situation and its impact on the psyche of military personnel, reveals the essence of anxiety as a psychological phenomenon, its types and functions, and analyzes specific

psychological features of anxiety manifestation in military personnel under combat conditions.

The second chapter substantiates the research methodology, describes the organization and stages of the study, presents the characteristics of the sample (80 military personnel aged 20 to 45 years), and provides detailed descriptions of psychodiagnostic tools: Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), PTSD Checklist (PCL-5), Beck Anxiety Inventory (BAI).

The third chapter presents the results of the empirical study. It was established that 37.5% of military personnel have clinically significant symptoms of generalized anxiety, 21.25% – clinically significant anxiety according to HADS scale, 13.75% – high probability of PTSD. Correlation analysis revealed statistically significant relationships between anxiety, depression and post-traumatic stress ($\rho=0.54-0.82$, $p<0.01$). Cluster analysis using k-means method identified four typological groups of military personnel: "Psychologically resilient" (35%), "Anxious" (27.5%), "Traumatized" (20%), "Comorbid" (17.5%).

Based on the obtained results, a structured training program "Resilience" was developed and tested, integrating cognitive-behavioral and trauma-focused therapy methods. The program consists of 12 sessions (90 minutes each) and includes five blocks: psychoeducation, self-regulation techniques, cognitive techniques, social support, relapse prevention.

The program pilot testing on a sample of 20 military personnel demonstrated high effectiveness: average GAD-7 score decreased by 44.5% ($t=7.42$, $p<0.001$), HADS-A – by 40.5% ($t=6.91$, $p<0.001$), PCL-5 – by 31.9% ($t=5.23$, $p<0.001$). The number of military personnel with clinically significant anxiety decreased from 83.3% to 27.8%, and with signs of clinical PTSD – threefold (from 33.3% to 11.1%).

The research results have theoretical and practical significance for the development of military psychology and can be used to improve the psychological support system for military personnel of the Armed Forces of Ukraine.

Keywords: anxiety, anxiousness, military personnel, war, combat stress, post-traumatic stress disorder, PTSD, depression, psychological assistance, cognitive-behavioral therapy, training program.



ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	12
1.1. Війна як екстремальна ситуація та її вплив на психіку військовослужбовців.....	12
1.2. Тривога як психологічний феномен: сутність, види, функції.....	25
1.3. Психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни.....	36
Висновок до розділу 1.....	42
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОГИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	45
2.1. Організація та етапи дослідження.....	45
2.2. Характеристика вибірки дослідження.....	48
2.3. Методи та методики дослідження тривоги у військовослужбовців.....	50
Висновок до розділу 2.....	53
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИВОГИ.....	55
3.1. Аналіз та інтерпретація даних рівня тривоги у військовослужбовців.....	55
3.2. Тренінг подолання рівня тривоги у військовослужбовців.....	65
3.3. Аналіз ефективності тренінгової програми для подолання тривоги у військовослужбовців.....	68
Висновок до розділу 3.....	74
ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82
ДОДАТКИ.....	90

ВСТУП

Актуальність дослідження. Військові конфлікти, зокрема війна має руйнівний вплив на психіку військовослужбовців, і тривога набуває особливого значення як фактор, що впливає на ефективність бойових дій та загальний психологічний стан особового складу [12, 15, 21, 43]. В умовах бойових дій тривога може бути як адаптивною, мобілізуючи ресурси організму для швидкої реакції, так і дезорганізуючою, викликаючи психічне виснаження, порушення когнітивних процесів та зниження боєздатності. Це вимагає дослідження психологічних особливостей прояву тривоги та розробки методів її контролю для покращення морально-психологічного клімату в підрозділах.

Тривога — це емоційний стан, що характеризується відчуттям невизначеності, напруги та страху за майбутнє, особливо в умовах небезпеки [2; 3]. У військових умовах постійна загроза життю, фізичні й психологічні навантаження, а також необхідність приймати швидкі рішення сприяють виникненню цього стану [1]. Тривога може мати довготривалі наслідки, викликаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, генералізовані тривожні розлади, панічні атаки та інші психічні захворювання. Дослідження цього стану є важливим для формування ефективних програм психологічної підтримки військовослужбовців, збереження їхнього психологічного здоров'я та підвищення боєздатності [5, 6, 7, 13, 19, 31, 39, 49].

Проблемою тривоги та тривожності у психологічній літературі розглядали як зарубіжні, так і українські дослідники. Ганс Сельє вивчав вплив стресових ситуацій на фізіологічний та психологічний стан людини, зокрема в екстремальних умовах, таких як війна [1; 7]. Науковець пов'язував появу стану тривоги із стресовими та екстремальними ситуаціями, зокрема і війною. Річард Лазарус розробив когнітивну теорію стресу, зосередивши увагу на емоційних реакціях [58], а Чарльз Спілбергер створив шкалу тривоги для вимірювання рівня тривожності, в тому числі у військових [4]. Йозеф Фітцпатрик досліджував довгострокові наслідки бойового стресу.

В Україні дослідження бойового стресу проводили С.М. Пустовий [36], С.В. Морозюк [26], В.В. Фесюк [42], А. Карпов, І. Кочергін, О. Фельдман, О. Степанов, М. Пірен, В. Клименко та О. Ковальчук [2; 5]. Їх робота охоплює психологічні аспекти військової діяльності, ПТСР, морально-психологічний клімату у армії, психологічну адаптацію та підтримку військових і ветеранів.

Ці дослідження склали основу для пошуку шляхів психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців в умовах стресу і бойових дій. Проте не докінця дослідженням на нашу думку є проблема тривоги та її впливу на психологічний стан військовослужбовців та вплив на успішність виконання бойових завдань.

Об'єкт дослідження: стан тривоги у військовослужбовців.

Предмет дослідження. Психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни.

Метою дослідження. є вивчення психологічних особливостей тривоги у військовослужбовців в умовах війни, визначення факторів, що впливають на її виникнення та розвиток, а також розробку тренінгу подолання стану тривоги у військовослужбовців.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння тривоги як психологічного феномену та її специфічні прояви у військовослужбовців в умовах війни.
2. Емпірично дослідити рівень та особливості прояву тривоги у військовослужбовців, використовуючи комплекс психодіагностичних методик.
3. Розробити та апробувати програму психологічного тренінгу, спрямовану на подолання тривоги у військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження полягає у наступному, що психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни характеризуються специфічною факторною структурою, високою поширеністю клінічно значущих симптомів, значущими кореляційними зв'язками з травматичним стресом та депресією.

Для вирішення поставлених завдань передбачається використання комплексу **методів дослідження**, що включає:

- Теоретичні методи: аналіз наукової літератури, синтез, узагальнення, моделювання.
- Емпіричні методи: анкетування, інтерв'ю, спостереження, психологічне тестування (зокрема, шкали тривоги, опитувальники стресу, методики діагностики ПТСР), проєктивні методики.
- Статистичні методи: методи математичної статистики для обробки та аналізу даних.

У якості психодіагностичного інструментарію нами було використано наступні методики:

1. Шкала Генералізованого Тривожного Розладу
2. Шкала госпітальної тривоги і депресії (HADS);
3. PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5);
4. Опитувальник тривожності Бека.

Вибірка дослідження. У дослідженні взяли участь 80 військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ) віком від 20 до 45 років. Вибірка була диверсифікована та включала військовослужбовців різних категорій: строковиків, контрактників та мобілізованих осіб. Розподіл за статтю становив 90% чоловіків та 10% жінок, що відповідає загальній структурі ЗСУ. Усі респонденти надали інформовану згоду, а дослідження проводилося із суворим дотриманням етичних принципів, що гарантували анонімність та конфіденційність.

Теоретична значимість дослідження. Дослідження має на меті поглибити розуміння впливу тривоги на психіку військовослужбовців в умовах війни та розробити ефективні методи психологічної підтримки та адаптації їх до бойових дій. Дане дослідження допоможе краще зрозуміти, які поведінкові та емоційні ознаки стану тривоги у військовослужбовців, чинники, що впливають на її виникнення в умовах бойових дій, розробити тренінг для подолання стану тривоги у військовослужбовців.

Робота також дозволить уточнити визначення різних психологічних реакцій на бойовий стрес — від страху до паніки та місце тривоги серед них. Це дасть змогу створити точніші моделі для прогнозування поведінки військових у критичних умовах. Результати дослідження допоможуть розширити теоретичні знання про психологію війни, стресу та тривоги. Це також стане основою для розробки ефективних методів діагностики стану тривоги та способів її подолання задля успішного виконання бойових завдань.

Практична значимість дослідження. Результати дослідження можуть бути застосовані в практиці військових психологів для розробки ефективних програм підтримки особового складу та підвищення бойової готовності підрозділів. Вивчення специфіки прояву тривоги дозволить створити інтервенційні програми для зниження стресу та тривоги під час бойових дій і після повернення з фронту. Це також сприятиме вдосконаленню психологічної підготовки військових та їх адаптації до умов війни. Крім того, важливим є покращення співпраці між військовими психологами, лікарями та командирським складом для раннього виявлення симптомів тривоги та їх корекції, що позитивно вплине на психологічну атмосферу в підрозділах.

Результати дослідження можуть бути використані для розробки та вдосконалення програм психологічної допомоги, підвищення ефективності роботи психологів і військових медиків, покращення психологічного здоров'я та боєздатності військовослужбовців, а також для надання рекомендацій командуванню щодо збереження психологічного здоров'я особового складу.

Наукова новизна дослідження полягає в розширенні знань про ознаки тривоги в умовах війни та створенні ефективних методів психологічної підтримки військових для підвищення їхньої боєздатності та збереження психологічного здоров'я.

Апробація результатів дослідження здійснювалась шляхом публікації основних положень, висновків та результатів дослідження на VII Міжнародній науково-практичній конференції "Scientific achievements of contemporary society" (6-8 лютого 2025 року, Лондон, Великобританія), а також у статті "Психологічна

підтримка військовослужбовців із високим рівнем тривожності" (журнал "Наукові перспективи", № 7(61) 2025 року).

Структура роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів із підрозділами, висновків, списку використаних джерел із --- позицій. Загальний обсяг роботи становить 134 сторінки. Робота містить 3 рисунки та 17 таблиць.



РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОГИ В УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Війна як екстремальна ситуація та її вплив на психіку військовослужбовців

Війна як соціополітичний феномен є екстремальною ситуацією високої інтенсивності, що чинить тотальний, системний та пролонгований психотравмуючий вплив на психіку індивіда [10, 45]. Вона детермінується не лише матеріальним, а й глибоким психологічним катаклізмом, що фундаментально деструктує базові потреби особистості: у безпеці, стабільності, передбачуваності та контролі над власною життєдіяльністю [17]. Цей феномен корелює з ієрархічною моделлю потреб А. Маслоу, де дисфункція фізіологічних потреб та потреб у безпеці ініціює системну дестабілізацію психічного функціонування [15]. Згідно з транзакційною моделлю стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман, війна є перманентним, високоінтенсивним стресором, що вимагає безперервних та виснажливих адаптивних зусиль. Вона постулює, що суб'єктивна когнітивна оцінка загроз відіграє ключову роль у формуванні стресових реакцій [19, 23, 32]. Таким чином, не сама подія, а її інтерпретація та оцінка індивідом як загрозової чи такої, що перевищує його копінгові ресурси, є детермінантною для розвитку стресової відповіді та її наслідків.

Фундаментальним для осмислення психологічних наслідків військових дій є концепція психічного простору надзвичайної ситуації, котрий визначається як поле глибинної невизначеності, хаосу та непередбачуваності [1, 5, 12, 15, 20, 21, 36]. Цей простір створює унікальні та виснажливі виклики для адаптивних механізмів особистості, що маніфестуються на кількох рівнях [9, 44]:

- Хронічна гіперпильність. Постійна загроза ініціює стан надмірної, виснажливої пильності психіки військовослужбовця [1, 9, 15, 39]. Це проявляється у безперервному скануванні оточення, підвищеній чутливості до раптових аудіальних, кінетичних та ольфакторних стимулів, що асоціюються з бойовими діями [8]. Пролонгована гіперпильність спричиняє перманентну

фізіологічну збудливість (тахікардія, м'язова напруга), хронічні порушення сну (інсомнія, часті пробудження), швидку стомлюваність, зниження когнітивних функцій (концентрація уваги, пам'ять) та підвищену дратівливість [18, 24]. На нейробіологічному рівні це корелює з гіперактивацією мигдалеподібного тіла та дисфункцією префронтальної кори, що порушує емоційну регуляцію та прийняття рішень [29, 34]. Наслідком є хронічний стрес, який підриває психічні та фізичні ресурси організму, підвищуючи його вразливість до різноманітних психосоматичних розладів та подальшої дезадаптації [14, 15, 43, 48].

- Відчуття втрати контролю. В умовах військових дій військовослужбовці регулярно стикаються із ситуаціями, де їхні особисті дії чи рішення не можуть суттєво вплинути на результат загрозливих для життя подій [33]. Цей повторюваний та інтенсивний досвід відсутності контролю над небезпечними подіями сприяє формуванню феномену вивченої безпорадності – стану, коли індивід, багаторазово переживаючи неконтрольовані негативні події, припиняє здійснювати спроби змінити несприятливу ситуацію, навіть за появи такої можливості. Це деструктує віру у власну ефективність, здатність впливати на зовнішні обставини та формує стійке відчуття власного безсилля [16]. Вивчена безпорадність є потужним предиктором розвитку хронічних тривожних та депресивних розладів, апатії, зниження мотивації до діяльності та соціальної пасивності [16, 17, 32].

- Дезорганізація когнітивних, емоційних та поведінкових стратегій. У "психічному просторі надзвичайної ситуації" звичні раціональні механізми адаптації – такі як планування, прогнозування, логічний аналіз та прийняття рішень – виявляються неефективними або навіть неможливими до застосування внаслідок хаотичності, динамічності та непередбачуваності подій [27, 32]. Це призводить до значної психологічної дезорганізації, яка проявляється у формі:

- Когнітивних дисторсій: фрагментація пам'яті про травматичні події, порушення концентрації уваги, тунельне мислення (звуження уваги виключно на загрози), нав'язливі думки про небезпеку, труднощі з прийняттям рішень у мирних умовах [18, 20, 36].

- Емоційної дисрегуляції: неконтрольовані спалахи гніву, надмірна дратівливість, різкі перепади настрою, афективні спалахи або, навпаки, емоційне оніміння, апатія, відчуття відстороненості від власних почуттів та почуттів інших [19, 48].
- Поведінкового паралічу або неадаптивних реакцій: від пасивного ступору та нездатності діяти до імпульсивних, ризикованих та деструктивних дій [20]. Звичні соціальні взаємодії також ускладнюються внаслідок змін у сприйнятті світу та інших людей [26, 33].
- Зміни у сприйнятті часу та простору "Психічний простір" війни може суттєво спотворювати сприйняття часу (відчуття пролонгації під час очікування або, навпаки, прискорення в критичні моменти) та простору (звуження поля уваги до безпосередньої зони небезпеки, ігнорування периферії). Ці адаптаційні зміни, життєво необхідні для виживання в бойових умовах, стають дезадаптивними у мирному житті, ускладнюючи реінтеграцію та повсякденне функціонування [20, 26, 44].

Т. Огоренко у своїй класифікації виділяє гострі та хронічні стресові ситуації воєнного характеру, що дозволяє більш диференційовано підходити до розуміння психологічних реакцій військовослужбовців та розробки цілеспрямованих інтервенцій [16, 26]:

- Гострі стресові ситуації високої інтенсивності. Пов'язані з безпосередньою та інтенсивною загрозою життю та здоров'ю. До них належать прямі бойові зіткнення, інтенсивні артилерійські обстріли, мінні вибухи, переживання загибелі або важких поранень побратимів, полон, безпосередня участь у травматичних подіях. Такі ситуації викликають первинні, часто дезорганізуючі фізіологічні та психологічні реакції типу "боротьби або втечі", що можуть призводити до гострих стресових розладів та є первинним чинником розвитку ПТСР [15, 27, 28, 36].
- Хронічні стресові ситуації. Детерміновані пролонгованим перебуванням у зоні бойових дій, постійною фоновою загрозою, несприятливими умовами служби (відсутність комфорту, неякісне харчування), обмеженнями свободи

пересування, тривалою відірваністю від соціального оточення та сімейних зв'язків, а також постійною невизначеністю щодо майбутнього та перспектив. Кумулятивний вплив цих чинників призводить до хронічного психоемоційного виснаження, дистимії, наростання тривожності та формування стійких адаптаційних порушень, що вимагають системної підтримки [18, 29, 30, 46]. Вплив цих стресорів посилюється індивідуальними предикторами, такими як попередній травматичний досвід, особистісні риси (наприклад, низька резильєнтність, високий нейротизм) та відсутність адекватної соціальної підтримки або захисних механізмів [28, 31, 32].

До травматичних подій, які провокують глибокі психологічні наслідки, належать [6, 7, 49]: реальна загроза життю; спостереження за смертю інших; втрата близьких, розлука з родиною; перебування в зоні обстрілів або полоні; вимушена еміграція чи внутрішнє переміщення.

Війна охоплює як військових, так і цивільних осіб, змушуючи їх до адаптації в умовах, що кардинально відрізняються від звичного життя [28, 32]. Війна виступає не лише джерелом гострого та хронічного стресу, а й потужним травматичним досвідом, що фундаментально деформує ключові психологічні структури особистості [15, 35, 39]. Під впливом таких стресорів, як воєнні дії, психіка людини зазнає наступних порушень:

- Порушення ідентичності та самосприйняття: Згідно з концепцією складної (комплексної) травми, травматизація в умовах війни часто є повторюваною, пролонгованою та множинною [20, 39]. Це призводить до глибинних порушень у самосприйнятті військовослужбовця, викликаючи відчуття роздвоєності, втрати "Я", що існувало "до війни", формування стійкого почуття провини (виживання, дії в бойових умовах), сорому, безсилля та дефектності. Ці порушення маніфестуються у вигляді емоційної дисрегуляції, афективного оніміння, а також дезадаптивних моделей міжособистісних стосунків, де довіра до інших може бути суттєво підірвана [6, 24, 27, 33].
- Деформація світогляду та системи цінностей. Травматичний досвід війни руйнує існуючі когнітивні схеми та базові переконання про світ – його

справедливість, власну безпеку, передбачуваність подій та сенс життя [21]. Це спричиняє глибоку екзистенційну кризу, вимагаючи переоцінки життєвих пріоритетів та цінностей. Світ може сприйматися як небезпечний та ворожий, що формує постійну готовність до загрози та гіперпильність [3, 15, 21, 56].

- **Порушення прив'язаності та соціальних зв'язків.** Теорія прив'язаності Дж. Боулбі [8] у цьому контексті підкреслює, що руйнування безпечних прив'язаностей (наприклад, втрата близьких, побратимів, розрив сімейних та соціальних зв'язків через війну) та досвід відсутності захисту або зради в умовах загрози призводять до формування дезадаптивних моделей стосунків, посилення базової тривоги та труднощів у формуванні нових довірчих зв'язків. Це може проявлятися у відчуженні, страху близькості або, навпаки, у нездоровій залежності [5, 16, 24].

- **Когнітивні викривлення та дисфункціональні схеми:** Когнітивна теорія А. Бека [10] пояснює, що травматичний досвід призводить до формування та закріплення дисфункціональних когнітивних схем та викривлень мислення [21]. Це можуть бути, наприклад, "тунельне мислення" (фокус лише на загрозі), катастрофізація, дихотомічне мислення, переконання у власній безпорадності або нездатності контролювати події. Ці когнітивні патерни підтримують та посилюють тривожні та депресивні стани, а також перешкоджають адаптації до мирного життя [11, 19, 34].

Вплив війни на психіку військового зумовлює широкий спектр психологічних наслідків, які не завжди є клінічними розладами, але включають різноманітні адаптаційні реакції, що можуть бути як тимчасовими, так і пролонгованими [10, 49, 50]. Ці реакції можуть бути узагальнені під терміном "комбатантний стрес" або "операційний стрес" – це сукупність фізіологічних, когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій організму на стресові фактори бойової обстановки, що можуть виникати як під час, так і після її завершення [59, 24, 21, 36].

Серед найбільш поширених та значущих психологічних наслідків, які можуть переходити від адаптаційних реакцій до клінічних розладів, виділяють:

1. Гострий стресовий розлад (ГСР) виникає протягом першого місяця після травматичної події (боєзйткнення, вибух, втрата побратима) та є безпосередньою реакцією на неї. Симптоми ГСР подібні до симптомів ПТСР, проте є короткотривалими: дисоціативні симптоми (відчуття нереальності, дереалізація, деперсоналізація, амнезія), нав'язливі спогади, уникнення, тривожність та гіперзбудженість. Персистенція симптомів понад один місяць може свідчити про розвиток ПТСР [14, 56].

2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - це один із найвідоміших та найглибших наслідків травматичного бойового досвіду. Він виникає внаслідок порушення нормальної обробки травматичної пам'яті. Спогади залишаються фрагментованими та емоційно зарядженими, зберігаючись у лімбічній системі, що призводить до їх спонтанної активації та повторного переживання травми [6, 7, 14, 20, 31, 49]. Клінічно ПТСР маніфестується чотирма основними кластерами симптомів:

- Нав'язливі спогади (re-experiencing symptoms): інтрузивні думки, флешбеки, кошмари та інтенсивний психологічний дистрес у відповідь на внутрішні або зовнішні тригери, що нагадують про травму [6, 7, 14, 26, 27, 49].

- Уникнення: активне уникнення всього, що нагадує про травму – місць, людей, розмов, думок, відчуттів. Це може призводити до соціальної ізоляції, відмови від участі в певних видах діяльності, обмеження життєдіяльності та відчуження від близьких [14, 28, 29, 49].

- Негативні зміни у когніціях та настрої: стійкі негативні переконання про себе ("Я нікчемний"), світ ("Світ небезпечний") та майбутнє ("Я ніколи не зможу бути щасливим"), почуття провини (вижилого), сорому, відстороненості від інших, апатія, втрата інтересу до раніше приємних занять, труднощі з відчуттям позитивних емоцій [11, 29, 31, 49].

- Гіперзбудженість - стійкий стан підвищеної фізіологічної та психологічної готовності до реакції на загрозу, що проявляється у дратівливості, спалахах гніву (без видимої причини), порушеннях сну (труднощі із засинанням, часті нічні пробудження), труднощах з концентрацією уваги, підвищеній реакції

переляку та надмірній пильності. Це зумовлено хронічною гіперактивацією симпатичної нервової системи та дисфункцією осі "гіпоталамус-гіпофіз-наднирники" (HPA axis), що призводить до постійного виділення стресових гормонів [14, 15, 30, 31, 36, 49].

3. Тривожні розлади. Війна є перманентним джерелом загрози та невизначеності, що призводить до хронічної гіперактивації вегетативної нервової системи, зокрема її симпатичного відділу, який відповідає за реакцію "бий або біжи" [440]. Цей постійний стан готовності підтримує високий рівень тривоги, що може еволюціонувати у клінічні розлади:

- Генералізований тривожний розлад (ГТР) характеризується постійним, надмірним та неконтрольованим занепокоєнням з приводу різних подій (навіть побутових), що супроводжується фізичними симптомами (м'язова напруга, втома, порушення сну, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги) [2, 3, 19, 32, 38].

- Панічні атаки - раптові, інтенсивні епізоди страху або дискомфорту, що досягають піку протягом декількох хвилин, супроводжуючись сильними фізичними симптомами (тахікардія, задишка, відчуття ядухи, біль у грудях, запаморочення, тремтіння, нудота) та когнітивними симптомами (страх смерті, страх втрати контролю або збожеволіти) [13, 33].

- Соціальна тривога (соціофобія) - інтенсивний страх негативної оцінки з боку інших у соціальних ситуаціях, що призводить до уникнення або сильного дистресу під час соціальних взаємодій [19, 34, 38].

- Специфічні фобії - інтенсивний, ірраціональний страх перед певними об'єктами або ситуаціями, що можуть нагадувати про бойовий досвід (наприклад, клаустрофобія, акустикофобія – страх гучних звуків, що асоціюються з вибухами) [19, 35, 38].

4. Депресивні стани та депресивні розлади. Військовий досвід часто супроводжується значними втратами (побратимів, фізичного здоров'я, кінцівок, звичного життя), розчаруванням, відчуттям безсилля та довготривалим виснаженням адаптивних ресурсів [1, 46]. Це може призвести до розвитку

депресії, що корелює з дисбалансом нейромедіаторів (серотоніну, норадреналіну, дофаміну) та когнітивними викривленнями (когнітивна тріада Бека: негативні думки про себе, світ та майбутнє). На нейробіологічному рівні депресія пов'язана з дисбалансом нейромедіаторів, що регулюють настрій, мотивацію та задоволення. Також спостерігаються структурні та функціональні зміни в областях мозку, що відповідають за емоції та когнітивні функції, наприклад, зниження об'єму гіпокампу та дисфункція префронтальної кори [4, 5]. Депресія проявляється у стійкому пригніченому настрої, проявах ангедонії (втрата інтересу або задоволення), значних змінах апетиту та ваги, порушеннях сну (інсомнія або гіперсомнія), психомоторних змінах (збудження або загальмованість), втомі або втраті енергії, почутті нікчемності або надмірної/необґрунтованої провини, зниженні концентрації уваги, труднощах з прийняттям рішень, повторюваності думок про смерть, суїцидальних думках або спробах [5, 56].

5. Дисрегуляція емоцій та афективні розлади. Постійне перебування в умовах екстремального стресу призводить до порушення здатності ефективно розпізнавати, переживати та управляти власними емоціями. Цей стан є результатом хронічної гіперактивації стресових систем та перевантаження емоційно-регуляторних механізмів мозку (префронтальна кора, передня поясна звивина) [8, 10]. Це проявляється у неконтрольованих спалахах гніву та підвищеній дратівливості, різких перепадах настрою та афективних "гойдалках", емоційному онімінні (відчуття відстороненості від своїх почуттів та почуттів інших, нездатність відчувати радість, горе, задоволення), апатії та відсутності мотивації [11, 19, 45, 47].

6. Синдром емоційного вигорання. Хоча частіше асоціюється з професіями, що вимагають інтенсивної взаємодії з людьми, цей синдром може розвинути у військовослужбовців, особливо у тих, хто обіймає допомагаючі професії в умовах бойових дій (військові психологи, медики, капелани), або тих, хто перебуває у стані хронічного виснаження [11, 23]. Він є відповіддю на пролонгований професійний стрес та характеризується емоційним виснаженням

(відчуттям спустошеності, втоми, браку енергії) [18, 46], деперсоналізацією (цинізмом) (формуванням цинічного, відстороненого або негативного ставлення до людей, яким надається допомога, або до своїх обов'язків) [18, 47], редукцією особистих досягнень (зниженням відчуття власної компетентності та продуктивності, втратою віри у власні сили та ефективність [18, 23]).

7. Проблеми з контролем гніву та підвищеної агресивності. Постійна потреба в активації агресивних реакцій та готовності до "боротьби" на полі бою для виживання призводить до закріплення цих патернів поведінки. По поверненню до мирного життя військовослужбовці можуть відчувати значні труднощі з контролем гніву, що проявляється у дратівливості, імпульсивних спалахах агресії, вербальній або фізичній агресії, навіть у відповідь на незначні подразники. Це є наслідком збереження гіперактивованого стану "бойової готовності" та труднощів у перемиканні з "бойового" режиму на мирний, що ускладнює міжособистісні стосунки, може призводити до конфліктів у сім'ї та на роботі, а також до проблем із законом [10, 43, 49].

8. Моральна травма - це не є клінічним діагнозом у сенсі DSM-5 або МКХ-11, але важливий концепт у військовій психології, що відрізняється від ПТСР. Моральна травма виникає внаслідок вчинків (власних або свідчення чужих), які суперечать глибинним моральним переконанням індивіда, його фундаментальним уявленням про добро і зло, справедливість [12]. Це може бути пов'язано з необхідністю застосування летальної сили або вбивства в умовах, які суперечать особистим моральним принципам; нездатністю захистити інших або врятувати когось, коли це було можливо; свідченням насильства, жорстокості, нелюдського поводження; відчуттям зради з боку командування, побратимів або суспільства. Моральна травма викликає глибоке, часто руйнівне, почуття провини, сорому, самоосуду, відчаю, а також втрати довіри до себе, інших та іноді до вищих сил. Вона може бути навіть більш руйнівною, ніж страх за власне життя, і значно посилює загальний рівень тривоги, сприяє формуванню внутрішнього конфлікту, екзистенційних та духовних криз. На відміну від ПТСР,

який є розладом страху, моральна травма фокусується на руйнуванні морального компаса та довіри [16, 17, 42, 50, 51, 52].

Європейська психіатрична асоціація (ЕРА, 2422) визначає типові симптоми психотравми [13]:

- Емоційні: страх, злість, безпорадність, вина уцілілого, сором.
- Когнітивні: нав'язливі спогади, дезорієнтація, заперечення.
- Фізичні: напруження, тахікардія, головний біль, розлади шлунка.
- Поведінкові: ізоляція, агресія, зловживання речовинами.

Усе це — нормальні реакції на ненормальні обставини, проте за умов пролонгованого впливу вони можуть трансформуватися у посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, адаптаційні розлади або розлади особистості [6, 12, 21].

За даними досліджень (Новіков, Пономаренко, Погодін та ін.), психічні порушення є поширеним явищем серед учасників бойових дій [14]:

- Лише 25% військових демонструють адекватну реакцію на стрес.
- У 10–25% виникають гострі реактивні психози.
- До 35% мають стійкі психічні порушення після демобілізації, які

можуть зберігатися протягом усього життя та розглядаються як ПТСР [14].

Симптоми, що найчастіше фіксуються: порушення сну; підвищена тривожність, агресивність; замкненість, емоційне оціпеніння; соматичні скарги без органічної основи (псевдоневрологія) [15].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), після великих воєнних конфліктів до 22% населення стикається з різними формами психічних розладів, серед яких найпоширенішими є гострі стресові реакції, депресивні стани, тривожні розлади, а також посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [17]. Ці стани можуть спричинити порушення адаптації та формування травматичного досвіду, що в подальшому знижує якість життя особи.

Дослідження А.М. Куща [46] виділяє три основні категорії психічних розладів у військовослужбовців: Гострий стресовий розлад (56% поширеності),

ПТСР (34%) та Конверсійні реакції (21%). Дослідник також розділяє фактори ризику виникнення цих розладів на дві групи:

- Прямі (Х): Небезпека смерті (перебування під обстрілами, вибухами); Спостереження за смертю побратимів або цивільних; Важкі поранення (власні або оточуючих) [1].
- Опосередковані (У): Тривалість служби (збільшення ризику після 6+ місяців у зоні бойових дій); Відсутність соціальної підтримки (віддаленість від родини, конфлікти у підрозділі); Попередні психічні розлади (депресія, тривожність) [5].

Результати проведених досліджень особистісних змін у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, показали, що незалежно від інтенсивності психоемоційних навантажень зміна структури психологічних характеристик людини в основному має негативний характер [14]. У психічних реакціях військовослужбовців на вплив психогенних факторів в екстремальних умовах відзначаються істотні розходження, що насамперед пов'язано із суб'єктивністю сприйняття подій. Так, в умовах психологічного стресу в одних виникає руховий ступор, в інших, навпаки, з'являється психомоторне збудження. Якщо вважати, що характер психічних реакцій людини на вплив психогенних факторів залежить від психологічних особливостей особистості, то можна припустити, що й характер наслідків впливу факторів психотравмуючих ситуацій для конкретної людини багато в чому зумовлюватиметься її індивідуально-психологічними особливостями [4].

Міжнародні дослідження підкреслюють, що частота контактів із ворогом та свідчення смерті цивільних осіб значно підвищують ризик розвитку ПТСР. Зокрема, дослідження організації «Cesur» виявили, що військові, які брали участь у бойових діях, мають на 30% вищий ризик розвитку психічних розладів порівняно з тими, хто служив у небойових зонах. Ці дані узгоджуються з результатами українських учених, які зафіксували зростання психопатологічних симптомів після 3–4 тижнів інтенсивних бойових дій [54]. Дослідження виявили, що під час рукопашних сутичок у солдатів спостерігається різке зниження

коркової активності, що призводить до порушень у прийнятті рішень та обробці інформації. Ці зміни є більш вираженими, ніж у інших високостресових ситуаціях, що підкреслює унікальність бойового стресу.

Незважаючи на глибокі та часто руйнівні наслідки травматичного досвіду війни, сучасна психологія визнає можливість не лише подолання негативних наслідків, а й виникнення посттравматичного зростання (ПТЗ). Ця концепція, розроблена Р. Тедескі та Л. Калхуном [37], описує позитивні психологічні зміни, які можуть відбутися у людини після переживання значної життєвої кризи або травми [55]. ПТЗ не означає, що травма є бажаною або що біль відсутній; навпаки, зростання відбувається саме через боротьбу з глибокими стражданнями та переосмисленням життя.

Ключові сфери посттравматичного зростання включають:

- Посилення міжособистісних стосунків. Після травми індивіди можуть відчувати більшу близькість з іншими, які пережили подібний досвід, а також цінувати існуючі стосунки. Це може проявлятися у підвищеній емпатії, готовності допомагати іншим, а також у розвитку більш глибоких та осмислених зв'язків. Військовослужбовці можуть відчувати особливу єдність з побратимами та прагнути підтримувати їх [39, 55].

- Зміна пріоритетів та цінностей. Травматичний досвід може спонукати індивіда до перегляду життєвих пріоритетів, усвідомлення швидкоплинності життя та більшого його цінування. Це часто призводить до того, що люди починають жити більш усвідомлено, фокусуючись на тому, що справді має значення, і відмовляючись від незначущого [2, 55].

- Відчуття особистої сили та резильєнтності. Переживши надзвичайні труднощі, людина може усвідомити свою внутрішню силу, здатність долати перешкоди, про які раніше навіть не підозрювала. Це формує підвищене відчуття самоцінності та віри у власні можливості [3, 55].

- Духовні зміни. Для багатьох, хто пережив травму, відбувається переосмислення духовних або релігійних переконань, що може призвести до

поглиблення віри, пошуку нового сенсу життя та відчуття більшого зв'язку зі світом або вищою силою [28, 55].

- Нові можливості. Після травми індивіди можуть відкривати для себе нові шляхи, інтереси або цілі в житті, які раніше були недоступні або не розглядалися. Це може включати зміну професії на більш осмислену, активну участь у громадській діяльності або розвиток нових творчих здібностей [38, 55].

Фактори, що сприяють резильєнтності: психічне здоров'я, світоглядні настанови, розвинене відчуття військового обов'язку та професіоналізм особового складу [47]. В.О. Бодров та О.О. Обознов пропонують стресостійкість розглядати як інтегративну властивість особистості, яка характеризується необхідним ступенем адаптації індивіда до впливу екстремальних факторів середовища та професійної діяльності; детермінується рівнем активації ресурсів організму та психіки індивіда; проявляється в показниках його функціонального стану та працездатності [48].

Якість командного складу, що виявляє турботу та емпатію, знижує рівень тривоги серед підлеглих [53]. Попри складні умови, багато людей демонструють здатність до адаптації та збереження психічної рівноваги — це прояв психологічної резильєнтності [55]. У деяких випадках спостерігається навіть посттравматичний ріст, що виражається у зміні цінностей, глибшому розумінні життя, бажанні допомагати іншим, активній громадянській позиції.

Інші фактори, що сприяють резильєнтності:

- підтримка з боку сім'ї та побратимів;
- наявність психологічного капіталу (оптимізм, віра у власні сили) [39, 53];
- ефективна психопрофілактика та психологічна допомога;
- мотивація через обов'язок, віра в перемогу;
- лідерство командирів, що надихає [53, 55].

Таким чином, надзвичайна ситуація війни створює багаторівневий вплив на психологічний стан людини та суспільства загалом – від гострих реакцій до довгострокових наслідків для психічного здоров'я і соціальної адаптації

постраждалих груп населення як цивільних, так і військовослужбовців. Цей вплив є комплексним і включає в себе не лише безпосередній досвід бойових дій, але й тривале перебування в умовах постійного стресу, розлуку з близькими та постійну загрозу життю [28]. Важливу роль у зменшенні негативних наслідків відіграє трансформаційне лідерство. Підтримка з боку командирів, які демонструють здатність формувати позитивний образ майбутнього, знижує рівень загрозового сприйняття та підвищує групову згуртованість. Це є особливо критичним в умовах хронічного стресу, де соціальна підтримка стає ключовим буфером проти дезадаптації [28, 53].

1.2. Тривога як психологічний феномен: сутність, види, функції.

Тривога є одним із фундаментальних емоційних станів, що супроводжує людину протягом життя і має складну природу, багатогранну структуру та різноманітні функції. У психологічній науці тривогу розглядають як складний динамічний стан, що виникає у відповідь на суб'єктивне сприйняття загрози, часто невизначеної або потенційної [18, 56, 57]. Вона відрізняється від страху, який є реакцією на конкретний і реальний подразник. Тривога ж має більш розпливчастий характер і часто супроводжується когнітивною переоцінкою ситуації, очікуванням несприятливих наслідків. Згідно з класичними психоаналітичними теоріями, тривога пов'язана з внутрішніми конфліктами, невизначеністю та очікуванням небезпеки [1, 27].

До вивчення тривоги як психологічного феномену долучилися численні дослідники, кожен із яких запропонував власне бачення її сутності, причин виникнення та проявів. Дослідження тривоги охоплюють широкий спектр теоретичних підходів - від психоаналізу і екзистенційної психології до когнітивно-поведінкових і біологічних моделей [21].

Психоаналітична теорія, започаткована Зигмундом Фройдом, запропонувала одне з перших системних пояснень тривоги, інтегрувавши її в динамічну структуру психіки. Фройд розглядав тривогу не просто як неприємне переживання, а як ключовий афективний сигнал, що відіграє центральну роль у

психічному функціонуванні, конфліктах та формуванні патологічних станів. Його концепція еволюціонувала, але базове розрізнення трьох видів тривоги залишається фундаментальним для розуміння психоаналітичного погляду. Зигмунд Фрейд виділяв три основні види тривоги, які відрізняються джерелом загрози для Его (Я):

Реальна (об'єктивна) тривога. Цей вид тривоги, що іноді також називається "страхом", є безпосередньою, усвідомленою та адаптивною реакцією на реальну зовнішню небезпеку. Вона виникає тоді, коли Его (частина психіки, що відповідає за сприйняття реальності та раціональне функціонування) оцінює зовнішній світ як загрозливий. Прикладами можуть слугувати страх перед дикою твариною, природним катаклізмом, або, що особливо релевантно для військовослужбовців, – страх перед обстрілом, мінною небезпекою, ворожим нападом, пораненням чи смертю. Фрейд підкреслював, що реальна тривога є функціональною, оскільки вона мобілізує організм на відповідну реакцію – втечу, боротьбу (класична реакція "бий або біжи") або пошук безпечного місця. Це дозволяє індивіду адаптуватися до загрозливих обставин та вижити. У військових умовах така тривога є невід'ємною частиною бойової готовності та самозбереження. Однак, її хронічне переживання, навіть у відносно безпечних умовах, може свідчити про нездатність психіки перелаштуватися з режиму "бойової тривоги" на мирний стан [21].

Невротична тривога. На відміну від реальної, невротична тривога є внутрішньою та часто несвідомою реакцією, що виникає через страх, що несвідомі інстинктивні потяги та імпульси Ід (примітивні, біологічно зумовлені бажання, такі як агресія, сексуальність) можуть вийти з-під контролю Его. Це не стільки страх перед самим імпульсом, скільки страх перед наслідками його прояву, які можуть бути небажаними або покараними ззовні. Наприклад, людина може боятися власної неконтрольованої агресії, яка може призвести до руйнування стосунків, соціального відторгнення або юридичних наслідків. У військовослужбовців, де агресія є функціональною на війні, у мирному житті її імпульси можуть викликати інтенсивну невротичну тривогу, оскільки її прояв у

цивільному середовищі є неприйнятним. Его намагається впоратися з цими імпульсами за допомогою захисних механізмів психіки (наприклад, витіснення – активне виштовхування небажаних думок чи почуттів зі свідомості; реактивне утворення – прояв протилежних почуттів; сублімація – перенаправлення енергії імпульсу в соціально прийнятне русло). Однак, коли ці захисти слабшають або є неефективними, тривога проривається у свідомість у вигляді дифузного занепокоєння, фобій або інших невротичних симптомів [21].

Моральна тривога. Цей вид тривоги є також внутрішнім і походить від Супер-Его – інтерналізованих моральних норм, цінностей, совісті та ідеалів, що формуються під впливом батьківських фігур та суспільства. Моральна тривога – це, по суті, страх перед покаранням з боку власної совісті, страх відчуття нестерпного почуття провини, сорому або самоосуду за порушення власних або суспільних моральних принципів. Вона виникає, коли людина діє або має намір діяти всупереч своїм етичним нормам, або навіть просто має "неприйнятні" думки. Особливо актуальним у контексті військового досвіду є поняття "моральної травми", яке тісно пов'язане з моральною тривогою. Моральна травма виникає, коли військовослужбовець є свідком, учасником або виконавцем дій, що суперечать його глибинним моральним переконанням, або коли він відчуває, що не зміг запобігти аморальним діям (наприклад, загибель товариша, яку можна було б уникнути). Це призводить до інтенсивних та хронічних переживань провини ("вина вцілілого"), сорому, недостойності, що є основою моральної тривоги і може мати глибокі руйнівні наслідки для особистості [21].

Тривога у З. Фрейда – це сигнал «Я» про небезпеку, що активує захисні механізми (витіснення, проекція, раціоналізація тощо). Важливо відрізнити тривогу від страху: страх – це реакція на реальну, конкретну загрозу, а тривога – це стан очікування невизначеної або потенційної небезпеки, часто без явного об'єкта. З. Фрейд підкреслював, що тривога пов'язана з внутрішніми конфліктами і невизначеністю, що викликає внутрішній дискомфорт і напругу [1, 5, 21].

За Фройдом, тривога є центральним сигналом небезпеки для Его. Коли виникає внутрішній конфлікт (наприклад, між бажаннями Ід і заборонами Супер-Его) або загроза ззовні, Его відчуває "сигнальну тривогу". Ця сигнальна тривога є попередженням, яке мобілізує психіку на захист. Основна функція тривоги – спонукати Его до використання захисних механізмів. Захисні механізми (витіснення, проєкція, ідентифікація з агресором, раціоналізація, сублімація тощо) спрямовані на зменшення тривоги шляхом несвідомого спотворення реальності або керування неприйнятними імпульсами. Вони допомагають Его підтримувати психічну рівновагу [1, 21].

Однак, якщо захисні механізми стають надмірно ригідними, негнучкими, або ж вони недостатньо ефективні для подолання конфлікту чи загрози, тривога може зростати, проникаючи у свідомість і проявляючись у вигляді симптомів неврозу (наприклад, фобій, панічних атак, obsесивно-компульсивних станів).

Таким чином, тривога в психоаналізі розглядається не просто як симптом, а як ключовий динамічний елемент, що вказує на наявність внутрішнього конфлікту та спроб психіки його подолати, хоча часто ці спроби є неефективними або призводять до ще більших страждань. Терапевтичний процес у психоаналізі спрямований на усвідомлення цих несвідомих конфліктів та розуміння механізмів їх вирішення, що дозволяє зменшити потребу в надмірній тривозі та розвинути більш зрілі адаптивні стратегії [1, 21].

А. Адлер пов'язував тривогу з невдалим соціальним досвідом і невідповідністю між індивідуальними можливостями та соціальними вимогами. Він розглядав тривогу як наслідок відчуття неповноцінності або нездатності досягти бажаного [1]. Основні положення теорії А. Адлера про механізми виникнення тривоги:

- Нейрохімічні дисбаланси – дефіцит або дисфункція нейромедіаторів, таких як серотонін, норадреналін і гамма-аміномасляна кислота (ГАМК), призводять до підвищеної збудливості нервової системи і тривожних станів.

- Гормональні фактори – підвищений рівень кортизолу (гормону стресу) і зміни в роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи посилюють тривожність.

- Структурні зміни мозку – порушення функціонування лімбічної системи (особливо мигдалеподібного тіла) та префронтальної кори, що відповідають за емоційну регуляцію.

- Генетична схильність – наявність тривожних розладів у родичів підвищує ризик розвитку тривоги [50].

Таким чином, тривога розглядається як біологічно обумовлений стан, що може посилюватися впливом стресових факторів [6, 27, 50].

К. Хорні вважала, що основним джерелом тривоги є почуття відчуження і загрози сепарації від близьких. Вона підкреслювала роль соціальних факторів і внутрішніх переживань у формуванні тривожності [5].

Е. Фромм акцентував увагу на тривозі, що виникає через відчуття ізоляції та втрати зв'язку з собою та світом. Він розглядав тривогу як екзистенційну проблему, пов'язану з пошуком сенсу життя, ізоляції, втрати зв'язку з собою і світом [6]. Фромм вважав, що тривога може бути як деструктивною, так і стимулюючою силою для самопізнання і розвитку. Важливою є здатність людини приймати свободу і відповідальність, що знижує екзистенційну тривогу [6, 59].

Р. Мей, представник екзистенційної психології, описував тривогу як суб'єктивний стан, що виникає у відповідь на усвідомлення власної смертності, свободи і відповідальності. Тривога, за Меем, є фундаментальним аспектом людського існування і може бути як руйнівною, так і стимулюючою [5].

В. Стетс запропонував багаторівневу біхевіористську теорію тривоги, де тривога є результатом взаємодії індивіда з соціальним середовищем і формується як умовний рефлекс, що може виникати навіть без прямої зустрічі з травматичною подією. Він запевняв, що тривога виникає як навчений реактивний стан у відповідь на стимули, які раніше асоціювалися з травматичними або неприємними подіями. Тривога може бути первинною

(безпосередньою реакцією) або вторинною (реакцією на очікування або уникнення небезпеки). Тривожні реакції підтримуються через механізми підкріплення (наприклад, уникання ситуацій, що викликають тривогу), а терапія тривоги в біхевіористському підході спрямована на десенсибілізацію і зміну умовних рефлексів через поступове зіткнення з тригером [3].

Представники когнітивно-поведінкової теорії Д. Кларк та Е. Веллс розглядають тривогу як наслідок когнітивних спотворень і помилкових інтерпретацій загрозливих ситуацій. Вони підкреслюють роль уваги, негативних автоматичних думок і унікальної поведінки у підтримці тривожних станів [7]. Тривога, згідно з КПТ, виникає не стільки через саму подію, скільки через спосіб, яким індивід інтерпретує цю подію. А. Бек стверджував, що люди з тривожними розладами схильні до систематичних помилок у мисленні, які він назвав когнітивними викривленнями (*cognitive distortions*), та до негативних автоматичних думок (*automatic thoughts*) – швидких, часто несвідомих оцінок ситуації, що виникають спонтанно [54]. Ці думки зазвичай перебільшують загрозу, недооцінюють власні ресурси та передбачають катастрофічні наслідки.

Тривога має три основні компоненти: емоційний (відчуття неспокою, страху), фізіологічний (тілесні реакції) та когнітивний (постійне занепокоєння, негативні прогнози). Сутність тривоги полягає у неприємному емоційному переживанні, що включає напругу, хвилювання, страх, передчуття небезпеки, а також фізіологічні прояви (прискорене серцебиття, напруга м'язів, пітливість) і когнітивні реакції (тривожні думки, очікування негативних подій) [54] (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 - Комплексна характеристика прояву тривоги

Емоційні симптоми	
Постійне занепокоєння	Відчуття постійного занепокоєння або страху, навіть без очевидної причини. Людина може відчувати, що щось погане може трапитися, і перебувати у стані підвищеної готовності до загрози.
Страх та передчуття	Страх перед можливістю того, що щось погане може статися, а також відчуття неминучості певних подій. Це може викликати відчуття приреченості та підвищену нервозність.

Продовження таблиці 1.1	
Нервозність та паніка	Інтенсивні емоційні реакції, які можуть проявлятися у вигляді панічних атак. Під час таких нападів людина може відчувати сильне хвилювання та страх за своє життя.
Підвищена дратівливість	Збільшена чутливість до подразників і схильність до дратівливості, що може впливати на взаємодію з іншими людьми.
Напруженість	Відчуття внутрішньої напруженості або нервового збудження, що може проявлятися як фізичне напруження в м'язах або загальне відчуття неспокою.
Фізіологічні реакції	
Серцево-судинна система	Призводить до підвищення артеріального тиску та прискорення серцебиття. Постійний стрес і можуть збільшити ризик розвитку серцево-судинних захворювань, таких як гіпертонія та ішемічна хвороба серця.
Дихальна система	Викликає частіше та поверхневе дихання або задишку, що може викликати відчуття нестачі повітря та ядухи. Прискорене дихання або гіпервентиляція може призводити до відчуття запаморочення, слабкості та навіть панічних атак.
М'язова система	Часто супроводжується м'язовим напруженням, що може призводити до болю в м'язах, головних болів та мігреней. Постійне напруження м'язів може викликати хронічний біль та дискомфорт.
Травна система	Може викликати проблеми з травленням, такі як нудота, діарея, запори та синдром подразненого кишечника. Стресові ситуації можуть впливати на роботу шлунково-кишкового тракту, викликаючи дискомфорт і болі.
Загальні фізичні симптоми	
Пітливість та озноб	Підвищена пітливість і відчуття ознобу під час нападів
Біль у тілі	Може викликати біль у різних частинах тіла.
Зниження імунітету	Хронічна може послабити імунну систему, роблячи організм більш вразливим до інфекцій та захворювань. Стресові гормони, такі як кортизол, можуть знижувати ефективність імунної відповіді.
Порушення сну	Може впливати на якість сну, викликаючи безсоння або часті пробудження. Недостатній сон може погіршувати загальний стан здоров'я, знижувати енергію та концентрацію.
Шкіра	Стрес може впливати на стан шкіри, викликаючи висипання, екзему та інші дерматологічні проблеми..

Продовження таблиці 1.1	
	Погіршення стану шкіри може бути пов'язане з гормональними змінами та зниженням імунної відповіді
Когнітивні процеси	
Нав'язливі думки	Постійні негативні думки про потенційні загрози та катастрофи, які можуть створювати замкнене коло та страху. Люди з часто перебільшують імовірність негативних подій та їхню серйозність.
Катастрофізація	Схильність очікувати найгіршого сценарію у будь-якій ситуації, навіть якщо небезпека є перебільшеною. Це може призвести до тимчасової нездатності мислити раціонально та об'єктивно.
Порушення уваги	Труднощі з концентрацією уваги, запам'ятовуванням інформації або прийняттям рішень через постійні занепокоєння та страхи. Людина може відчувати, що її розум стає порожнім або що вона не може зосередитися на будь-якій діяльності.
Негативні думки	Постійні негативні думки про себе, майбутнє або навколишній світ. Людина може відчувати, що все йде не так, як треба, і що вона не здатна впоратися з проблемами.
Перебільшення загроз	Схильність перебільшувати небезпеки або ризики в різних ситуаціях. Людина може бачити загрозу там, де її немає, і відчувати себе в небезпеці.
Гіперпильність	Постійне обдумування можливих негативних сценаріїв і наслідків. Людина може постійно думати про те, що може піти не так, і як це вплине на її життя.

К. Ізард описує тривогу як феноменологічне поєднання страху з іншими емоціями, такими як гнів, провина, сором, що підсилює її складність і багатогранність [56]. Може виникати з різних причин, включаючи:

- біологічні фактори (генетична схильність, нейрохімічні зміни в мозку).
- психологічні фактори (дитячі психотравми, несприятливі умови життя, високий рівень стресу).
- соціальні фактори (соціальна ізоляція, конфлікти в сім'ї або на роботі) [50].

Тривога існує на кількох рівнях:

- індивідуально-психологічний (емоційна нестабільність, невпевненість, сприйняття світу як загрози).

- поведінковий (уникнення контактів, ізоляція, емоційні розлади в спілкування).
- соціальний (відсутність підтримки з боку середовища, недоброзичливість, критика).
- інтерперсональний (відсутність взаєморозуміння між особистістю і соціумом) [54].

Також тривога може бути розглянута як особистісна риса, коли вона проявляється як тривожність — схильність часто відчувати сильну з незначних приводів. Це може впливати на різні сфери функціонування людини, включаючи емоційну, поведінкову, соціальну та психосоматичну сфери. Надмірна може призводити до різних негативних наслідків для психічного здоров'я, включаючи: депресію, панічні атаки та соціальну ізоляцію [1, 27, 54].

Тривога активує реакцію "бий або тікай", яка готує організм до захисту від реальної небезпеки шляхом активації симпатичної нервової системи. Ця реакція включає ряд фізіологічних змін, таких як розширення зіниць, прискорення серцебиття та підвищення артеріального тиску. Організму може знадобитися до 30 хвилин, щоб повністю заспокоїтися після закінчення загрози [31].

Підвищена тривога впливає на рівень нейромедіаторів у мозку, таких як серотонін, норадреналін та дофамін. Ці хімічні речовини відіграють важливу роль у регуляції настрою, емоцій та поведінки. Зміни в їх рівнях можуть призводити до відчуття та стресу. Численні зарубіжні дослідження підтвердили гіпотезу, що надмірна тривога може змінювати активність мозку. Дослідження показали:

Гіперактивація мигдалеподібного тіла. Мигдалеподібне тіло (амигдала) є частиною мозку, яка відповідає за обробку емоцій, зокрема страху та. При амигдала може стати гіперактивною, що призводить до посилення відчуття страху.

Зниження активності префронтальної кори. Префронтальна кора відповідає за раціональне мислення, прийняття рішень та контроль емоцій. При

її активність може знижуватися, що ускладнює здатність людини логічно мислити та контролювати свої емоції.

Порушення пам'яті та концентрації. Може впливати на гіпокамп, частину мозку, яка відповідає за формування нових спогадів та навчання. Це може призводити до проблем з пам'яттю та концентрацією уваги. Людина може відчувати труднощі з запам'ятовуванням інформації та зосередженням на завданнях.

Структурні зміни мозку. Підвищений рівень кортизолу, який виділяється під час, може призвести до зменшення об'єму мозку та зниження когнітивних навичок. Хронічна може впливати на нейропластичність мозку, тобто його здатність змінюватися та адаптуватися. Постійний стрес може призводити до структурних змін у мозку, що може впливати на його функціонування та здатність до адаптації.

Вплив на когнітивні функції. Може знижувати когнітивні функції, такі як аналітичне мислення, творчість та прийняття рішень. Людина може відчувати труднощі з обробкою інформації, аналізом ситуацій та знаходженням рішень [31, 33, 50].

Тривога має значний вплив на соціальне функціонування особистості. Вона може як сприяти адаптації, підвищуючи обережність і увагу до соціальних сигналів, так і перешкоджати нормальній взаємодії через уникнення контактів, соціальну ізоляцію, зниження самооцінки [18]. Хронічна тривога пов'язана з імпульсивністю, невпевненістю, низькою стресостійкістю, що ускладнює соціальну адаптацію і може призводити до розвитку психосоматичних розладів [257]. Вона є природною реакцією організму на стресові ситуації і виконує важливі функції (табл.1.2) [1, 27, 584].

Таблиця 1.2 - Функції тривоги

Назва функції	Опис
Охоронна функція	Сигналізує про потенційну загрозу, мобілізує ресурси організму для адаптивної реакції (підвищення уваги, готовність до дії).
Мотиваційна функція	Стимулює активність, спрямовану на подолання труднощів або уникнення небезпеки.

Продовження таблиці 1.2	
Регуляторна функція	Допомагає коригувати поведінку відповідно до змін у навколишньому середовищі.
Інформаційна функція	Інформує про внутрішній стан і зовнішні ризики, сприяє самоусвідомленню і прийняттю рішень.
Адаптивна функція	Допомагає організму підготуватися до дії у відповідь на загрозу. Це може включати мобілізацію ресурсів для боротьби або втечі.
Сигнальна функція	Вказує на потенційну небезпеку, що дозволяє уникнути ризиків. Наприклад, може попереджати про небезпеку, що наближається, і стимулювати до обережності.

Основні функції тривоги включають мотиваційну та охоронну роль. Тривога активізує поведінку, спрямовану на подолання або уникнення загрози, стимулює адаптивні реакції та змінює неефективні способи дій. Вона також виконує роль сигналу, що інформує про необхідність підвищеної уваги до ситуації або внутрішнього стану [1, 2, 5, 27, 54].

Види тривоги можна класифікувати за різними критеріями залежно від тривалості, інтенсивності та характеру проявів (табл. 1.3) [1, 2, 5, 27].

Таблиця 1.3. - Види та характеристика тривоги

Вид тривоги	Опис
Нормальна	Адекватна реакція на реальну загрозу, короткочасна і конструктивна. Допмагає людині бути пильним та мобілізованим у стресових ситуаціях. Зникає після усунення загрози і не перешкоджає повсякденному життю.
Реалістична	Виникає у відповідь на реальну загрозу, наприклад, фізичну або соціальну небезпеку.
Моральна	Виникає через конфлікт між бажаннями та моральними принципами
Соціальна	Пов'язана зі страхом соціальної оцінки та взаємодії.
Особистісна тривожність	Стійка індивідуальна риса, що проявляється у схильності до надмірної в ситуаціях, які вважаються загрозливими.
Гостра (ситуативна) тривога	Виникає у відповідь на конкретну ситуацію або подію, що сприймається як загроза, що виконує адаптивну функцію. Наприклад, перед важливим іспитом, виступом або медичним обстеженням. Зазвичай є короткочасною і зникає після завершення стресової ситуації.

Продовження таблиці 1.3	
Хронічна (генералізована) тривога	Стійкий стан занепокоєння без конкретного об'єкта, що заважає нормальному функціонуванню; характеризується надмірною щодо різних аспектів життя без конкретної причини. Люди з ГТР часто турбуються про майбутнє і можуть відчувати фізичні симптоми, такі як м'язова напруга, втома та порушення сну.
Невротична	Виникає без явної причини, тривала і деструктивна. Негативно впливає на різні аспекти життя людини, включаючи особисті відносини та роботу. Часто пов'язана з внутрішніми конфліктами та страхами.
Патологічна тривога	Надмірна, неконтрольована тривожність, що викликає значний дистрес і порушення соціальної адаптації.
Тривожність як риса особистості	Схильність до частих і інтенсивних тривожних станів, що має біологічну та психологічну основу.
Панічний розлад	Проявляється у вигляді раптових нападів паніки, які можуть виникати без попередження та супроводжуються інтенсивними фізичними симптомами, такими як серцебиття, тремтіння, нудота, почуття задихи та запаморочення. Люди з панічним розладом часто перебувають у страху перед наступною панічною атакою.
Фобії	Є специфічними видами, які виникають у відповідь на конкретні об'єкти або ситуації, такі як висота, павуки, публічні виступи. Можуть бути настільки інтенсивними, що людина уникає ситуацій, які викликають страх.
Посттравматична	Виникає після переживання травматичної події, такої як війна, насильство, аварія. Люди з посттравматичною тривогою можуть відчувати повторні спогади про травму, нічні кошмари і сильний стрес

Отже, тривога – це багатокомпонентний психологічний феномен, що має значущу роль у регуляції поведінки, адаптації до навколишнього середовища і підтримці психічного здоров'я. Розуміння її сутності, видів і функцій є ключовим для ефективної психологічної підтримки та корекції тривожних станів.

1.3 Психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни.

Тривога є складним індивідуальним феноменом, що суттєво впливає на життя багатьох людей. Вона може виникати в різних ситуаціях і мати різний

ступінь вираженості. У кожної особистості існує свій нормальний рівень тривожності, необхідний для оптимальної життєдіяльності та адаптації до навколишнього середовища. Сучасний світ, на жаль, не може обійтися без воєнних конфліктів і миротворчих операцій. Військовослужбовці, які є невід'ємною частиною цих подій, несуть значну відповідальність перед суспільством та своїми близькими, що супроводжується підвищеним психологічним навантаженням.

Професійна діяльність військових характеризується підвищеною небезпекою, фізичними та психічними перевантаженнями, високою напруженістю та інтенсивністю праці. Психологічний стан військових характеризується постійним хвилюванням щодо виконання професійних обов'язків, широким спектром тривожних думок, нервозністю, порушенням сну, а також соціальною ізоляцією і уникненням контактів. Ці прояви можуть негативно впливати на їхню діяльність, знижуючи ефективність і збільшуючи ризик помилок. Тривалий вплив таких факторів може призвести до зростання рівня тривоги, що негативно позначається на характері діяльності та виконанні службових обов'язків. Тривога є однією з найпоширеніших психологічних реакцій військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій. Вона має складний багатокомпонентний характер, що включає емоційний, когнітивний, поведінковий та фізіологічний аспекти, і суттєво впливає на психічний стан, соціальну адаптацію та бойову ефективність військових. Вона виникає як реакція на підвищені вимоги професійної діяльності, небезпеку, стресові ситуації, пов'язані з участю у бойових діях.

Тривога у військовослужбовців часто проявляється як відчуття невизначеної загрози, загального побоювання і тривожного очікування, що не піддається прогнозуванню. Вона супроводжується емоційним дискомфортом, напругою, хвилюванням, нервозністю, а також фізіологічними симптомами, такими як прискорене серцебиття, підвищена збудливість та порушення сну. Цей стан виникає як реакція на стресову ситуацію, що може бути різною за інтенсивністю і тривалістю. Постійний стрес, невизначеність та відсутність

звичного комфорту можуть викликати тривогу на різних рівнях. Високий рівень тривожності може призводити до зниження концентрації уваги та помилок при прийнятті рішень, що є критично важливим у бойових умовах.

Тривожність у військовослужбовців під час війни проявляється через специфічні форми і формується під впливом різних психологічних механізмів, а також залежить від адаптаційних факторів.

Ситуативна тривога виникає як реакція на конкретні загрози, наприклад, бойові дії, і характеризується тимчасовим підвищенням напруженості, збудженням та зосередженістю на небезпеці. Цей тип тривоги є природною захисною реакцією організму, що мобілізує ресурси для виживання в екстремальних умовах.

Особистісна тривога формується як стійка риса характеру і проявляється постійним хвилюванням навіть у відсутності реальної загрози. Вона може призводити до дезорганізації професійної діяльності, зниження мотивації та порушення емоційної регуляції.

Фізіологічні прояви тривоги включають прискорене серцебиття (тахікардію), підвищений артеріальний тиск, порушення сну, м'язове напруження, сухість у роті, запаморочення та інші симптоми, які виникають внаслідок хронічної активації симпатичної нервової системи і підвищеного рівня кортизолу - гормону стресу.

Когнітивно-емоційні прояви тривоги у військових включають нав'язливі думки про травматичні події або можливі майбутні загрози, почуття провини, безнадії, соціальної ізоляції, а також емоційну нестабільність і підвищену дратівливість.

Психологічними механізмами формування тривоги є наступні критерії:

- Генетична схильність та попередній травматичний досвід підвищують ймовірність розвитку тривожних розладів, оскільки вони впливають на реактивність нервової системи та здатність до адаптації.

- Дезідентифікація з мирним життям, що полягає у втраті здатності отримувати задоволення від колишніх захоплень і фокусуванні на виживанні, призводить до емоційного вигорання і посилення тривоги.

- Тривалий вплив стресу викликає нервово-психічну напругу, що порушує регуляцію емоцій та когнітивних процесів, сприяючи хронізації тривожних станів.

- Конфліктні переживання, пов'язані з ціннісними орієнтирами військовослужбовця, а також постійний психоемоційний стрес, що акумулюється в бойовій обстановці, відіграють особливу роль у формуванні тривожних станів та дезадаптивних реакцій. Ці конфлікти можуть виникати на перетині особистих моральних принципів та вимог військового обов'язку, що призводить до розвитку моральної травми.

У військовослужбовців тривога має низку специфічних рис, які зумовлені особливостями бойового досвіду та умовами війни:

Фізіологічні прояви тривоги пов'язані з активацією симпатичної нервової системи, що призводить до підвищеного рівня кортизолу, тахікардії, а також порушень травлення. Ці реакції є частиною природного механізму «боротьби чи втечі», але при тривалому впливі можуть призводити до виснаження і погіршення фізичного стану.

Когнітивні спотворення проявляються у вигляді нав'язливих спогадів про травматичні події (флешбеки) та у тенденції до катастрофізації – перебільшеного очікування негативних подій у майбутньому.

Соціальна дезадаптація проявляється у зниженні довіри до оточення, труднощах у спілкуванні з родиною та близькими після демобілізації, а також у відчуженні від соціального середовища.

Дослідження серед українських військових показують, що рівень тривожності значно зріс після початку повномасштабного вторгнення. Чоловіки-військовослужбовці загалом демонстрували нижчий рівень тривожності порівняно з жінками, а також була виявлена негативна кореляція між кількістю дітей у сім'ї та рівнем тривожності – чим більше дітей, тим нижча тривожність.

Військові, які перебувають безпосередньо на лінії фронту, часто відчують сильний стрес, що супроводжується почуттям страху, провини та емоційного виснаження, що знижує морально-психологічний стан і бойову готовність.

Військовослужбовці, які готуються до відправлення в зону бойових дій, зазвичай мають середній рівень ситуативної тривожності. Проте тривожність у тих, хто довго перебуває в бойових умовах, може перерости у стійку особистісну тривожність, що негативно впливає на емоційну сферу та регуляцію поведінки, іноді призводячи до суїцидальних тенденцій. Рівень тривожності перед відправленням залежить від індивідуальних психологічних характеристик, попереднього досвіду, рівня підготовки та соціальної підтримки.

Фактори, що модулюють рівень тривоги поділяються на сприятливі та перешкоджаючі. До сприятливих відноситься соціальна підтримка від побратимів, родини, командування сприяє зміцненню психологічної стійкості, зниженню рівня тривоги та покращенню адаптації; психологічна допомога психотерапевтичні інтервенції, тренінги з розвитку саморегуляції, релаксації та стрес-менеджменту дозволяють ефективно контролювати емоційний стан); стабільність побуту - наявність впорядкованого, передбачуваного режиму життя, комфортних умов проживання та харчування позитивно впливає на психоемоційний стан.

До перешкоджаючих чинників відносяться: тривалість ротації у зоні бойових дій: призводить до накопичення психоемоційного виснаження; відсутність реабілітаційних програм: ускладнює процес відновлення психічного здоров'я, сприяючи хронічній тривожності; постійні обстріли та бойова обстановка: створюють високий рівень стресу, що безпосередньо впливає на підвищення тривожності, порушує емоційну регуляцію та когнітивні функції.

Основними наслідками, з якими може стикатись військовослужбовець за рахунок підвищеної тривоги, є:

Підвищена імпульсивна агресивність та конфліктність. Перебування в умовах постійної загрози формує стійкий патерн гіперреакції "бий або біжи", що

у мирному житті призводить до дратівливості, неконтрольованих спалахів гніву та конфліктів.

Загострення почуттів честі та гідності, що веде до ригідності. Гіпертрофоване та негнучке застосування понять честі та гідності, необхідних на війні, у мирному житті стає перешкодою для соціальної адаптації. Це проявляється у:

Ригідності у соціальній взаємодії (труднощі з розумінням неписаних правил та напівтонів, нездатність адаптуватися до змінних обставин).

Нездатності до компромісів (сприйняття будь-якої поступки як слабкості або зради).

Підвищеній чутливості до несправедливості: інтенсивна емоційна реакція на дрібні або суб'єктивно сприйняті як несправедливі події.

Формуванні "бойової особистості" (combat personality) (висока готовність до загрози, чорно-біле мислення, недовіра до незнайомих, низька толерантність до невизначеності, що стає дезадаптивним у цивільному житті)

Соціальна ізоляція: тривожність, гіперпильність, дратівливість та відчуття, що "ніхто не розуміє", часто призводять до уникнення соціальних контактів, що позбавляє доступу до соціальної підтримки.

Труднощі у відновленні сімейних стосунків. Повернення військовослужбовця додому часто є випробуванням для всієї родини, оскільки емоційне оніміння, дратівливість та гіперпильність ускладнюють прояв емоцій та створюють напружену атмосферу.

Проблеми з працевлаштуванням. Фізіологічні та когнітивні прояви тривоги (безсоння, знижена концентрація уваги, дратівливість) значно ускладнюють пошук та утримання роботи у цивільному секторі, призводячи до фінансових труднощів та відчуття власної непотрібності.

Особливості тривожності також пов'язані з офіцерським статусом та роллю в армії. Офіцери, зокрема офіцери-психологи, завдяки своїй професійній підготовці, часто демонструють високий рівень емоційної стійкості, розвинені комунікативні навички та вміння створювати заспокійливу атмосферу в

підрозділі, що є критично важливим для мінімізації негативних наслідків стресу серед особового складу.

Отже, тривога у військовослужбовців в умовах війни є багатофакторним, динамічним та глибоко деструктивним психологічним феноменом, що детермінується специфікою бойових дій, впливом на ключові структури особистості (ідентичність, світогляд, систему цінностей) та індивідуальними особливостями військовослужбовця. Вона вимагає комплексного та індивідуалізованого підходу до її своєчасної діагностики, ефективної профілактики та розробки багатокомпонентних програм психологічної корекції та реабілітації. Ці програми повинні враховувати як гострі, так і хронічні аспекти впливу військового стресу, сприяти розвитку резильєнтності (психологічної стійкості) та забезпечувати адекватну соціальну підтримку для успішної реінтеграції у мирне життя.

Висновок до I розділу

У першому розділі проаналізовано концептуально-методологічні підходи до вивчення тривоги у військовослужбовців в умовах війни як екстремальної ситуації. Підкреслено, що війна є потужним психотравмуючим чинником, який системно та пролонговано впливає на психіку, викликаючи дезінтеграцію базових потреб (безпека, стабільність, передбачуваність) згідно з моделлю А. Маслоу.

У рамках транзакційної моделі стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман війна інтерпретується як хронічний стресор, де ключову роль відіграє суб'єктивна оцінка загроз. Психологічний простір бойових дій характеризується невизначеністю та хаотичністю, що призводить до патологічних проявів: хронічної гіперпильності, вивченої безпорадності, порушень когнітивно-емоційних процесів та спотвореного сприйняття часу й простору. Адаптивні патерни, ефективні в бою, у мирному житті стають дезадаптивними.

Проаналізовано глибинні трансформації особистісної структури внаслідок травматичного досвіду, виокремлено ідентичнісні порушення (втрата цілісного

"Я", почуття провини, сорому), світоглядні деформації (екзистенційна криза, ерозія довіри), соціальні дисфункції (ізоляція, комунікативні бар'єри) та когнітивні викривлення (тунельне мислення, катастрофізація).

Особливу увагу приділено тривозі як ключовому патопсихологічному феномену війни, її типології (невротична, патологічна, посттравматична) та нейрофізіологічним аспектам (гіперактивація лімбічних структур, дисбаланс нейромедіаторів), що спричиняє імпульсивну агресивність та емоційну нестабільність.

Специфіка прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни характеризується комплексною симптоматикою на трьох рівнях:

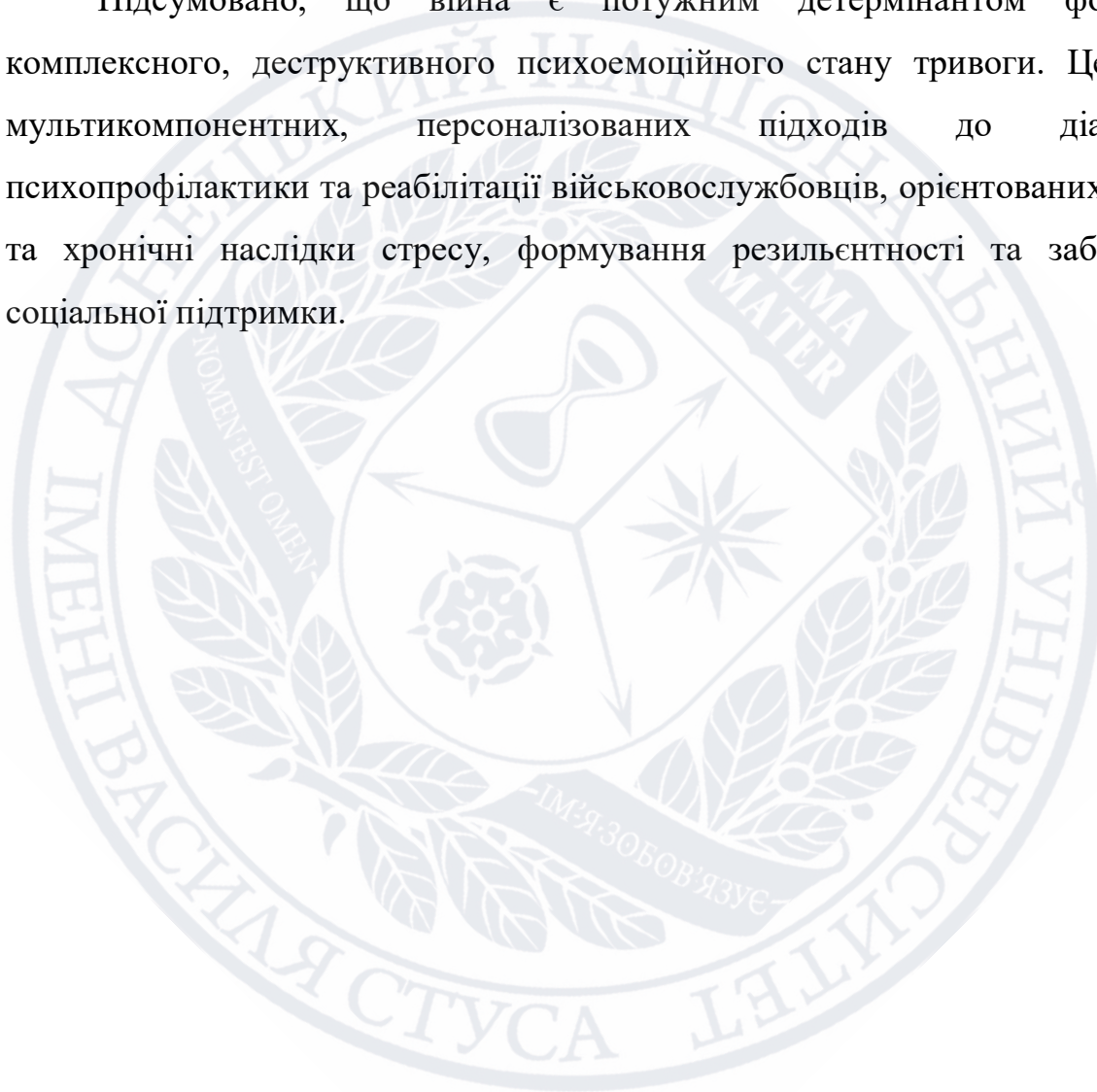
Емоційно-когнітивний рівень проявляється через постійне занепокоєння щодо виконання бойових завдань, нав'язливі думки про потенційні загрози, катастрофічні прогнози майбутнього, почуття безпорадності та втрату контролю над ситуацією. Військовослужбовці демонструють підвищену дратівливість, афективні спалахи гніву, емоційне оніміння або, навпаки, надмірну емоційну реактивність.

Фізіологічний рівень характеризується стійкими соматичними симптомами: хронічною тахікардією, м'язовим напруженням (особливо в області плечового поясу), порушеннями сну (безсоння, часті пробудження, нічні кошмари), пітливістю, тремором, порушеннями травлення. Спостерігається хронічна активація симпатичної нервової системи, що призводить до швидкої втомлюваності та зниження загальної працездатності.

Поведінковий рівень виявляється через гіперпильність (постійне сканування оточення на предмет загрози), уникнення ситуацій, що нагадують про травматичні події, соціальну ізоляцію та відчуження від побратимів і родини. Характерними є труднощі з концентрацією уваги під час виконання службових обов'язків, зниження швидкості прийняття рішень у критичних ситуаціях, що безпосередньо впливає на боєздатність та ефективність виконання бойових завдань.

У військовослужбовців, які безпосередньо беруть участь у бойових діях, тривога набуває форми ситуативної реакції з елементами панічних атак при раптових подразниках (звуки вибухів, сирени), що поступово трансформується в стійку особистісну тривожність. У тилових підрозділах домінує генералізована тривога очікування з фокусом на невизначеності майбутнього та страху перед можливим направленням на передову.

Підсумовано, що війна є потужним детермінантом формування комплексного, деструктивного психоемоційного стану тривоги. Це вимагає мультикомпонентних, персоналізованих підходів до діагностики, психопрофілактики та реабілітації військовослужбовців, орієнтованих на гострі та хронічні наслідки стресу, формування резильєнтності та забезпечення соціальної підтримки.



РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОГИ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Організація та етапи дослідження

Дослідження психологічного феномену тривоги у військовослужбовців в умовах війни було сплановано та реалізовано з глибоким розумінням унікальної специфіки військового часу та екстремальних умов військової служби. Метою цього дослідження є не лише точне виявлення актуальних рівнів тривожності серед військовослужбовців, але й системна ідентифікація психологічних чинників, що детермінують її прояв, динаміку та інтенсивність у контексті бойових дій та пов'язаних з ними викликів. Такий підхід дозволяє отримати не лише діагностичні дані, а й глибоке розуміння механізмів формування та подолання тривоги в умовах підвищеного ризику.

Організація дослідження передбачала кілька послідовних та взаємопов'язаних етапів, кожен з яких мав свою чітко визначену мету, завдання та методологічне обґрунтування:

Підготовчий етап – цей початковий, але надзвичайно відповідальний етап був присвячений формуванню міцної теоретичної та методологічної основи всього дослідження. Його ключові складові включали:

- Проведення теоретичного аналізу наукової літератури. Було здійснено всебічний та критичний огляд сучасних наукових джерел, присвячених феномену тривоги, її етіології, патогенезу та клінічним проявам у стресових умовах. Особлива увага приділялася дослідженням психічного стану військовослужбовців, впливу бойових дій, посттравматичного стресу та хронічного стресу на їхню психіку. Цей аналіз дозволив сформулювати комплексне розуміння проблеми, ідентифікувати прогалини в існуючих знаннях та визначити ключові теоретичні рамки для подальшого емпіричного аналізу.

- Постановка мети, завдань та формулювання гіпотези дослідження. На основі глибокого теоретичного аналізу було чітко визначено головну мету дослідження – виявлення рівнів тривожності та психологічних чинників її

прояву у військовослужбовців в умовах війни. Деталізовані завдання окреслили конкретні кроки, необхідні для досягнення цієї мети, такі як діагностика ситуативної та особистісної тривожності, оцінка вираженості симптомів тривоги, вивчення домінуючих копінг-стратегій та аналіз взаємозв'язків між цими показниками та бойовим досвідом. Сформульовані гіпотези стали основою для емпіричної перевірки припущень щодо взаємозв'язків між тривогою та різними психологічними факторами, а також можливих відмінностей між групами військовослужбовців.

- Вибір психодіагностичних методик. Цей критичний крок передбачав ретельний відбір валідних та надійних психодіагностичних інструментів, які б дозволили об'єктивно та точно виміряти заявлені змінні. Критеріями вибору були: відповідність методик меті та завданням дослідження, їхня апробованість у дослідженнях з військовослужбовцями або в умовах екстремального стресу, а також можливість отримання як кількісних, так і якісних даних для всебічного аналізу. Було враховано специфіку військового середовища, що вимагає інструментів, які є відносно швидкими у застосуванні, зрозумілими для респондентів та мінімально інвазивними.

Констатувальний етап – цей етап був присвячений безпосередньому збору емпіричних даних, що складає основу будь-якого емпіричного дослідження. Він включав:

- Безпосереднє проведення емпіричного дослідження з використанням психологічних методик. На цьому етапі здійснювалося безпосереднє застосування обраних психодіагностичних інструментів серед військовослужбовців. Процедура тестування проводилася індивідуально або в малих групах, з урахуванням оперативного графіка та психологічного стану респондентів. Було забезпечено створення максимально комфортних, спокійних та конфіденційних умов для заповнення анкет та опитувальників, що є критично важливим для отримання достовірних даних у чутливому контексті військової служби. Психологи-дослідники були готові надати необхідні роз'яснення та

психологічну підтримку у разі виникнення емоційного дискомфорту у респондентів.

- Дотримання етичних принципів. Особлива увага приділялася етичним аспектам дослідження в умовах військового конфлікту, що є пріоритетом у психологічних дослідженнях. Усі респонденти надавали інформовану згоду на участь, що передбачало повне розуміння цілей дослідження, процедури збору даних, їх подальшого використання та прав учасників. Суворо дотримувалися принципи анонімності (неможливість ідентифікації конкретного респондента за його відповідями) та конфіденційності (захист отриманих даних від несанкціонованого доступу та розголошення). Участь у дослідженні була суто добровільною, без будь-якого тиску, примусу чи впливу на службове становище військовослужбовців. Це забезпечило максимальну відвертість відповідей та довіру з боку військовослужбовців, що є критично важливим для отримання достовірних психологічних даних.

Аналітико-інтерпретаційний етап. На завершальному етапі дослідження було здійснено глибокий аналіз та осмислення отриманих даних, що дозволило перейти від сирих даних до наукових висновків. Він включав:

- Обробка результатів із використанням кількісних та якісних методів аналізу: Кількісні дані, отримані за допомогою стандартизованих методик, були оброблені із застосуванням методів математичної статистики. Це включало розрахунок середніх значень, стандартних відхилень, а також використання методів інференційної статистики, таких t-критерій Стьюдента, з метою виявлення достовірних відмінностей між групами військовослужбовців та оцінки впливу різних факторів. Якісні дані, зібрані за допомогою авторських анкет, спостережень та бесід, були піддані контент-аналізу та тематичному аналізу для виявлення ключових патернів, глибинних переживань, суб'єктивних оцінок стресових факторів та ресурсів подолання.

- Інтерпретація даних. На цьому етапі здійснювалася інтеграція кількісних та якісних результатів, що дозволило отримати цілісну картину досліджуваного феномену. Інтерпретація даних проводилася в контексті

сформульованих гіпотез та існуючих теоретичних моделей тривоги та стресу, що дозволило виявити значущі взаємозв'язки та закономірності. Особлива увага приділялася контекстуалізації результатів у специфічному військовому середовищі, враховуючи вплив бойових дій, службових обов'язків та соціальної підтримки.

- Формулювання висновків. На основі всебічного аналізу та інтерпретації було сформульовано обґрунтовані висновки дослідження, які відображають виявлені психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців, її детермінанти та кореляти. Ці висновки не лише збагатили теоретичні знання про феномен тривоги в екстремальних умовах, але й стали основою для розробки практичних рекомендацій, спрямованих на психологічну підтримку та профілактику тривожних станів серед військовослужбовців [56; 59].

Дослідження проводилося у військових частинах, що залучені до виконання бойових завдань у зоні активних бойових дій, а також у тилкових підрозділах. Такий підхід дозволив охопити різні аспекти впливу військового середовища на рівень тривожності, забезпечуючи порівняльний аналіз між групами з різним рівнем бойового досвіду та службових навантажень.

2.2. Характеристика вибірки дослідження

У нашому дослідженні взяли участь 80 військовослужбовців Збройних Сил України, що є достатньою кількістю для проведення статистичного аналізу та виявлення значущих закономірностей у досліджуваній популяції.

Вік учасників дослідження становив від 20 до 45 років. Цей діапазон був обраний не випадково, оскільки він охоплює основну частину активного військового контингенту, що дозволяє отримати найбільш репрезентативні дані щодо психологічного стану військовослужбовців у найбільш продуктивному та боєздатному віці. У вибірку були включені військовослужбовці різних категорій: як строковики, так і військовослужбовці за контрактом, а також мобілізовані особи. Така диверсифікація вибірки є критично важливою, оскільки кожна з цих

категорій має свої унікальні особливості щодо мотивації, рівня підготовки, досвіду служби та адаптації до військових умов. Врахування цих відмінностей дозволяє провести більш глибокий та нюансований аналіз феномену тривоги, а також виявити специфічні фактори, що впливають на її прояв у різних групах військовослужбовців.

Для глибшого розуміння впливу бойового досвіду на рівень тривожності, вибірка була цілеспрямовано поділена на дві групи за критерієм безпосередньої участі у бойових діях. Ця стратифікація дозволила провести порівняльний аналіз та виявити потенційні відмінності у проявах тривоги, що є ключовим для досягнення мети дослідження:

Перша група складалася з військовослужбовців, що брали безпосередню участь у бойових діях. Ця група є найбільш вразливою до розвитку тривожних станів, оскільки її представники перебувають в умовах прямого зіткнення з противником, де рівень загрози життю, психоемоційного навантаження та травматичного досвіду є максимально високим. Дослідження цієї групи дозволяє виявити гострі та хронічні прояви тривоги, пов'язані з бойовим стресом.

Друга група включала військовослужбовців, які виконують службові завдання в умовах, наближених до бойових, але без безпосереднього контакту з противником (наприклад, у тилкових підрозділах, на чергуванні, у забезпеченні, на логістичних позиціях). Хоча ці військовослужбовці не перебувають на передовій, вони все одно функціонують в умовах підвищеної небезпеки, невизначеності та постійного психологічного тиску, пов'язаного з війною. Порівняння з першою групою дає змогу диференціювати вплив прямого бойового досвіду від впливу загального військового середовища та опосередкованих стресорів.

Розподіл за статтю становив 90% чоловіків та 10% жінок. Такий розподіл відображає загальну структуру військового контингенту Збройних Сил України, де чоловіки традиційно становлять більшість. Це є важливим для врахування можливих гендерних відмінностей у проявах тривоги та механізмах подолання,

хоча основний акцент дослідження був зроблений на чоловічому контингенті як домінуючому.

Усі респонденти надали інформовану згоду на участь у дослідженні, що є фундаментальним етичним принципом у психологічних дослідженнях, особливо в умовах підвищеної вразливості учасників. Це передбачало повне розуміння цілей дослідження, процедури збору даних, їх подальшого використання та прав учасників. При цьому суворо дотримувалися етичні принципи, що гарантували анонімність (неможливість ідентифікації конкретного респондента за його відповідями) та конфіденційність (захист отриманих даних від несанкціонованого доступу та розголошення). Участь у дослідженні була суто добровільною, без будь-якого тиску, примусу чи впливу на службове становище військовослужбовців. Дотримання цих етичних норм забезпечило максимальну відвертість відповідей та довіру з боку військовослужбовців, що є критично важливим для отримання достовірних психологічних даних у чутливому контексті військової служби.

2.3. Методи та методики дослідження тривоги у військовослужбовців

Для всебічного та об'єктивного дослідження психологічних особливостей прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни, нами було ретельно відібрано та використано комплекс валідних та надійних психодіагностичних методик. Цей інструментарій дозволив не лише кількісно оцінити рівні тривожності, але й виявити її специфічні симптоми, а також потенційні взаємозв'язки з іншими психологічними станами, що є критично важливим у контексті військової служби.

У якості психодіагностичного інструментарію нами було використано наступні методики:

1. Шкала Генералізованого Тривожного Розладу (Generalized Anxiety Disorder 7-item scale – GAD-7). Шкала GAD-7 є коротким, 7-пунктовим інструментом самозвіту, що широко використовується для скринінгу та оцінки тяжкості генералізованого тривожного розладу (ГТР) та інших тривожних

розладів. Її стислість та простота роблять її ідеальною для використання в умовах, де час є обмеженим, що часто трапляється у військовій сфері.

GAD-7 була розроблена для оцінки основних симптомів ГТР, які включають надмірне занепокоєння, нездатність контролювати тривогу, труднощі з розслабленням, дратівливість та відчуття страху.

Бали GAD-7 інтерпретуються за стандартизованими пороговими значеннями, що вказують на рівень тяжкості тривоги: 5 балів – легкий рівень тривоги, 10 балів – помірний рівень, а 15 балів – важкий рівень тривоги. При використанні як скринінгового інструменту, бал 10 або вище рекомендує подальшу клінічну оцінку.

GAD-7 широко використовується в клінічних умовах та дослідженнях, включаючи військові медичні системи, для скринінгу тривожних розладів. Вона валідована у вибірках працівників, що свідчить про її застосовність до військовослужбовців як до специфічної професійної групи [56; 59].

2. Шкала госпітальної тривоги і депресії (HADS). Шкала HADS була розроблена у 1983 році А.С. Зігмондом та Р.П. Снейтом з метою визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Її унікальність полягає у здатності мінімізувати вплив фізичних симптомів, які можуть бути пов'язані як з психологічним дистресом, так і з основним соматичним захворюванням. Це дозволяє отримати "чистішу" оцінку психологічного дистресу, що є особливо цінним у військових умовах, де фізичні скарги можуть бути поширеними.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві підшкали по 7 пунктів кожна:

Підшкала А – «тривога», що відображають симптоми тривоги, такі як напруга, занепокоєння та паніка.

Підшкала D – «депресія» включає парні пункти, що відображають симптоми депресії, такі як ангедонія, втрата інтересу та енергії. Респондентам пропонується оцінити свій стан за кожним твердженням, обираючи одну з чотирьох варіантів відповідей, що відображають ступінь вираженості симптому

(наприклад, "Більшу частину часу", "Значну частину часу", "Час від часу", "Ніколи"). Загальний бал для кожної підшкали варіюється від 0 до 21. Вищі бали вказують на більшу вираженість тривоги або депресії [59].

3. PCL-5 є 20-пунктовим інструментом самозвіту, призначеним для оцінки 20 симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5. Це забезпечує її високу відповідність клінічним стандартам діагностики ПТСР та дозволяє оцінювати симптоми за чотирма кластерами: повторне переживання, уникнення, негативні зміни в когніціях та настрої, а також зміни в збудженні та реактивності.

Опитувальник складається з 20 пунктів, кожен з яких відповідає одному з симптомів ПТСР за DSM-5. Респонденти оцінюють вираженість кожного симптому за 5-бальною шкалою (від 0 – "зовсім ні" до 4 – "надзвичайно"). Заповнення PCL-5 займає приблизно 5-10 хвилин. PCL-5 може використовуватися для моніторингу змін симптомів під час та після лікування, скринінгу осіб на ПТСР, а також для встановлення попереднього діагнозу ПТСР [59].

4. Опитувальник тривожності Бека (BDI) є одним із найбільш широко використовуваних психометричних тестів для вимірювання тяжкості тривоги у дорослих та підлітків. BAI був розроблений як інструмент, що відрізняє тривогу від депресії, фокусуючись на фізичних, когнітивних та емоційних симптомах, що характерні саме для тривожних розладів.

Опитувальник складається з 21 пункту, кожен з яких описує симптом тривоги (наприклад, «оніміння або поколювання», «серцебиття», «страх втратити контроль»). Респондент оцінює, наскільки сильно він відчував кожен симптом протягом останнього тижня, включаючи сьогоднішній день.

Інтерпретація результатів BAI ґрунтується на порогових значеннях, які дозволяють визначити рівень тяжкості тривоги: мінімальний рівень тривоги, легкий рівень тривоги, помірний рівень тривоги, важкий рівень тривоги.

BAI використовується у клінічній практиці для скринінгу, оцінки тяжкості тривожних симптомів та моніторингу ефективності психотерапії. Він є надійним

і валідним інструментом для швидкої та точної оцінки тривожних станів [56; 57; 58; 59].

Використання цих передових методик дозволяє військовим організаціям приймати більш обґрунтовані рішення щодо підтримки своїх кадрів, що є фундаментальним для забезпечення боєготовності та благополуччя військовослужбовців у довгостроковій перспективі.

Висновок до розділу 2

У другому розділі було всебічно розкрито методологічні засади дослідження психологічних особливостей прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни. Представлена методологія ґрунтується на глибокому розумінні унікальної специфіки військового часу та екстремальних умов служби, що є критично важливим для забезпечення валідності та релевантності отриманих даних.

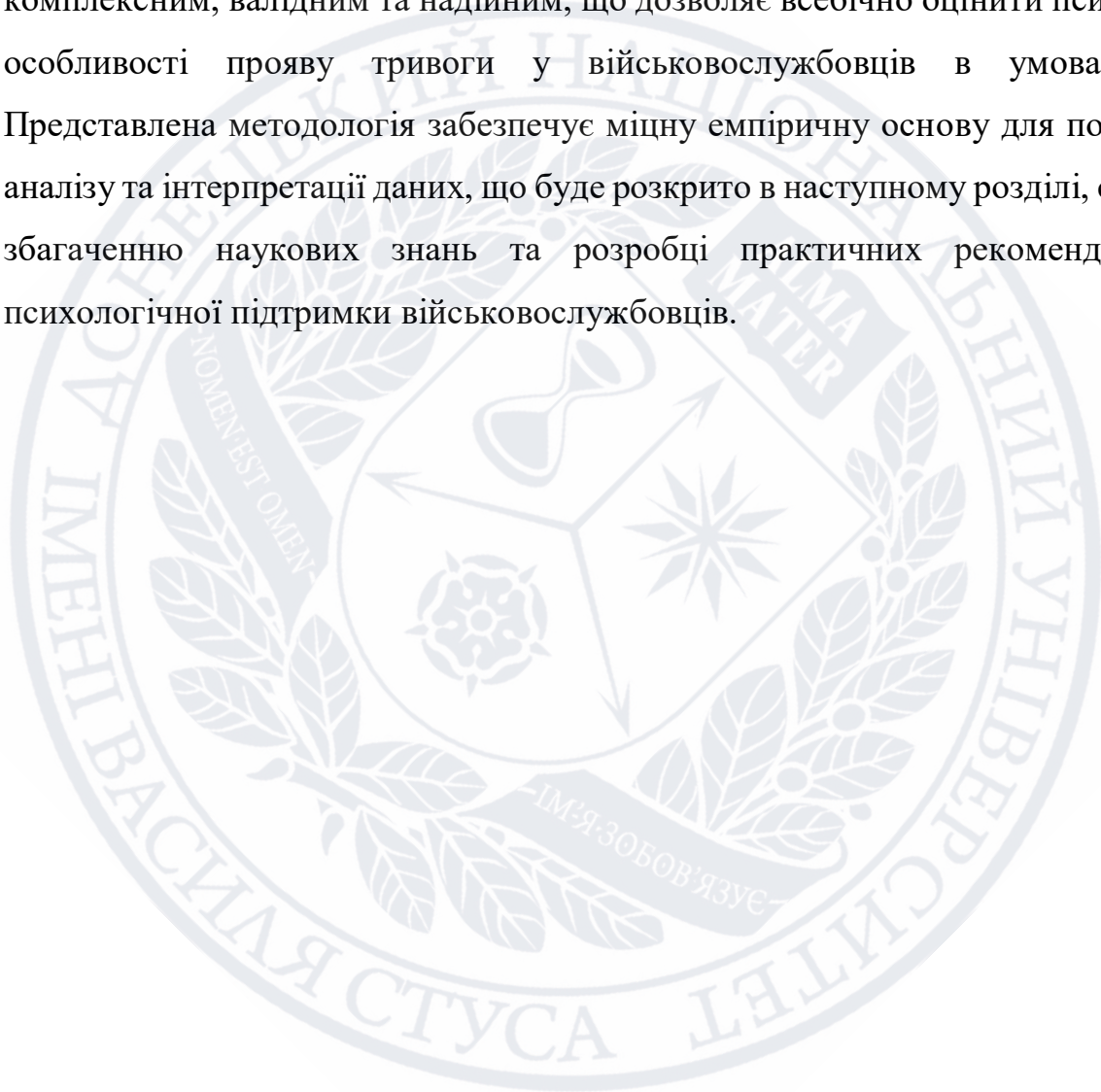
Організація дослідження була спланована як послідовний та взаємопов'язаний процес, що включав три ключові етапи: підготовчий, констатувальний та аналітико-інтерпретаційний. Кожен етап мав чітко визначені завдання, починаючи від всебічного теоретичного аналізу наукової літератури та обґрунтованого вибору психодіагностичного інструментарію, через безпосередній збір емпіричних даних у військових частинах (як у зоні бойових дій, так і в тилкових підрозділах), і завершуючи глибоким аналізом та інтерпретацією результатів. Особлива увага на всіх етапах приділялася суворому дотриманню етичних принципів, що гарантувало інформовану згоду, анонімність, конфіденційність та добровільність участі військовослужбовців, забезпечуючи довіру та достовірність отриманих даних.

Характеристика вибірки дослідження відображає її репрезентативність та цілеспрямованість. Це дозволило провести порівняльний аналіз впливу різного рівня бойового досвіду на прояви тривоги. Розподіл за статтю (90% чоловіків, 10% жінок) відображає реальну структуру військового контингенту.

Психодіагностичний інструментарій був ретельно підібраний для всебічної оцінки тривожних станів та супутніх психологічних феноменів.

Обробка результатів здійснювалася за допомогою методів математичної статистики (середні значення, t-критерій Стюдента), що забезпечило виявлення достовірних відмінностей між групами.

Таким чином, обраний психодіагностичний інструментарій є комплексним, валідним та надійним, що дозволяє всебічно оцінити психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни. Представлена методологія забезпечує міцну емпіричну основу для подальшого аналізу та інтерпретації даних, що буде розкрито в наступному розділі, сприяючи збагаченню наукових знань та розробці практичних рекомендацій для психологічної підтримки військовослужбовців.



РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З ВИСОКИМ РІВНЕМ ТРИВОГИ

3.1. Аналіз та інтерпретація даних рівня тривоги у військовослужбовців

Оцінка психологічного стану 80 військовослужбовців за шкалою Генералізованого тривожного розладу (GAD-7) виявило значні відмінності у рівнях тривоги. Це дозволило не лише виявити наявність проблеми, але й кількісно визначити її вираженість у вибірці (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 - Розподіл військовослужбовців за рівнем тривоги (GAD-7)

Рівень тривоги	Діапазон балів	n	%
Відсутність симптомів	0-4	28	35.0%
Легка тривога	5-9	22	27.5%
Помірна тривога	10-14	19	23.75%
Важка тривога	15-21	11	13.75%
РАЗОМ клінічно значущі (≥ 10)		30	37.5%

До категорії без клінічних симптомів тривоги належать 28 військовослужбовців (35% від загальної кількості). Цей результат свідчить про їхню високу стресостійкість і психологічну адаптованість. Це можуть бути особи, які мають добре розвинені механізми психологічного захисту, навички саморегуляції або сприятливе оточення, що підтримує їхній емоційний стан. Їхні показники є нормою, що вказує на відсутність потреби в негайному психологічному втручанні.

22 військовослужбовці (27,5%) потрапили в категорію з легким рівнем тривоги. Їхній стан може бути пов'язаний із природними реакціями на високий рівень стресу та невизначеність, що є характерним для військової служби. Хоча такий рівень тривоги зазвичай не потребує медикаментозного лікування, ці військовослужбовці є групою підвищеного ризику. Для них ефективними будуть профілактичні заходи: психоосвіта, тренінги з управління стресом, дихальні та релаксаційні вправи.

Група із помірним рівнем тривоги, що складається з 19 військовослужбовців (23,75%), демонструє помірно виражені симптоми тривоги, які можуть вже впливати на їхню функціональність та боєздатність. За даними GAD-7. Наявність 10 або більше балів є підставою для подальшої клінічної оцінки. Цій групі потрібна індивідуальна психологічна робота, спрямована на виявлення першопричин тривоги та розробку індивідуальних стратегій подолання.

11 військовослужбовців (13,75%) мають важкий рівень тривоги, що вказує на ймовірну наявність генералізованого тривожного розладу. Для цих осіб необхідне негайне і комплексне втручання, що може включати як психологічну, так і медикаментозну допомогу. Їхній стан може серйозно впливати на якість життя, професійну діяльність та безпеку.

Загалом, 30 військовослужбовців (37,5% вибірки) набрали 10 або більше балів, що за рекомендаціями шкали GAD-7, вимагає подальшого клінічного обстеження. Цей високий відсоток вказує на значну поширеність симптомів, характерних для тривожних розладів, серед особового складу, що підкреслює необхідність впровадження програм психологічної підтримки.

Результати підтверджують, що, попри наявність значної кількості військовослужбовців з низьким рівнем тривоги, близько третини особового складу мають симптоми, що можуть свідчити про генералізований тривожний розлад або інші тривожні стани. Це вказує на критичну потребу в регулярному моніторингу психологічного стану військовослужбовців, особливо в умовах обмеженого часу та високого стресу.

Оцінка психологічного стану військовослужбовців за шкалою HADS дозволила диференційовано виявити рівні тривоги та депресії, що є важливим для своєчасного надання психологічної допомоги (рис. 3.1).

Результати за підшкалою А — «Тривога» (HADS-A) виявили наступний розподіл:

45 військовослужбовців (56,25%) мають нормальний рівень тривоги, що свідчить про їхню стабільність і відсутність клінічно значущих симптомів.

18 військовослужбовців (22,5%) мають підвищений рівень тривоги. Цей стан може бути пов'язаний зі стресовими факторами, але не є розладом. Тим не менш, ці військовослужбовці можуть потребувати профілактичних заходів або підтримки.

17 військовослужбовців (21,25%) мають клінічно значущий рівень тривоги. Це вимагає подальшого обстеження та психологічного втручання.

Результати за підшкалою D — «Депресія» (HADS-D) показали такий розподіл:

52 військовослужбовці (65%) не мають клінічно значущих симптомів депресії. Це вказує на їхню високу психологічну стійкість.

14 військовослужбовців (17,5%) мають субклінічні симптоми депресії, такі як ангедонія або втрата інтересу². Ці особи знаходяться в групі ризику.

14 військовослужбовців (17,5%) мають клінічно значущий рівень депресії, що вимагає психологічної допомоги та терапії.

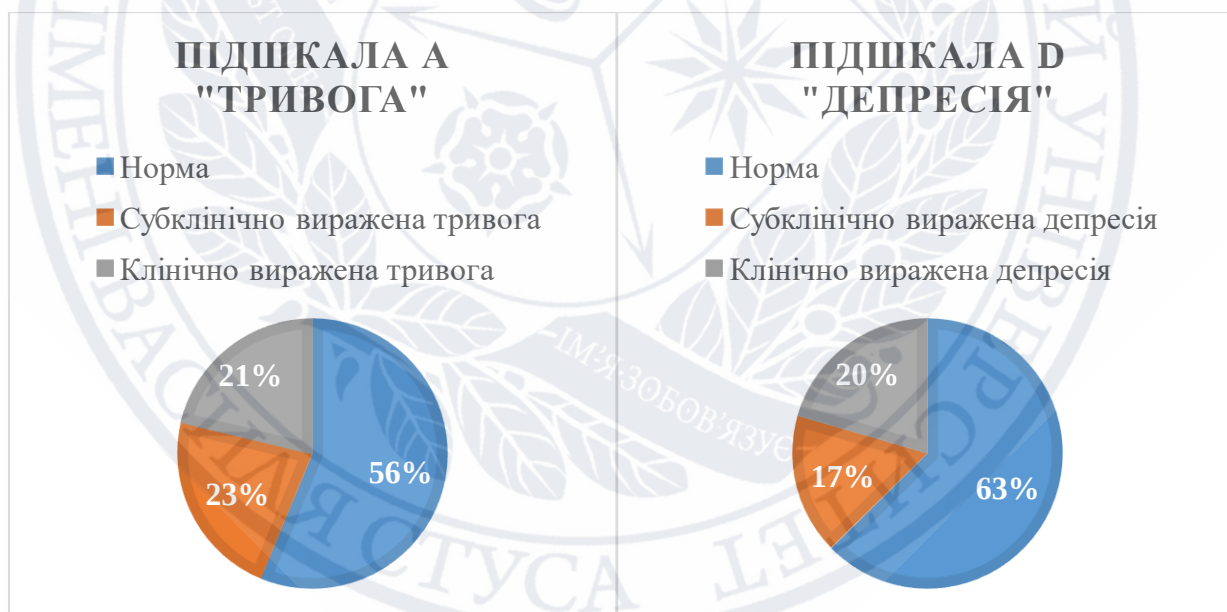


Рис. 3.1 – Результати дослідження військовослужбовців за шкалою HADS

Результати дослідження за шкалою HADS показують, що, хоча більшість військовослужбовців мають нормальний психологічний стан, значний відсоток з них перебуває в групі ризику або вже має виражені клінічні прояви тривоги (21,25%) та депресії (17,5%). Це підкреслює необхідність регулярного

психологічного моніторингу та своєчасного надання психологічної допомоги у військовому середовищі. Особливу увагу слід приділити військовослужбовцям із субклінічно вираженими симптомами, оскільки їхній стан може погіршитися.

Оцінка військовослужбовців за шкалою PCL-5 дозволила виявити рівень симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) (рис. 3.2). На основі цих даних було виділено наступні групи:

44 військовослужбовці (55%) не виявили клінічно значущих симптомів ПТСР. Їхні показники знаходяться нижче порогового значення для можливого діагнозу.

25 військовослужбовців (31,25%) набрали від 20 до 32 балів. Це є пороговим значенням, що вказує на наявність симптомів ПТСР, але без повної клінічної картини. Такі особи потребують уваги, оскільки їхній стан може погіршитися без відповідної підтримки.

11 військовослужбовців (13,75%) набрали 33 бали або більше, що відповідає клінічно значущому рівню симптомів ПТСР і може слугувати підставою для встановлення попереднього діагнозу. Ці військовослужбовці потребують негайної психологічної допомоги.

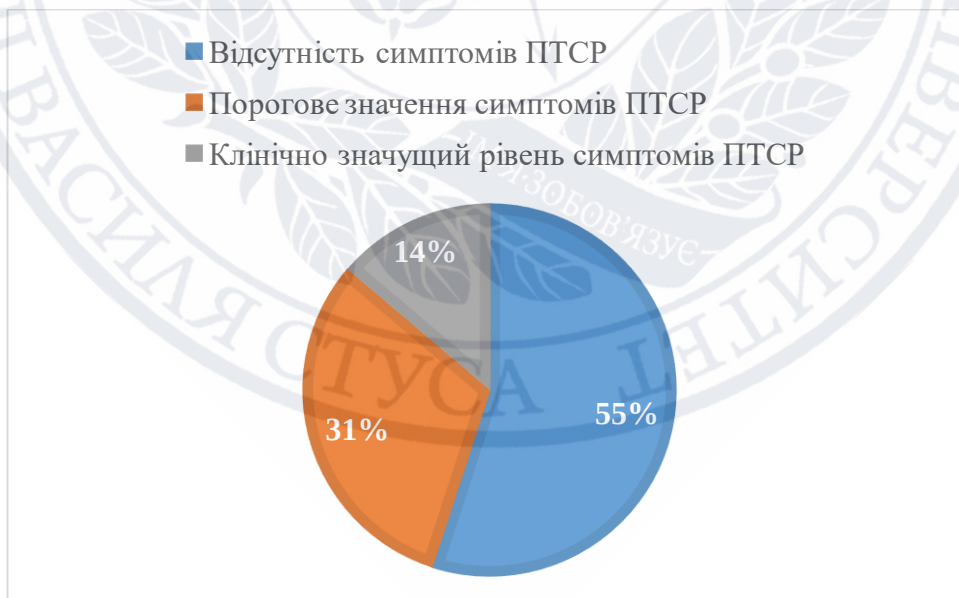


Рис. 3.2 – Розподіл результатів за шкалою PCL-5

Для повнішої картини було проведено аналіз вираженості симптомів за чотирма кластерами DSM-5 (табл. 3.2):

Таблиця 3.2 - Описова статистика підшкाल PCL-5

Підшкала	M SD	±	Min	Max	Медіана	Можливий діапазон	% від максимуму
Повторне переживання (B)	4.2 3.1	±	0	14	4.0	0-20	21.0%
Уникнення (C)	5.8 2.4	±	0	8	6.0	0-8	72.5%
Негативні когніції та настрій (D)	9.1 4.7	±	0	24	9.0	0-28	32.5%
Збудження і реактивність (E)	8.3 3.9	±	0	18	8.0	0-24	34.6%

Уникнення (72,5% від максимуму) - найбільш виражений кластер, середній бал склав 5,8 (з можливих 8). Цей показник вказує, що значна частина військовослужбовців схильна уникати думок, почуттів або ситуацій, пов'язаних з травмою.

Збудження і реактивність (34,6%) - свідчить про часті прояви драгівливості, агресивності, ризикованої поведінки та проблем з концентрацією уваги.

Негативні когніції та настрій (32,5%) - Це найвищий показник, що вказує на поширеність симптомів, таких як негативні переконання про себе чи світ, відчуття відчуження, втрата інтересу до раніше улюблених занять.

Повторне переживання (21,0%) - найменш виражений кластер, що свідчить про відносно кращий контроль над нав'язливими спогадами або нічними жахами.

Таким чином, результати дослідження показують, що 13,75% військовослужбовців мають високу ймовірність ПТСР, що потребує негайного втручання. Крім того, 31,25% перебувають у групі ризику, що свідчить про необхідність профілактичних програм. Особливу увагу слід приділити роботі з симптомами негативних змін у когніціях та настрої, які виявилися найбільш вираженими у військовослужбовців, що може бути пов'язано з тривалим впливом стресових факторів.

Оцінювання досліджуваних за опитувальником тривоги Бека (BAI) дозволило визначити тяжкість суб'єктивно пережитих симптомів тривоги (рис. 3.3). Аналіз отриманих даних виявив наступний розподіл респондентів за ступенем вираженості тривожних симптомів:

40. військовослужбовців (50%) продемонстрували мінімальний рівень тривоги. Це свідчить про їхню стійкість до стресу та ефективне управління емоціями в умовах, що не провокують надмірну тривожну реакцію.

20 військовослужбовців (25%) набрали бали, що відповідають легкому рівню тривоги. Цей стан може бути ситуативним та пов'язаним з поточною діяльністю, але не досягає клінічно значущих показників.

12 військовослужбовців (15%) показали помірно виражені симптоми тривоги, що може впливати на їхню концентрацію уваги, сон та загальне самопочуття. Ця група потребує індивідуальної психологічної консультації для запобігання погіршенню стану.

8 військовослужбовців (10%) набрали бали, що відповідають важкій тривозі. Цей рівень вказує на виражені симптоми, які значно впливають на повсякденну діяльність, та вимагає негайного клінічного втручання та надання психологічної допомоги.

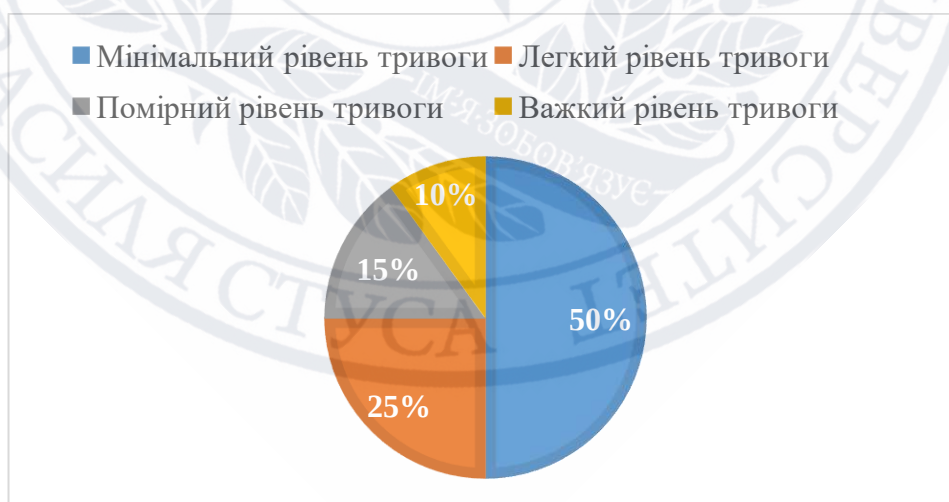


Рис. 3.3 – Розподіл вибірки за рівнем тривоги за методикою тривоги Бека

Для виявлення взаємозв'язків між різними аспектами психологічного стану військовослужбовців було проведено кореляційний аналіз за допомогою

коефіцієнта рангової кореляції Спірмена (ρ). Результати представлено в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 - Матриця кореляцій між показниками психологічного стану військовослужбовців ($n=80$)

Методика	GAD-7	HADS-A	HADS-D	PCL-5	BAI
GAD-7	1.00	0.82**	0.54**	0.67**	0.79**
HADS-A	0.82**	1.00	0.61**	0.59**	0.75**
HADS-D	0.54**	0.61**	1.00	0.71**	0.48**
PCL-5	0.67**	0.59**	0.71**	1.00	0.63**
BAI	0.79**	0.75**	0.48**	0.63**	1.00

Примітка: ** $p < 0.01$

Аналіз кореляції виявив статистично значущі взаємозв'язки між усіма досліджуваними показниками. Встановлено дуже сильний позитивний кореляційний зв'язок між генералізованою тривогою (GAD-7) та двома іншими загальновизнаними шкалами тривоги (HADS-A та BAI). Це означає, що чим вищий рівень генералізованої тривоги, виміряний за GAD-7, тим вищий рівень тривоги, виміряний за HADS-A та BAI. Високі значення p (близько до +1.0) підтверджують, що ці шкали в значній мірі оцінюють одну й ту саму латентну (приховану) змінну — тривожність.

Помітний високий зв'язок між GAD-7 та BAI ($\rho=0.79$), що свідчить про значущість соматичних проявів тривоги у військовослужбовців. Це може бути пов'язано з тим, що в умовах постійної загрози тривога часто проявляється через фізичні симптоми.

Важливим є помітний, але статистично значущий зв'язок між показниками травматичного стресу (PCL-5) та депресивними симптомами (HADS-D) ($\rho=0.71$), що вказує на високу коморбідність цих розладів у військовому середовищі.

Для більш детального розуміння специфіки травматичного стресу було проаналізовано кореляції між підшкалами PCL-5 та показниками тривоги (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 - Кореляції підшкал PCL-5 з показниками тривоги

Підшкала PCL-5	M ± SD	GAD-7	HADS-A	BAI	Інтерпретація
Повторне переживання	4.2 ± 3.1	0.45**	0.41**	0.38**	Помірний зв'язок
Уникнення	5.8 ± 2.4	0.52**	0.48**	0.44**	Помірний зв'язок
Негативні когніції	9.1 ± 4.7	0.73**	0.68**	0.58**	Сильний зв'язок
Збудження і реактивність	8.3 ± 3.9	0.69**	0.64**	0.72**	Сильний зв'язок

Примітка: ** $p < 0.01$

Результати показують, що підшкали "Негативні зміни в когніціях та настрої" та "Зміни в збудженні та реактивності" мають найсильніші кореляції з показниками тривоги. Це підтверджує когнітивну модель тривожних розладів і вказує на те, що саме ці аспекти ПТСР найбільше пов'язані з генералізованою тривогою у військовослужбовців.

Найслабший зв'язок спостерігається для підшкали "Повторне переживання", що може свідчити про те, що інтрузивні спогади менш пов'язані з загальною тривожністю, ніж когнітивні спотворення та підвищена пильність.

Для виявлення типологічних груп військовослужбовців було проведено кластерний аналіз методом k-means. Як змінні для кластеризації використовувались стандартизовані показники GAD-7, HADS-A, HADS-D та загальний бал PCL-5. Оптимальна кількість кластерів ($k=4$) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 - Характеристики кластерів військовослужбовців за психологічним станом

Кластер	n (%)	GAD-7 M±SD	HADS-A M±SD	HADS-D M±SD	PCL-5 M±SD
Психологічно стійкі	28 (35.0%)	3.2 ± 1.8	4.1 ± 2.1	3.8 ± 1.9	12.4 ± 6.2
Тривожні	22 (27.5%)	12.4 ± 2.1	11.8 ± 1.9	5.2 ± 2.3	18.7 ± 7.8
Травматизовані	16 (20.0%)	7.8 ± 2.9	8.1 ± 2.4	11.3 ± 2.7	38.2 ± 8.9

Продовження таблиці 3.5					
Коморбідні	14 (17.5%)	15.7 ± 2.3	13.2 ± 2.1	12.8 ± 2.9	41.7 ± 9.1

Однофакторний дисперсійний аналіз показав статистично значущі відмінності між кластерами за всіма показниками ($p < 0.001$).

Кластер 1 "Психологічно стійкі" (35.0%) - найбільша група, що характеризується низькими показниками за всіма методиками. Ці військовослужбовці демонструють високу адаптивність та ефективні копінг-стратегії. Вони потребують підтримуючих заходів для збереження психологічного здоров'я.

Кластер 2 "Тривожні" (27.5%) - характеризується високими показниками генералізованої тривоги при відносно низьких показниках депресії та ПТСР. Це профіль, де домінує тривога. Це може свідчити про первинні тривожні розлади, не пов'язані безпосередньо з травматичним досвідом. Потребують спеціалізованої терапії тривожних розладів.

Кластер 3 "Травматизовані" (20.0%) - відзначається високими показниками ПТСР при помірних рівнях тривоги. Це профіль, де домінує травматичний стрес - класичний профіль посттравматичного стресового розладу. Потребують травма-фокусованої терапії.

Кластер 4 "Коморбідні" (17.5%) - найменша, але найважча група з високими показниками за всіма шкалами, що підтверджує наявність множинного дистресу. Ці військовослужбовці потребують комплексного, мультимодального підходу до лікування.

З метою перевірки відмінностей за всіма досліджуваними показниками у чотирьох виділених кластерах (K1-K4), було використано непараметричний критерій Манна-Вітні (див. додаток А).

Таким чином, ми можемо побачити, що кластер 1 статистично значущо відрізняється від усіх інших кластерів за всіма показниками (всі $p < 0.05$ і більшість $p < 0.001$). Це остаточно підтверджує, що група "Адаптовані" є чітко відокремленою і характеризується найнижчим рівнем дистресу. Найбільший

контраст спостерігається з Кластером 4 ("Коморбідні") з Дуже великою силою ефекту за всіма чотирма шкалами.

Кластери 2 та 4 не мають статистично значущих відмінностей у рівнях генералізованої тривоги (GAD-7 та HADS-A). Це означає, що обидві групи мають однаково високий рівень тривожності. Проте вони значущо відрізняються за показниками депресії та ПТСР ($p < 0.001$ для обох), які є вищими у Кластері 4. Саме високий рівень супутніх депресивних та посттравматичних симптомів робить групу 4 "Коморбідною" і відрізняє її від "Тривожних".

Кластери 3 та 4 не мають статистично значущих відмінностей у рівнях депресії (HADS-D) та ПТСР (PCL-5). Це вказує на те, що обидві групи мають однаково важкий ступінь травматичного та депресивного дистресу. Однак Кластер 4 має значущо вищу генералізовану тривогу (GAD-7 та HADS-A, $p < 0.001$). Тобто, "Коморбідна" група (К4) — це "Травматизована" група (К3) з додаванням високого рівня генералізованої тривоги.

Кластери 2 та 3 значущо відрізняються за всіма показниками.

- Кластер 2 має значущо вищу генералізовану тривогу (GAD-7/HADS-A).
- Кластер 3 має значущо вищі показники депресії та ПТСР.

Це підтверджує, що кластеризація успішно розділила військовослужбовців на дві окремі групи: тих, у кого домінує тривога (Кластер 2), і тих, у кого домінує травматичний стрес та депресія (Кластер 3).

Результати парних порівнянь чітко демонструють, що кластерне рішення є високо валідним та сепарабельним. Всі чотири групи є статистично чіткими та мають унікальні психологічні профілі:

- К1 ("Адаптовані") - найнижчі показники за всіма шкалами.
- К2 ("Тривожні") - висока тривога при низьких/помірних ПТСР/Депресії.
- К3 ("Травматизовані") - домінування ПТСР і Депресії при помірній тривозі.
- К4 ("Коморбідні") - критично високі показники за всіма шкалами.

Враховуючи статистичний аналіз отриманих результатів дослідження, гіпотеза: «психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни характеризуються специфічною факторною структурою, високою поширеністю клінічно значущих симптомів, значущими кореляційними зв'язками з травматичним стресом та депресією», - підтвердилась. Результати чітко демонструють, що прояви тривоги у військовослужбовців характеризуються специфічним, неоднорідним патерном, підтверджуючи існування складної факторної структури.

3.2. Тренінг подолання рівня тривоги у військовослужбовців.

На основі отриманих даних проведеного дослідження, було розроблено тренінгову програму «Стійкість» (див. додаток Б). Було виділено чотири типологічні групи військовослужбовців, для кожної з яких передбачено специфічні акценти:

1. Акцент на профілактиці, підтримці ресурсів та розвитку лідерських навичок підтримки інших.
2. Поглиблена робота з техніками релаксації, когнітивна реструктуризація катастрофічних думок, управління соматичними проявами тривоги.
3. Травма-фокусована когнітивно-поведінкова терапія, техніки опрацювання травматичних спогадів, робота з провинною та сором'язливістю.
4. Інтенсивний мультимодальний підхід, індивідуальний супровід паралельно з груповою роботою, можлива медикаментозна підтримка.

Програма "Стійкість" є структурованою та науково обґрунтованою інтервенцією, розробленою для цільового зниження психологічного дистресу у військовослужбовців. Вона поєднує доказові методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та травма-фокусованої терапії, адаптовані до потреб осіб із високим рівнем тривоги, депресії та симптомів ПТСР.

Програма базується на інтеграції чотирьох провідних теоретичних моделей психології травми та тривожних розладів:

1. Когнітивно-поведінкова модель тривожних розладів, яка постулює, що дезадаптивні автоматичні думки та когнітивні спотворення є центральними у розвитку та підтримці тривожної симптоматики.

2. Нейробіологічна модель ПТСР, що пояснює механізми формування травматичних спогадів через дисфункцію амігдали, гіпокампу та префронтальної кори.

3. Полівагальна теорія, яка обґрунтовує використання техніки саморегуляції через вплив на автономну нервову систему.

4. Концепція посттравматичного зростання, що передбачає можливість позитивних психологічних змін внаслідок роботи з травматичним досвідом.

Метою даної програми являлось зниження рівня тривоги, депресії та симптомів ПТСР у військовослужбовців шляхом розвитку навичок психологічної саморегуляції та адаптивних копінг-стратегій.

Завдання програми:

1. Психоедукація щодо механізмів стресу, тривоги та ПТСР
2. Формування навичок тілесно-орієнтованої саморегуляції
3. Розвиток когнітивних навичок ідентифікації та модифікації дезадаптивних думок
4. Опрацювання травматичних спогадів у безпечному середовищі
5. Робота з провинною виживання та моральною травмою
6. Розбудова системи соціальної підтримки
7. Формування індивідуального плану профілактики рецидивів.

Програма складається з 12 сесій тривалістю 90 хвилин кожна, розподілених на 6 тижнів (2 сесії на тиждень). Заняття проводяться у груповому форматі (8-10 осіб) з можливістю індивідуального супроводу за потреби.

Розроблена нами програма складалась із кількох блоків:

Блок 1. Психоедукація та самооцінка

- Лекційний матеріал про фізіологію стресу, тривоги та ПТСР
- Вправи на усвідомлення індивідуальних стресорів
- Техніки тілесного сканування

Блок 2. Техніки саморегуляції

- Діафрагмальне дихання
- Прогресивна м'язова релаксація (метод Джейкобсона)
- Техніки візуалізації (безпечне місце, візуалізація успіху)
- Техніка контейнера для нав'язливих думок

Блок 3. Когнітивні техніки

- Щоденник думок (виявлення автоматичних думок)
- Ідентифікація когнітивних спотворень
- Письмовий експозиційний протокол
- Техніка СТОП при флешбеках
- Робота з провиною та самообвинуваченням

Блок 4. Соціальна підтримка та комунікація

- Карта соціальних зв'язків
- Навички самоадвокації
- Комунікація про травму
- Встановлення особистих меж

Блок 5. Профілактика рецидивів

- Ідентифікація тригерів та ранніх ознак погіршення
- Індивідуальний план подолання кризи
- Планування майбутнього
- Ритуал завершення програми

Програма активно використовує груповий формат для забезпечення групової згуртованості, взаємної підтримки та нормалізації досвіду. Кожна сесія інтегрує діалогову взаємодію, рольові ігри, парні та групові вправи.

Обмеження програми:

1. Програма не є замінником медикаментозного лікування при важких формах ПТСР;
2. Потребує мотивації учасників та готовності до регулярної участі;
3. Може викликати тимчасове загострення симптоматики при опрацюванні травматичного матеріалу;

4. Груповий формат може не підходити для осіб з важкими формами соціофобії;

5. Потребує адаптації при роботі з учасниками з різним рівнем освіти.

Програма може бути впроваджена у:

- Військових госпіталях та реабілітаційних центрах
- Центрах психологічної підтримки ветеранів
- Громадських організаціях ветеранського спрямування
- Медико-психологічних центрах

Програма "Стійкість" представляє собою структуровану, науково обґрунтовану інтервенцію для зниження психологічного дистресу у військовослужбовців. Інтеграція доказових методів, диференційований підхід та комплексна оцінка ефективності забезпечують методологічну обґрунтованість програми та її потенціал для впровадження у систему психологічної допомоги військовослужбовцям України.

3.3. Аналіз ефективності тренінгової програми для подолання тривоги у військовослужбовців.

На основі проведеного дослідження та розробленої тренінгової програми було здійснено

Для перевірки ефективності програми було залучено 20 військовослужбовців (17 чоловіків, 3 жінки) віком від 23 до 44 років, які пройшли первинну діагностику та виявили підвищені показники тривоги та/або симптоми ПТСР. Статистичний аналіз був виконаний методом парного t-критерію Стьюдента

Аналіз показав статистично високо значуще зниження рівня генералізованої тривоги після впровадження програми (твбл. 3.6).

Таблиця 3.6 - Динаміка показників генералізованої тривоги (GAD-7) до та після програми

Показник	До програми (T1) M±SD	Після програми (T2) M±SD	Різниця у показниках	t	p
GAD-7 загальний бал	12.8 ± 4.1	7.1 ± 3.4	-5.7	7.42	<0.001

Середній бал за GAD-7 знизився на 5.7 бала. Зміна є високо значущою, що свідчить про те, що досягнутий ефект не є випадковим. Зниження загального балу на 44.5% є клінічно вагомим результатом.

Розподіл військовослужбовців за клінічними категоріями GAD-7 підтверджує не лише статистичну, а й клінічну ефективність програми (Таблиця 3.7).

Таблиця 3.7 - Розподіл учасників за категоріями тяжкості GAD-7

Категорія тривоги	Діапазон балів	До програми n (%)	Після програми n (%)	Динаміка
Відсутність симптомів	0-4	0 (0%)	4 (22.2%)	+4
Легка тривога	5-9	3 (16.7%)	9 (50.0%)	+6
Помірна тривога	10-14	10 (55.6%)	4 (22.2%)	-6
Важка тривога	15-21	5 (27.8%)	1 (5.6%)	-4
РАЗОМ клінічно значущі (≥ 10)		15 (83.3%)	5 (27.8%)	-10 (-55.5%)

Кількість військовослужбовців із клінічно значущою тривогою зменшилася більш ніж удвічі: з 15 осіб (83.3%) до 5 осіб (27.8%) після програми. Це становить зниження на 55.5% у групі клінічного ризику. Після програми 50% учасників (9 осіб) досягли рівня легкої тривоги, що є оптимальним функціональним станом. Крім того, 4 особи (22.2%) перейшли до категорії відсутності симптомів, тоді як до програми таких осіб не було. Кількість осіб із важкою тривогою (15-21 балів) скоротилася з 5 осіб до 1 особи. Результати свідчать про те, що психологічна програма призвела до кардинального

перерозподілу військовослужбовців із зони клінічного дистресу у зону адаптації, підтверджуючи її високу терапевтичну ефективність.

За шкалою госпітальної тривоги та депресії (HADS) було встановлено статистично високо значуще зниження показників за обома підшкалами (HADS-A та HADS-D) після проходження військовослужбовцями програми (табл. 3.8).

Таблиця 3.8 - Динаміка показників за шкалою HADS до та після програми

Підшкала	До програми (T1) M±SD	Після програми (T2) M±SD	Різниця у показниках	t	p
HADS-A (Тривога)	11.6 ± 2.9	6.9 ± 3.1	-4.7	6.91	<0.001
HADS-D (Депресія)	8.9 ± 3.6	6.2 ± 3.0	-2.7	3.84	0.001

Середній бал тривоги знизився на 4.7 бала. Встановлено високу статистичну значущість, що підтверджує значний вплив програми на зменшення тривожної симптоматики. Середній бал депресії також знизився на 2.7 бала. Таке зниження є статистично значущим. Цей ефект, хоча і менший, ніж для тривоги, є вагомим, зважаючи на те, що депресивна симптоматика часто потребує тривалішого часу для стійкої редукції.

Аналіз результатів після тренінгу учасників за клінічними категоріями HADS підкреслює клінічну ефективність програми (табл. 3.9).

Таблиця 3.9 - Клінічно значуща динаміка рівнів дистресу

Рівень	Діапазон балів	До програми n (%)	Після програми n (%)	Динаміка
HADS-A				
Норма	0-7	2 (11.1%)	10 (55.6%)	+8
Субклінічна тривога	8-10	5 (27.8%)	5 (27.8%)	0
Клінічно значуща тривога	11-21	11 (61.1%)	3 (16.7%)	-8
HADS-D				
Норма	0-7	8 (44.4%)	12 (66.7%)	+4
Субклінічна депресія	8-10	6 (33.3%)	4 (22.2%)	-2
Клінічно значуща депресія	11-21	4 (22.2%)	2 (11.1%)	-2

Ми визначили, що кількість осіб із клінічно значущою тривогою знизилася на 72.75. Кількість військовослужбовців з нормальним рівнем тривоги зростає в 5 разів. Кількість осіб із клінічно значущою депресією знизилася на 50%, тобто зменшилася вдвічі. Кількість військовослужбовців з нормальним рівнем депресії збільшилася з 44,4% до 66,7%. Таким чином, програма продемонструвала високу ефективність у короткостроковій перспективі, особливо у швидкій редукції тривожної симптоматики (HADS-A). Зниження показників депресії (HADS-D) є статистично значущим, що свідчить про позитивний вплив програми на загальний емоційний стан військовослужбовців.

Аналіз динаміки показників за шкалою PCL-5 продемонстрував високу ефективність програми у редукції симптомів травматичного стресу (табл. 3.10).

Таблиця 3.10 - Динаміка показників за шкалою PCL-5 до та після програми

Показник	До програми (T1) M±SD	Після програми (T2) M±SD	Різниця у показниках	t	p
PCL-5 загальний бал	30.7 ± 11.8	20.9 ± 10.2	-9.8	5.23	<0.001

Загальний бал PCL-5 знизився на 9.8 бала. Зниження є високо значущим, що підтверджує ефективність травма-фокусованих компонентів програми.

Повторна діагностика військовослужбовців за категоріями ПТСР свідчить про значний позитивний вплив програми (табл. 3.11).

Таблиця 3.11 - Розподіл учасників за категоріями симптомів ПТСР (PCL-5)

Категорія	Діапазон балів	До програми n (%)	Після програми n (%)	Динаміка
Відсутність ПТСР	0-19	3 (16.7%)	8 (44.4%)	+5
Підпорогові симптоми	20-32	9 (50.0%)	8 (44.4%)	-1
Клінічний ПТСР	33-80	6 (33.3%)	2 (11.1%)	-4

Кількість військовослужбовців з ознаками клінічного ПТСР зменшилася утричі. Кількість осіб у категорії "Відсутність ПТСР» зросла з 16,7% до 44,4%.

Програма вплинула на всі чотири кластери симптомів ПТСР, проте з різною інтенсивністю (табл. 3.12).

Таблиця 3.12 - Динаміка за підшкалами (кластерами) PCL-5

Підшкала (кластер)	Діапазон	До програм и $M \pm SD$	Після програм и $M \pm SD$	Різниця показників	% зниження	t	p
В: Повторне переживання	0-20	4.9 ± 3.6	3.0 ± 2.8	-1.9	38.8%	2.84	0.001*
С: Уникнення	0-8	6.3 ± 2.0	4.6 ± 2.3	-1.7	27.0%	3.21	0.005**
Д: Негативні когніції та настрої	0-28	10.4 ± 5.1	6.8 ± 4.1	-3.6	34.6%	4.02	0.001**
Е: Збудження і реактивність	0-24	9.1 ± 4.4	6.5 ± 3.6	-2.6	28.6%	3.15	0.005**

Найбільше абсолютне зниження продемонстрував кластер D: Негативні когніції та настрої. Це свідчить про високу ефективність когнітивної реструктуризації, що призвело до зменшення негативних переконань про себе та світ. Найбільший відсоток зниження показав кластер В: Повторне переживання, що вказує на ефективність застосованих технік (наприклад, СТОП-техніки, контейнера) для контролю інтрузивних спогадів та нічних кошмарів. Кластер С: Уникнення продемонстрував найменше абсолютне зниження і залишався найбільш вираженим за відсотком від максимуму після програми. Це підтверджує, що уникнення є найбільш резистентним симптомом, що вимагає, як правило, подовженої експозиційної терапії. Кластер Е: Збудження і реактивність також значущо знизився, що свідчить про успішну роботу технік релаксації та покращення якості сну.

Програма виявилася високоефективною у зменшенні симптомів ПТСР, знизивши загальний бал на третину та утримав зменшивши кількість військовослужбовців з клінічно значущим ПТСР. Особливо ефективними були компоненти, спрямовані на когнітивну реструктуризацію та контроль інтрузій. Необхідно враховувати, що симптоми уникнення залишаються найбільш стійкими, що є типовим для травма-фокусованої роботи.

Аналіз динаміки показників за Опитувальником тривоги Бека (BAI), який фокусується на соматичних та когнітивних проявах тривоги також підтвердив ефективність програми (табл. 3.13).

Таблиця 3.13 - Динаміка показників за шкалою BAI до та після програми

Показник	До програми (T1) M±SD	Після програми (T2) M±SD	Різниця у показниках	t	p
BAI загальний бал	23.4 ± 8.9	14.8 ± 7.2	-8.6	5.86	<0.001

Середній бал за BAI знизився на 8.6 бала. Такт зниження є високо значущим ($p < 0.001$). Високий ефект програми може пояснюватися тим, що програма включала тілесно-орієнтовані техніки (дихання, релаксація), які безпосередньо спрямовані на соматичні прояви тривоги.

Також ми провели порівняльний аналіз рівнів тривоги (табл. 3.14).

Таблиця 3.14 - Розподіл учасників за рівнями тривоги (BAI)

Рівень тривоги	Діапазон балів	До програми n (%)	Після програми n (%)	Динаміка
Мінімальна тривога	0-7	1 (5.6%)	6 (33.3%)	+5
Легка тривога	8-15	4 (22.2%)	7 (38.9%)	+3
Помірна тривога	16-25	9 (50.0%)	4 (22.2%)	-5
Важка тривога	26-63	4 (22.2%)	1 (5.6%)	-3
РАЗОМ клінічно значущі (≥ 16)		13 (72.2%)	5 (27.8%)	-8 (-61.5%)

Ми визначили, що після програми 72.2% учасників досягли мінімального або легкого рівня тривоги, що свідчить про успішну стабілізацію фізіологічних та емоційних реакцій.

Психологічна програма продемонструвала високу, багатоаспектну та клінічно значущу ефективність, забезпечивши швидкий і значний перехід військовослужбовців із зон високого психологічного дистресу та ризику у зони адаптації та нормального функціонування.

Висновок до 3 розділу

У третьому розділі представлено комплексний аналіз емпіричних даних про рівень тривоги у військовослужбовців, розроблено та апробовано тренінгову програму "Стійкість", а також здійснено оцінку її ефективності.

Аналіз та інтерпретація даних дозволили виявити значну поширеність клінічно значущих симптомів тривоги серед досліджуваних військовослужбовців. За шкалою GAD-7 37,5% респондентів продемонстрували показники, що вимагають подальшого клінічного обстеження, при цьому 13,75% виявили важкий рівень генералізованої тривоги. Результати за шкалою HADS підтвердили високу коморбідність тривожних та депресивних розладів: 21,25% військовослужбовців мали клінічно значущу тривогу, а 17,5% - клінічно значущу депресію.

Особливо важливим є виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу за шкалою PCL-5: 13,75% досліджуваних мали високу ймовірність ПТСР, а 31,25% перебували в групі ризику з підпороговими симптомами. Аналіз за підшкалами ПТСР показав, що найбільш вираженими є симптоми уникнення (72,5% від максимуму) та змін у збудженості й реактивності (34,6%), що відображає специфіку адаптаційних механізмів в умовах бойових дій.

Кореляційний аналіз виявив статистично значущі взаємозв'язки між усіма досліджуваними показниками. Встановлено дуже сильні позитивні кореляції між генералізованою тривогою (GAD-7) та іншими шкалами тривоги (HADS-A: $\rho=0.82$, BAI: $\rho=0.79$), що підтверджує конвергентну валідність інструментів. Важливим є помірний, але значущий зв'язок між травматичним стресом (PCL-5) та депресією (HADS-D) ($\rho=0.71$), що вказує на високу коморбідність цих розладів у військовому середовищі. Підшкали "Негативні зміни в когніціях та настрої"

($\rho=0.73$) та "Зміни в збудженні та реактивності" ($\rho=0.69$) продемонстрували найсильніші кореляції з показниками тривоги, підтверджуючи когнітивну модель тривожних розладів.

Кластерний аналіз дозволив виокремити чотири типологічні групи військовослужбовців з різними профілями психологічного дистресу:

Кластер 1 "Психологічно стійкі" (35,0%) - з низькими показниками за всіма методиками, що демонструють високу адаптивність;

Кластер 2 "Тривожні" (27,5%) - з високою генералізованою тривогою при відносно низьких показниках депресії та ПТСР;

Кластер 3 "Травматизовані" (20,0%) - з домінуванням симптомів ПТСР при помірних рівнях тривоги;

Кластер 4 "Коморбідні" (17,5%) - з критично високими показниками за всіма шкалами, що потребують найбільш інтенсивного втручання.

Парні порівняння кластерів за критерієм Манна-Вітні підтвердили високу валідність та сепарабельність виділених груп (всі $p<0.05$), що свідчить про існування чітких типологічних профілів психологічного дистресу у військовослужбовців. Отримані результати повністю підтвердили дослідницьку гіпотезу про те, що психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців характеризуються специфічною факторною структурою, високою поширеністю клінічно значущих симптомів та значущими кореляційними зв'язками з травматичним стресом і депресією.

На основі результатів діагностики було розроблено структуровану тренінгову програму "Стійкість", що інтегрує доказові методи когнітивно-поведінкової терапії та травма-фокусованої терапії. Програма складається з 12 сесій тривалістю 90 хвилин кожна, організованих у п'ять тематичних блоків: психоедукація та самооцінка, техніки саморегуляції, когнітивні техніки, соціальна підтримка та комунікація, профілактика рецидивів. Теоретичне обґрунтування програми базується на чотирьох провідних моделях: когнітивно-поведінковій моделі тривожних розладів, нейробіологічній моделі ПТСР, полівагальній теорії та концепції посттравматичного зростання.

Програма передбачає диференційований підхід до роботи з кожним з виділених кластерів: профілактичну підтримку для психологічно стійких, поглиблену роботу з техніками релаксації та когнітивною реструктуризацією для тривожних, травма-фокусовану терапію для травматизованих, та інтенсивний мультимодальний підхід для коморбідної групи.

Апробація програми продемонструвала її високу ефективність за всіма досліджуваними параметрами. Статистичний аналіз методом парного t-критерію Стьюдента виявив статистично високо значущі зміни (всі $p < 0.001$) за основними показниками:

За шкалою GAD-7 середній бал знизився на 5,7 бала (44,5%). Кількість військовослужбовців із клінічно значущою тривогою зменшилася на 55,5% - з 15 осіб (83,3%) до 5 осіб (27,8%).

За шкалою HADS-A середній бал тривоги знизився на 4,7 бала, $t=6.91$, $p < 0.001$. Кількість осіб із клінічно значущою тривогою зменшилася на 72,7% - з 11 осіб (61,1%) до 3 осіб (16,7%).

За шкалою HADS-D середній бал депресії знизився на 2,7 бала, $t=3.84$, $p=0.001$. Кількість осіб із клінічно значущою депресією зменшилася на 50% - з 4 осіб (22,2%) до 2 осіб (11,1%).

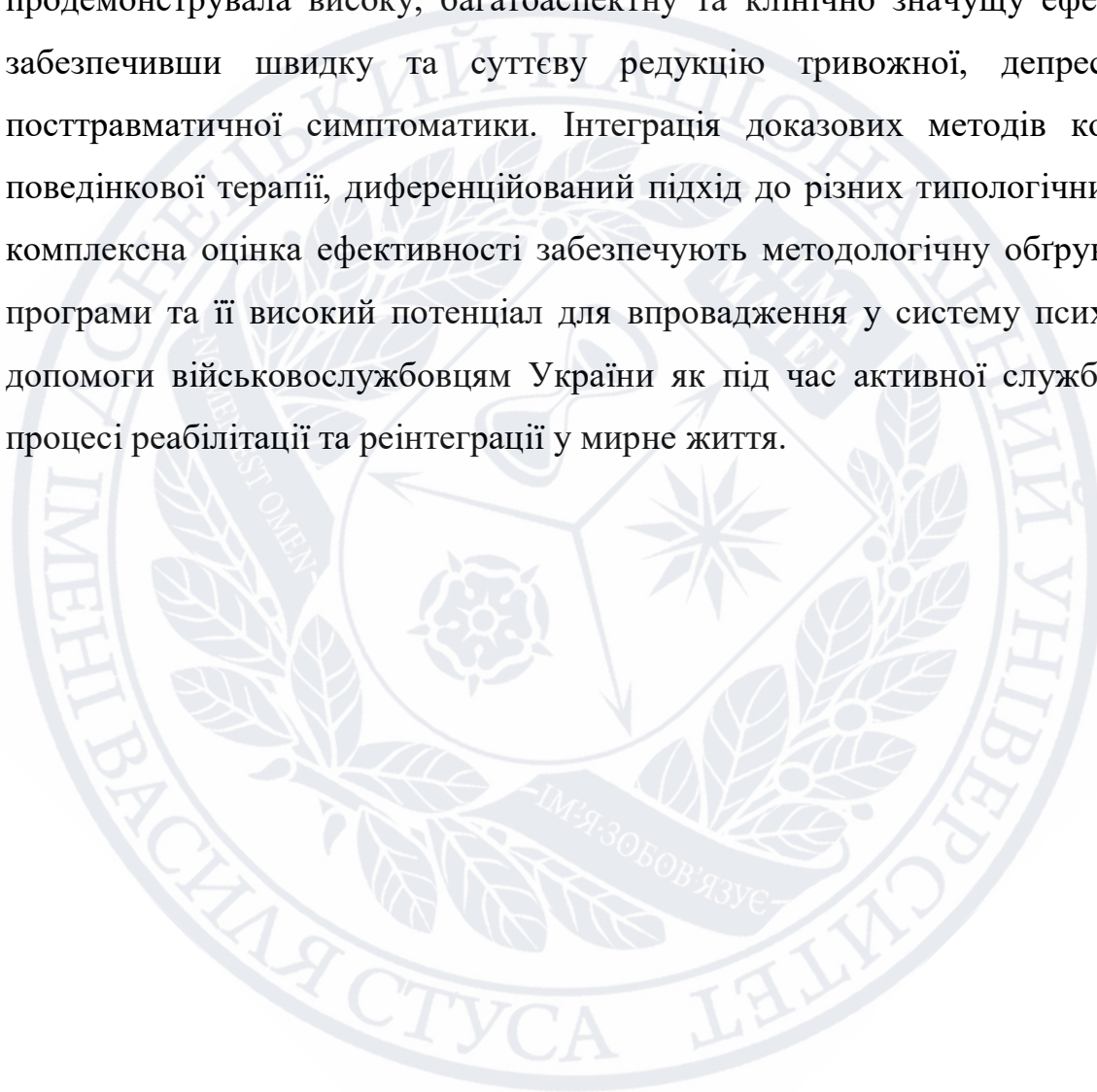
За шкалою PCL-5 загальний бал знизився на 9,8 бала (31,9%), $t=5.23$, $p < 0.001$. Кількість військовослужбовців з ознаками клінічного ПТСР зменшилася утричі - з 6 осіб (33,3%) до 2 осіб (11,1%).

За шкалою BAI середній бал знизився на 8,6 бала (36,8%), $t=5.86$, $p < 0.001$. Кількість осіб із клінічно значущою тривогою зменшилася на 61,5% - з 13 осіб (72,2%) до 5 осіб (27,8%).

Аналіз динаміки за підшкалами PCL-5 показав, що програма ефективно впливала на всі чотири кластери симптомів ПТСР: найбільший відсоток зниження продемонстрував кластер "Повторне переживання" (38,8%), найбільше абсолютне зниження - кластер "Негативні когніції та настрої" (3,6 бала), що підтверджує ефективність когнітивної реструктуризації та техніки контролю інтрузивних спогадів.

Клінічна значущість отриманих результатів підтверджується кардинальним перерозподілом учасників із зон клінічного дистресу у зону адаптації та нормального функціонування. Після програми 72,2% учасників досягли мінімального або легкого рівня тривоги за різними шкалами, що є оптимальним функціональним станом для військовослужбовців.

Таким чином, розроблена та апробована програма "Стійкість" продемонструвала високу, багатоаспектну та клінічно значущу ефективність, забезпечивши швидку та суттєву редукцію тривожної, депресивної та посттравматичної симптоматики. Інтеграція доказових методів когнітивно-поведінкової терапії, диференційований підхід до різних типологічних груп та комплексна оцінка ефективності забезпечують методологічну обґрунтованість програми та її високий потенціал для впровадження у систему психологічної допомоги військовослужбовцям України як під час активної служби, так і в процесі реабілітації та реінтеграції у мирне життя.



ВИСНОВКИ

Магістреська робота присвячена актуальній проблемі дослідження психологічних особливостей прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни. Комплексний теоретико-емпіричний аналіз дозволив отримати наукові результати, що мають як теоретичне, так і практичне значення для військової психології та системи психологічної підтримки особового складу Збройних Сил України.

Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив встановити, що війна є потужним психотравмуючим чинником, який системно та пролонговано впливає на психіку військовослужбовців. У рамках транзакційної моделі стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман війна інтерпретується як хронічний стресор високої інтенсивності, де ключову роль відіграє суб'єктивна когнітивна оцінка загроз. Психологічний простір бойових дій характеризується невизначеністю, хаотичністю та непередбачуваністю, що призводить до хронічної гіперпильності, вивченої безпорадності, дезорганізації когнітивно-емоційних процесів та спотвореного сприйняття часу і простору.

Систематизовано теоретичні підходи до розуміння тривоги як психологічного феномену. Виявлено, що тривога є багатокомпонентним психологічним станом, що включає емоційний (відчуття неспокою, страху), фізіологічний (тілесні реакції активації симпатичної нервової системи) та когнітивний (негативні автоматичні думки, когнітивні спотворення) компоненти. Встановлено відмінності між нормальною адаптивною тривогою, що мобілізує ресурси організму, та патологічною тривогою, що призводить до дезорганізації діяльності та зниження боєздатності.

Визначено специфічні психологічні особливості прояву тривоги у військовослужбовців в умовах війни. Встановлено, що тривога у військовослужбовців проявляється на трьох рівнях: емоційно-когнітивному (постійне занепокоєння, нав'язливі думки про загрози, катастрофічні прогнози, емоційна нестабільність), фізіологічному (хронічна тахікардія, м'язове напруження, порушення сну, швидка втомлюваність) та поведінковому

(гіперпильність, уникнення тригерів, соціальна ізоляція, труднощі з концентрацією уваги). У військовослужбовців, які безпосередньо беруть участь у бойових діях, тривога набуває форми ситуативної реакції з елементами панічних атак, що трансформується в стійку особистісну тривожність. У тилкових підрозділах домінує генералізована тривога очікування з фокусом на невизначеності майбутнього.

Емпіричне дослідження 80 військовослужбовців Збройних Сил України з використанням валідного психодіагностичного інструментарію (GAD-7, HADS, PCL-5, BAI) виявило значну поширеність клінічно значущих симптомів тривоги. Встановлено, що 37,5% військовослужбовців мають показники генералізованої тривоги, що вимагають подальшого клінічного обстеження ($GAD-7 \geq 10$ балів), при цьому 13,75% демонструють важкий рівень тривоги. За шкалою HADS виявлено високу коморбідність тривожних та депресивних розладів: 21,25% мають клінічно значущу тривогу, 17,5% - клінічно значущу депресію. Симптоми посттравматичного стресового розладу виявлено у 13,75% військовослужбовців з клінічно значущим рівнем та у 31,25% з підпороговими проявами.

Кореляційний аналіз за допомогою коефіцієнта рангової кореляції Спірмена виявив статистично високо значущі взаємозв'язки між усіма досліджуваними показниками психологічного дистресу. Встановлено дуже сильні позитивні кореляції між генералізованою тривогою та іншими шкалами тривоги ($GAD-7$ та $HADS-A$: $\rho=0.82$, $p<0.01$; $GAD-7$ та BAI : $\rho=0.79$, $p<0.01$), що підтверджує конвергентну валідність використаних інструментів. Виявлено помірний, але статистично значущий зв'язок між травматичним стресом та депресією ($PCL-5$ та $HADS-D$: $\rho=0.71$, $p<0.01$), що вказує на високу коморбідність цих розладів у військовому середовищі. Підшкали "Негативні зміни в когніціях та настрої" ($\rho=0.73$) та "Зміни в збудженні та реактивності" ($\rho=0.69$) продемонстрували найсильніші кореляції з показниками тривоги, підтверджуючи когнітивну модель тривожних розладів.

Кластерний аналіз дозволив виокремити чотири типологічні групи військовослужбовців з різними профілями психологічного дистресу:

"Психологічно стійкі" (35,0%) з низькими показниками за всіма методиками; "Тривожні" (27,5%) з домінуванням генералізованої тривоги; "Травматизовані" (20,0%) з переважанням симптомів ПТСР; "Коморбідні" (17,5%) з критично високими показниками за всіма шкалами. Парні порівняння кластерів за критерієм Манна-Вітні підтвердили високу валідність та сепарабельність виділених груп (всі $p < 0.05$), що свідчить про існування чітких типологічних профілів психологічного дистресу. Ці результати повністю підтвердили дослідницьку гіпотезу про специфічну факторну структуру, високу поширеність клінічно значущих симптомів та значущі кореляційні зв'язки тривоги з травматичним стресом і депресією.

На основі результатів емпіричного дослідження розроблено структуровану тренінгову програму "Стійкість", що інтегрує доказові методи когнітивно-поведінкової терапії та травма-фокусованої терапії. Програма складається з 12 сесій тривалістю 90 хвилин кожна, розподілених на 6 тижнів, та включає п'ять тематичних блоків: психоедукація та самооцінка, техніки саморегуляції, когнітивні техніки, соціальна підтримка та комунікація, профілактика рецидивів. Теоретичне обґрунтування програми базується на чотирьох провідних моделях: когнітивно-поведінковій моделі тривожних розладів, нейробіологічній моделі ПТСР, полівагальній теорії та концепції посттравматичного зростання. Програма передбачає диференційований підхід до кожного з виділених кластерів військовослужбовців.

Апробація програми на вибірці з 20 військовослужбовців продемонструвала її високу ефективність за всіма досліджуваними параметрами. Статистичний аналіз методом парного t -критерію Стюдента виявив статистично високо значущі зміни (всі $p < 0.001$): середній бал за GAD-7 знизився на 44,5% ($t=7.42$), за HADS-A - на 40,5% ($t=6.91$), за HADS-D - на 30,3% ($t=3.84$, $p=0.001$), за PCL-5 - на 31,9% ($t=5.23$), за BAI - на 36,8% ($t=5.86$). Кількість військовослужбовців із клінічно значущою тривогою зменшилася з 83,3% до 27,8% (зниження на 55,5%), а з ознаками клінічного ПТСР - утричі (з 33,3% до 11,1%). Клінічна значущість результатів підтверджується кардинальним

перерозподілом учасників із зон клінічного дистресу у зону адаптації та нормального функціонування.

Аналіз динаміки за підшкалами PCL-5 показав, що програма ефективно впливала на всі чотири кластери симптомів ПТСР: найбільший відсоток зниження продемонстрував кластер "Повторне переживання" (38,8%), найбільше абсолютне зниження - кластер "Негативні когніції та настрої" (3,6 бала, $p=0.001$), що підтверджує високу ефективність когнітивної реструктуризації та технік контролю інтрузивних спогадів. Кластер "Уникнення" продемонстрував найменше зниження (27,0%), що є типовим для травма-фокусованої роботи і вказує на необхідність подовженої експозиційної терапії для цієї групи симптомів.

Перспективи подальших досліджень включають: проведення повномасштабного рандомізованого контрольованого дослідження ефективності програми "Стійкість" на більшій вибірці з включенням контрольної групи; катамнестичне спостереження за учасниками програми протягом 12 місяців для оцінки стійкості терапевтичного ефекту; вивчення впливу програми на функціональні показники (боєздатність, якість виконання службових обов'язків, соціальна адаптація); дослідження гендерних особливостей прояву тривоги у жінок-військовослужбовців; порівняльний аналіз ефективності різних форматів психологічної допомоги (індивідуальний, груповий, онлайн); вивчення нейробіологічних маркерів тривожних розладів у військовослужбовців методами нейровізуалізації; розробку адаптованих версій програми для різних родів військ та категорій особового складу.

Таким чином, поставлені у дослідженні завдання виконано, мета досягнута, гіпотеза підтверджена. Результати дослідження мають теоретичне та практичне значення для розвитку військової психології та вдосконалення системи психологічної підтримки військовослужбовців Збройних Сил України в умовах війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:

1. Аналіз впливу чинника страху на фізіологічний стан військовослужбовців. *Збірник наукових праць Харківського національного автомобільно-дорожнього університету*. Харків, 2023. URL: <https://dspace.khadi.kharkov.ua/bitstreams/2819e42c-0fe8-4845-83fa-d599d40e838f/download> (дата звернення: 11.05.2025).
2. Аналіз психологічного феномену тривожних станів. *Psychological Journal*. 2023. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/272> (дата звернення: 11.05.2025).
3. Аналіз психологічного феномену тривожних станів. *Вісник Ужгородського університету*. 2021. Вип. 58. С. 112–118. URL: <http://psy-visnyk.uzhnu.uz.ua/index.php/psy/article/view/58> (дата звернення: 11.05.2025).
4. Безкровна А. І. *Психологічні особливості тривожності у студентів* : кваліфікаційна робота. Дніпро: ДГУ, 2022. 47 с. URL: <http://dgu.com.ua/bitstream/123456789/1405/1/Безкровна%20Аліна%20Ігорівна.pdf> (дата звернення: 11.05.2025).
5. Беліченко Л. Тривожність у військовослужбовців перед висуванням до зони бойових дій: психологічний аспект. *Habitus*. 2023. Вип. 63. С. 185–190. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2024/63-2024/25.pdf> (дата звернення: 11.05.2025).
6. Беліченко Л. Тривожність у військовослужбовців перед їхнім висуванням до зони бойових дій: психологічний аспект. *Psychology Travelogs*. 2023. Вип. 63. С. 25–32. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2024/63-2024/25.pdf> (дата звернення: 11.05.2025). (Зверніть увагу: дублює URL з п. 9)
7. Беліченко Л. Тривожність у військовослужбовців перед їхнім висуванням до зони бойових дій: психологічний аспект. *Psychology Travelogs*. 2023. № 1. С. 27–35. DOI: 10.31891/PT-2023-1-3. URL: <https://pt.khmnu.edu.ua/index.php/pt/article/view/64> (дата звернення: 11.05.2025).
8. Бельська А. *Взаємозв'язок тривожності та соціально-психологічної адаптації у молоді* : кваліфікаційна робота / Аліна Бельська ; наук. керівник Олена Невоснна. Харків : Харківський національний університет імені

В.Н. Каразіна, 2023. 55 с. URL: <https://ekhnuir.karazin.ua/bitstreams/9d5cde8d-1401-4981-a382-c7c15b0fdd3c/download> (дата звернення: 11.05.2025).

9. Бийся, тікай або завмири: як життя в умовах війни впливає на психоемоційну стабільність людини. *Суспільне Новини*. 2023. URL: <https://suspilne.media/235515-bijsa-tikaj-abo-zavmri-ak-zitta-v-umovah-vijni-vplivae-na-psihoemocijnu-stabilnist-ludini/> (дата звернення: 11.05.2025).

10. Білан О. Ю. Психологічна допомога особам із посттравматичним стресовим розладом. *Психічне здоров'я*. 2023. № 2(16). С. 45–53. URL: <https://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/3184> (дата звернення: 13.05.2025).

11. Біологічна основа тривожних розладів. *Українська бібліотека LibreTexts*. 2024. URL: <https://surl.li/wuymia> (дата звернення: 11.05.2025).

12. Блінов О. А. Психічні стани військовослужбовців у процесі служби. *ТuКиїв*. 2023. URL: <https://tykyiv.com/intervyu/kozhnomu-iz-nas-potribno-znaiti-svoyi-gormoni-peremogi-psikhoterapevtka-irina-skorikh/> (дата звернення: 13.05.2025). (Зверніть увагу: заголовок статті не відповідає назві за початковим текстом).

13. Блохіна І. О. Психологічні причини виникнення тривожності у студентів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. Вип. 58. С. 112–118. URL: <https://dSPACE.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/42696/1/58-.pdf> (дата звернення: 11.05.2025).

14. Бойовий стрес: причини, прояви, шляхи подолання. *Електронний архів Житомирського державного університету імені Івана Франка*. 2024. URL: <http://eprints.zu.edu.ua/37970/> (дата звернення: 11.05.2025).

15. Брошко О. В. *Психологічна підтримка військовослужбовців у бойових умовах* : метод. рек. Луцьк : ВНУ імені Лесі Українки, 2024. 38 с. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/24214/1/broshko_2024.pdf (дата звернення: 11.05.2025).

16. Брошко О. В. Психологічні особливості військовослужбовців в умовах бойових дій. *Психологія і суспільство*. 2023. № 1. С. 210–218. URL: http://psych.vernadskyjournals.in.ua/journal/1_2023/33.pdf (дата звернення: 11.05.2025).
17. Вадзюк С. Н., Сас В. В. Стан депресії і тривоги у військових із різною стресостійкістю. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2023. № 3. С. 46–52. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/zdobutky-eks-med/article/download/14074/12998/46722> (дата звернення: 11.05.2025).
18. Вадзюк С. Н., Сас В. В. Стан депресії і тривоги у військових із різною стресостійкістю. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2023. № 3. С. 46–51. DOI: 10.11603/1811-2471.2023.v.i3.14074. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/zdobutky-eks-med/article/download/14074/12998/46722> (дата звернення: 11.05.2025).
19. Важливість дослідження тривожності у студентів / Козак Н. В. *Медична освіта і наука*. 2020. Т. 22, № 3. С. 11–17. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/nursing/article/viewFile/5845/5356> (дата звернення: 11.05.2025).
20. Васютинський В. О. Психологічні аспекти бойової травми. *Збірник наукових праць Військового інституту*. 2023. № 1. С. 20–27.
21. Види тривоги: нормальна та невротична. *Psykhologh.com*. 2024. URL: <https://www.psykhologh.com/post/види-тривоги-нормальна-та-невротична> (дата звернення: 11.05.2025).
22. Відмінності між тривогою і страхом. *Bezzia.com*. 2024. URL: <https://uk.bezzia.com/відмінності-між-тривогою-і-страхом/> (дата звернення: 11.05.2025).
23. Війна і психічне здоров'я українців. *Український інтерес*. 2022. URL: <https://uain.press/articles/vijna-i-psihihne-zdorov-ya-ukrayintsiv-1774142> (дата звернення: 11.05.2025).

24. Війна і психічне здоров'я українців. *Український інтерес*. 2024. URL: <https://uain.press/articles/vijna-i-psiichne-zdorov-ya-ukrayintsiv-1774142> (дата звернення: 13.05.2025). (Зверніть увагу: дублює URL з п. 27).
25. *Військова психологія: сучасний стан та перспективи розвитку* : зб. тез II Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 19–20 трав. 2016 р.) / за заг. ред. О. В. Тімченка. Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2016. 216 с. URL: <https://surl.li/bpejsz> (дата звернення: 11.05.2025).
26. Вплив катастроф і війн на психічне здоров'я особистості та суспільства: повідомлення п'яте. Перетворення індивідуальної оперативної бойової психічної травми на колективну соціально-психологічну, соціально-культурну. *MHGC21*. 2019. URL: <https://surl.li/vmritk> (дата звернення: 11.05.2025).
27. Вплив психічного здоров'я на фізичне здоров'я. *Fact-News.com.ua*. 2024. URL: <https://fact-news.com.ua/vpliv-psixichnogo-zdorovya-na-fizichne-zdorovya-vazhlivist-vzaemozvyazku/> (дата звернення: 11.05.2025).
28. Вплив психологічного стану на фізичне здоров'я: наукові докази і важливість психосоматичного підходу. *Psychologist.com.ua*. 2024. URL: <https://psychologist.com.ua/vpliv-psixologichnogo-stanu-na-fizichne-zdorovya-naukovi-dokazi-i-vazhlivist-psixosomatichnogo-pidxodu/> (дата звернення: 11.05.2025).
29. Голець І. *Дослідження страху як психологічного феномену* : дипломна робота. Хмельницький : Хмельницький національний університет, 2023. 65 с. URL: <https://surl.li/vuuoub> (дата звернення: 11.05.2025).
30. Гончаренко О. О. Психологічна стійкість військовослужбовців: чинники формування. *Bulletin of Taras Shevchenko National University of Kyiv. Series "Psychology"*. 2022. № 1(15). С. 12–21. URL: <https://bpsy.knu.ua/index.php/psychology/article/view/441> (дата звернення: 11.05.2025).
31. Гончарова В. В. *Тривожність як особистісна властивість студентів* : кваліфікаційна робота. Умань : Уманський державний педагогічний університет

імені Павла Тичини, 2023. 47 с. URL: <https://fspu.udpu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/01/Гончарова-В.В..pdf> (дата звернення: 11.05.2025).

32. Горлата І. В. *Психологічна стійкість військовослужбовців* : магістерська робота. Тернопіль : ТНТУ, 2023. 95 с. URL: [https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/39954/2/Горлата%20магістерська%20\(1\).pdf](https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/39954/2/Горлата%20магістерська%20(1).pdf) (дата звернення: 11.05.2025).

33. Гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, порушення адаптації. *NeuroNews*. 2024. Т. 8, № 153. С. 28–41. (URL відсутній).

34. Гострий стресовий розлад. *Compendium.com.ua*. 2024. URL: <https://compendium.com.ua/uk/handbooks-uk/nozologia-dovidnyk/gostrij-stresovij-rozlad/> (дата звернення: 13.05.2025).

35. Гострий стресовий розлад: відповідь на фізичний або психічний стрес. *3lik.City*. 2024. URL: <https://3lik.city.kharkiv.ua/gostryj-stresovyj-rozlad-vidpovid-na-fizychnyj-abo-psyhichnyj-stres/> (дата звернення: 13.05.2025).

36. Гринечко А. Типологія проявів тривожності в онтогенезі особистості. *Соціальні науки* : науковий журнал. 2024. Вип. 478. С. 1–15. URL: <https://social-science.uu.edu.ua/article/478> (дата звернення: 11.05.2025).

37. Гуменюк Ю. Психологічні причини виникнення та розвитку тривожності у людей. *Практична психологія і соціальна робота*. 2023. Вип. 12. С. 45–53. URL: https://prap.rv.ua/index.php/prap_rv/article/download/344/301 (дата звернення: 11.05.2025).

38. Деякі фактори ризику можуть впливати на стан психічного здоров'я дорослих із косоокістю. *Інститут Філатова*. 2024. (URL відсутній).

39. Діагноз: ПТСР – що це таке? *Medikom.ua*. 2024. URL: <https://medikom.ua/diagnoz-ptsr/> (дата звернення: 13.05.2025).

40. Додаток до наказу МОЗ України від 19.07.2024 № 1265: Клінічний протокол медичної допомоги «Посттравматичний стресовий розлад». *Міністерство охорони здоров'я України*. 2024. 36 с. (URL відсутній).

41. Дослідження впливу бойового стресу на психічний стан військовослужбовців. *DSpace ХНАДУ*. 2024. URL:

<https://dspace.khadi.kharkov.ua/bitstreams/2819e42c-0fe8-4845-83fa-d599d40e838f/download> (дата звернення: 11.05.2025).

42. Дослідження страху як психологічного феномену : магістерська робота / [автор невідомий]. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2022. 85 с. URL: <https://ela.kpi.ua/bitstreams/1024e2a2-47ee-4fc6-a463-515e0c40a020/download> (дата звернення: 11.05.2025).

43. Емпіричне дослідження нервово-психічної стійкості у структурі особистості військовослужбовців – учасників АТО. *Практично-пізнавальна інтернет-конференція*. 2023. URL: <http://naukam.triada.in.ua/index.php/konferentsiji/53-dvadtsyat-1tretya-vseukrajinska-praktichno-piznavalna-internet-konferentsiya/549-empirichne-doslidzhennya-nervovo-psikhichnoji-stijkosti-u-strukturi-osobistosti-vijskovosluzhbovtiv-uchasnikiv-ato2> (дата звернення: 11.05.2025).

44. Емпіричне дослідження нервово-психічної стійкості у структурі особистості військовослужбовців – учасників АТО. *Практично-пізнавальна інтернет-конференція*. 2023. URL: <http://naukam.triada.in.ua/index.php/konferentsiji/53-dvadtsyat-tretya-vseukrajinska-praktichno-piznavalna-internet-konferentsiya/549-empirichne-doslidzhennya-nervovo-psikhichnoji-stijkosti-u-strukturi-osobistosti-vijskovosluzhbovtiv-uchasnikiv-ato> (дата звернення: 11.05.2025).

45. European Psychiatric Association (EPA). *Guidelines on mental health care in war settings*. 2022.

46. *Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій* : метод. посіб. Київ : ПТА, 2023. 50 с. URL: <https://jurkniga.ua/contents/zabezpechennya-psikhologichnoi-stiykosti-viyskovosluzhbovtiv-v-umovakh-boyovikh-diy.pdf> (дата звернення: 11.05.2025).

47. Засекіна Л. Українські прислів'я та приказки у КПТ тривожних розладів. *I-SBT.org.ua*. 2017. 24 с. URL: <https://surl.lu/vncxrh> (дата звернення: 11.05.2025).

48. *Збірник тез «Військова психологія: сучасний стан та перспективи розвитку»* / за заг. ред. О. В. Тімченка. Київ : Київський національний

університет імені Тараса Шевченка, 2016. 216 с. URL: <https://surl.it/pkqdhx> (дата звернення: 11.05.2025). (Зверніть увагу: дублює п. 29).

49. Звідки береться тривога. *marta.mva.gov.ua*. 2024. URL: <https://marta.mva.gov.ua/articles/zvidki-beretsia-trivoga> (дата звернення: 11.05.2025).

50. Зовнішні і внутрішні джерела тривоги. *Stud.com.ua*. URL: https://stud.com.ua/123227/psihologiya/zovnishni_vnutrishni_dzherela_trivogi (дата звернення: 11.05.2025).

51. Іваненко І. *Психологічні аспекти впливу війни на психіку військовослужбовців*. Київ, 2023. 25 с. URL: <https://ppl-ai-file-upload.s3.amazonaws.com/web/direct-files/60215158/56ca41b5-d626-438b-ac94-e87ae78035c7/paste.txt> (дата звернення: 11.05.2025).

52. Іванова М. О. Психологічні аспекти подолання бойового стресу у військових. *Habitus*. 2024. Вип. 58. С. 220–225. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2024/58-2024/42.pdf> (дата звернення: 11.05.2025).

53. Козак В. В. Психологічні особливості військовослужбовців в умовах бойових дій. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. 2022. Т. 55, № 2. С. 92–97. URL: https://fz.kiev.ua/journals/2022_V.55/2/2_2022-92-97.pdf (дата звернення: 11.05.2025).

54. Кротюк К. А. Рівень психологічної тривожності у військовослужбовців, які перебувають в зоні ООС. *Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)*. 2022. Вип. 7. С. 892–900. URL: <http://eprints.zu.edu.ua/37970/> (дата звернення: 11.05.2025).

55. *Методичні рекомендації щодо реабілітації військовослужбовців територіальної оборони* / За ред. [авторів]. Запоріжжя : Запорізький державний медичний університет, 2023. URL: http://library.zsmu.edu.ua/cgi/irbis64r_14/fulltext/Repozitarij/14_Metod_rpzznd_Vijsk_ter.pdf (дата звернення: 11.05.2025).

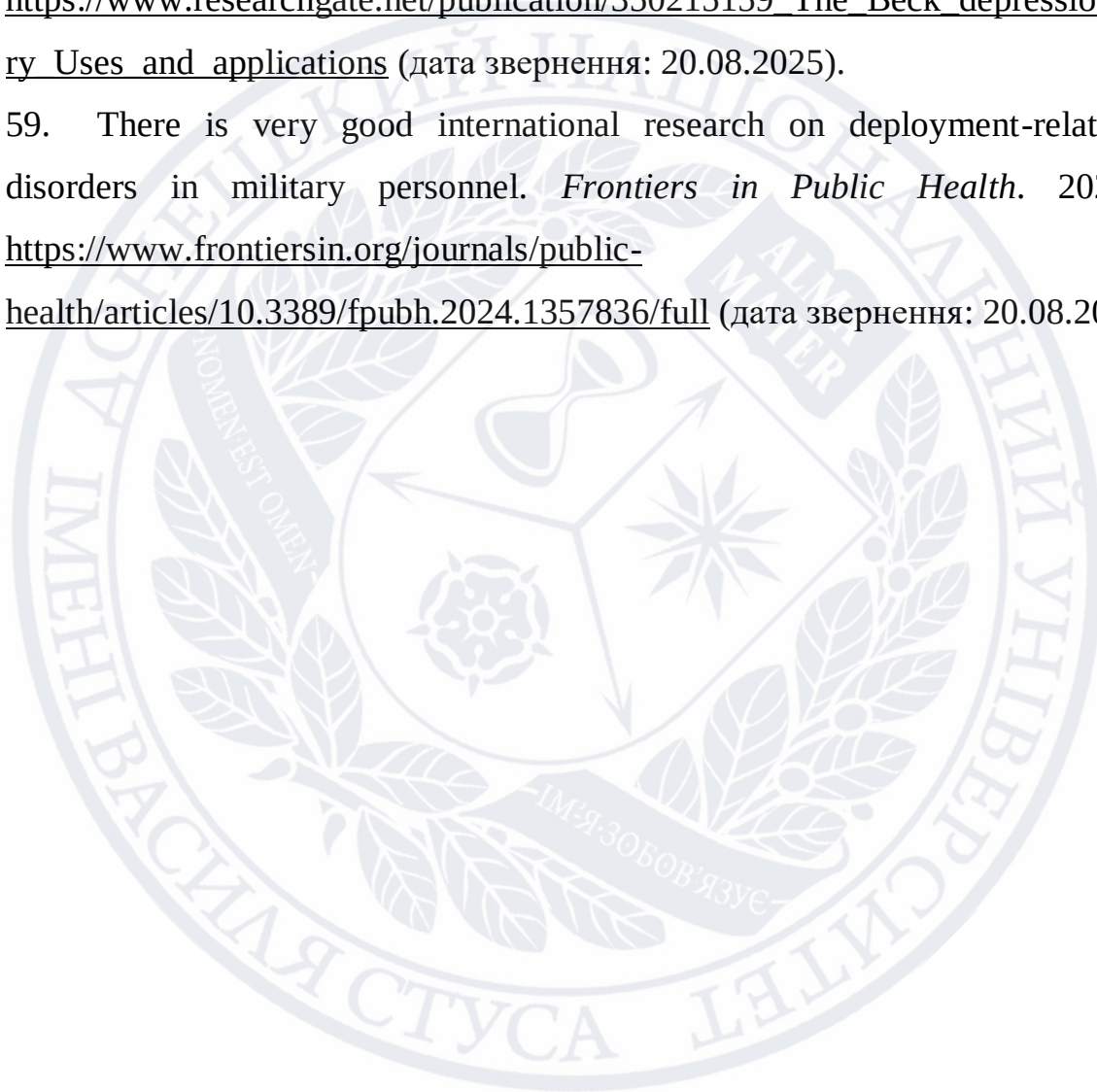
56. Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) psychometric properties validation military population. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. URL:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2023.999242/full> (дата звернення: 20.08.2025).

57. *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. PTSD: National Center for PTSD. URL: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp> (дата звернення: 20.08.2025).

58. The Beck depression inventory: Uses and applications. *ResearchGate*. URL: https://www.researchgate.net/publication/350215159_The_Beck_depression_inventory_Uses_and_applications (дата звернення: 20.08.2025).

59. There is very good international research on deployment-related mental disorders in military personnel. *Frontiers in Public Health*. 2024. URL: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1357836/full> (дата звернення: 20.08.2025).



ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця - Парні порівняння кластерів за критерієм Манна-Вітні

Порівняння	GAD-7	Сила ефекту (r)	HADS-A	Сила ефекту (r)	HADS-D	Сила ефекту (r)	PCL-5	Сила ефекту (r)
K1 / K2	< 0.001	0.77 Дуже велика	< 0.001	0.80 Дуже велика	< 0.005	0.26 Середня	< 0.005	0.33 Велика
K1 / K3	< 0.001	0.47 Велика	< 0.001	0.43 Велика	< 0.001	0.63 Дуже велика	< 0.001	0.83 Дуже велика
K1 / K4	< 0.001	0.89 Дуже велика	< 0.001	0.92 Дуже велик	< 0.001	0.76 Дуже велика	< 0.001	0.91 Дуже велика
K2 / K3	< 0.001*	0.30 Середня	< 0.005	0.36 Велика	< 0.005*	0.37 Велика	< 0.001	0.50 Велика
K2 / K4	< 0.005	0.12 Мала	< 0.002	0.12 Мала	< 0.001	0.50 Велика	< 0.001	0.57 Дуже велика
K3 / K4	< 0.001*	0.42 Велика	< 0.001	0.48 Велика	0.267	0.12 Мала	< 0.005	0.07 Дуже мала

ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ "СТІЙКІСТЬ"

Мета програми: Зниження рівня тривоги, депресії та симптомів ПТСР у військовослужбовців шляхом розвитку навичок психологічної саморегуляції та адаптивних копінг-стратегій.

Цільова аудиторія: Військовослужбовці з різними рівнями психологічного дистресу (відповідно до виділених кластерів)

Тривалість програми: 12 тижнів (24 сесії по 90 хвилин)

Формат: Групові заняття (8-10 осіб) + індивідуальні консультації за потреби

СЕСІЯ 1: "РОЗУМІННЯ СТРЕСУ ТА ТРИВОГИ"

Міні-лекція: "Фізіологія стресу та тривоги" (20 хв)

Психолог: "Доброго дня! Сьогодні ми починаємо нашу подорож до розуміння того, що відбувається з нами під час стресу. Хто з вас думає, що стрес - це щось погане?"

[Кілька учасників піднімають руки]

Психолог: "Розумію. А тепер уявіть: ви йдете вулицею і раптом бачите, що на вас мчить автомобіль. Що робить ваше тіло? Наприклад, відскочити. А хто наказав вашому тілу відскочити? Ви встигли подумати: 'О, це автомобіль, він рухається зі швидкістю 60 км/год, траєкторія руху...'" Це працював ваш давній механізм виживання. Давайте розберемо, як це працює..."

Частина 1: Еволюційна функція стресу (4 хв)

Психолог: "Уявіть наших пра-пра-прадідів 50 000 років тому. Вони живуть у печері, збирають ягоди. Раптом з кущів виходить ведмідь. У них є три варіанти:

БИЙ - 'Я сильніший за цього ведмеда!' (рідко спрацьовувало)

БІЖИ - 'Краще втекти!' (найчастіший вибір)

ЗАМРИ - 'Можливо, він мене не помітить'

А тепер запитання: скільки часу у них було на прийняття рішення?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: " Мілісекунди. Тому що ті, хто довго думав, стали обідом для ведмеда. Вживали ті, у кого ця система працювала блискавично. І ось цікаве: ця ж система працює у вас зараз. Коли ви чуєте свист снаряда, ваш мозок не думає: 'Хм, цікаво, що це за звук?' Ви миттєво занурюєтесь у укриття. Правильно?"

[Кивки учасників]

Частина 2: Що відбувається в мозку (5 хв)

Психолог: "Давайте розберемо, хто керує цим процесом у вашій голові. Уявіть, що ваш мозок - це військова база з трьома ключовими підрозділами:

1. АМІГДАЛА - це ваш вартовий Сидить на вищій, постійно дивиться у бінокль і сканує місцевість. Як тільки бачить щось підозріле - кричить: 'ТРИВОГА! ТРИВОГА!'

Психолог: "Ви знаєте, що буває, коли вартовий надто нервовий? Він кричить тривогу через кожну тінь, кожен шум?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Ось у цьому і проблема! Після бойових дій ваш внутрішній вартовий - амігдала - стає таким же нервовим. Він кричить 'ТРИВОГА!' навіть тоді, коли небезпеки немає.

2. ГІПОТАЛАМУС - це ваш командир Отримує доповідь від вартового і приймає рішення: 'Це справжня загроза!' Віддає наказ: 'Всім підрозділам - БОЙОВА ГОТОВНІСТЬ!'

3. НАДНИРНИКИ - це ваш арсенал Отримують наказ і викидають у кров хімічну зброю: адреналін, норадреналін, кортизол.

А тепер увага! Що відбувається з вашим тілом, коли ці 'хімікати' потрапляють у кров?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Точно! А ще?"

[Психолог записує на дошці відповіді учасників]

Серце б'ється швидше → більше крові до м'язів

Дихання пришвидшується → більше кисню

М'язи напружуються → готовність до дії

Потовиділення → охолодження тіла

Зупиняється травлення → енергія перенаправляється на виживання

Частина 3: Коли стрес працює на вас, а коли проти (4 хв)

Психолог: "Ви коли-небудь були в ситуації, коли стрес допомагав вам?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Це і є адаптивний - корисний стрес! Він мобілізує ваші ресурси саме тоді, коли потрібно. А тепер інша ситуація. Чи траплялося так, що ви реагували на щось безневинне так, ніби це була реальна загроза?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Ось це дезадаптивний стрес. Система тривоги спрацювала там, де небезпеки не було.

[Малює на дошці дві колонки]

КОРИСНИЙ СТРЕС:

Є реальна загроза

Реакція пропорційна загрозі

Після загрози організм відновлюється

Допомагає ефективно діяти

ШКІДЛИВИЙ СТРЕС:

Загрози немає, а реакція є

Реакція надмірна

Організм не відновлюється

Заважає нормально функціонувати"

Частина 4: Інтерактивна демонстрація (3 хв)

Психолог: "А тепер експеримент. Всі покладіть руку на серце і запам'ятайте, як воно б'ється зараз.

Готові? Закрийте очі. Уявіть, що ви чуєте характерний свист... наближається... наближається... **ЗАРАЗ!**"

[Пауза 10 секунд]

"Відкрийте очі. Перевірте пульс. Що змінилося?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "За 10 секунд! Хоча ви знали, що це просто вправа. Бачите силу вашої системи тривоги? А тепер уявіть, що буде, якщо вона працюватиме постійно..."

Частина 5: Коморбідність - коли все разом (2 хв)

Психолог: "У вас часто буває не просто тривога, а ціла компанія:

ТРИВОГА каже: 'Щось жахливе може статися'

ДЕПРЕСІЯ каже: 'Навіщо намагатися? Все одно нічого не вийде'

ПТСР каже: 'Те жахливе вже було і може повторитися'

Вони підсилюють один одного, як трое п'яних товаришів - кожен робить іншого ще гіршим."

Вправа 1: "Мапа мого стресу" (15 хв)

Психолог: "Тепер, коли ви розумієте механізм стресу, давайте подивимося, як він працює конкретно у вас. Ми створимо персональну карту вашого стресу. Уявіть, що ви - дослідник, який вивчає невідому територію під назвою 'Мій стрес'. Ви маєте її закартографувати."

Матеріали: аркуші А4, набори кольорових фломастерів (мінімум 5 кольорів), роздаткові матеріали "Сфери життя», приклад заповненої карти

Покрокова інструкція:

Крок 1: Основа карти (2 хв)

Психолог: "У центрі аркуша намалюйте або напишіть 'Я'. Це центр вашої карти."

Крок 2: Картографування стресорів (3 хв)

Психолог: "Червоним кольором навколо центру позначте ваші основні стресори - те, що викликає у вас стрес.

Крок 3: Симптоми стресу (3 хв)

Психолог: "Жовтим кольором позначте, ЯК ви відчуваєте стрес. Де він проявляється у вашому тілі, емоціях, поведінці?

Діалог під час виконання

Психолог: "Прекрасно! Записуйте всі. Карта має бути повною. Можна писати про все, що викликає стрес. Це ваша карта, ваша територія. Тут немає правильних чи неправильних відповідей."

Крок 4: Вплив на різні сфери (5 хв)

Психолог: "Тепер різними кольорами позначимо, як стрес впливає на різні сфери:

Синім - вплив на службу/роботу

Зеленим - вплив на стосунки

Помаранчевим - вплив на здоров'я

Проведіть лінії від стресорів до сфер, на які вони впливають."

Обговорення в парах (2 хв)

Психолог: "Тепер об'єднайтеся в пари. НЕ зачитуйте один одному всю карту. Просто поділіться:

Що вас найбільше здивувало?

Якого кольору виявилось найбільше?"

Підсумок вправи

Психолог: "Хто хоче поділитися враженнями з групою?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Ваші карти показують, що стрес - це не абстрактне поняття, а конкретні речі, які впливають на конкретні сфери вашого життя. І це означає, що з цим можна працювати."

Вправа 2: "Тіло говорить" - сканування тіла (20 хв)

Психолог: "Тепер ми дізнаємося, що ваше тіло 'думає' про стрес. Наше тіло - це дуже розумний пристрій. Воно завжди сигналізує нам про стрес, але ми часто не слухаємо. Коли ви останній раз прислухалися до свого тіла? А якщо воно каже вам щось не через біль? Займайте зручні позиції. Можна лягти на килимки або залишитися в кріслах."

[Приглушується світло, включається спокійна музика]

Психолог: "Закрийте очі або зафіксуйте погляд на одній точці. Зробіть три глибоких вдихи... і почнемо нашу подорож по вашому тілу."

Психолог (спокійним голосом): "Почнемо з верхівки голови... Просто звертайте увагу, не намагайтеся щось змінити... Що відчуваєте там? Тепло? Холод? Напругу? Розслаблення?... Немає правильних чи неправильних відчуттів... Тепер лоб... Чи є там зморшки від напруги?... Можете уявити, як розгладжуєте лоб... Очі... М'язи навколо очей... чи стиснуті вони?... Дозвольте їм розслабитися... Щелепи... Це дуже важливе місце... Коли ви концентруєтесь, чи стискаєте зуби? Це нормально... Зараз дозвольте щелепам розслабитися... Можете трохи приоткрити рот... Шия та плечі... Ось де живе наш стрес... Де у вас найчастіше болить? Звертайте увагу на свої плечі... Чи піднялися вони до вух?... Дозвольте їм опуститися... Уявіть, що з плечей знімається важкий рюкзак... Руки... Від плечей до кистей... Чи напружені ваші руки?... Чи стиснуті кулаки?... Дозвольте рукам стати важкими та розслабленими... Спина... Пройдіться увагою вздовж хребта... Де відчуваєте напругу?... Не намагайтеся змінити, просто помітьте... Груді... Як дихає ваше тіло?... Поверхнево чи глибоко?... Дозвольте диханню стати природнім... Живіт... Дуже важлива зона...Що ви зараз відчуваєте в животі? Помітили... Просто помітили... Животу можна дозволити розслабитися... Стегна... Коліна... Гомілки... Стопи... Помітьте кожную частину тіла... Подякуйте своєму тілу за те, що воно носить вас, захищає, сигналізує про стан..."

Психолог: "Тепер охопіть увагою все тіло цілком... Як воно почувається?... Що змінилося з початку вправи?... Коли будете готові, повільно відкрийте очі..."

Заповнення "Карти тіла"

Психолог: "Тепер візьміть бланки 'Карта тіла'. Це силует людини. Позначте:

Червоним - місця сильної напруги (7-10 балів)

Жовтим - помірної напруги (4-6 балів)

Зеленим - розслаблені ділянки (1-3 бали)"

Обговорення

Психолог: "Що вас здивувало?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Тепер ви знаєте, де ваше тіло 'зберігає' стрес. Це ваші індивідуальні 'датчики стресу'. Коли навчитеся їх помічати, зможете реагувати на стрес раніше."

Домашнє завдання

Щоденник настрою та симптомів

Психолог: "Протягом тижня ви ведете 'Щоденник настрою'. Щодня о 20:00 оцінюйте по 10-бальній шкалі:

Рівень тривоги (0 - спокійний, 10 - панічний стан)

Настрій (0 - дуже поганий, 10 - відмінний)

Фізичні симптоми стресу (0 - немає, 10 - дуже виражені)

І коротко запишіть: що сталося сьогодні значущого?"

Читання

Психолог: "Також прочитайте інформаційний буклет 'Стрес та військова служба'. Там простими словами пояснюється те, що ми сьогодні обговорювали."

Практика сканування тіла

Психолог: "І щодня 5 хвилин робіть коротке сканування тіла перед сном. Просто пройдіться увагою по тілу і помітьте, де накопичилася напруга за день."

СЕСІЯ 2: "ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС: РОЗУМІННЯ ТА ПРИЙНЯТТЯ"

Міні-лекція: "ПТСР: симптоми та механізми розвитку" (25 хв)

Психолог: "Сьогодні ми говоримо про те, що багато хто називає страшним словом 'ПТСР'. Але перш ніж почати, запитання: хто з вас думає, що ПТСР - це ознака слабкості?"

[Кілька рук піднімається]

Психолог: "Розумію. А тепер подумайте: якщо ви порізали руку і вона болить - це ознака слабкості?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Біль сигналізує, що є пошкодження. ПТСР - це теж сигнал. Сигнал того, що ваша психіка зіткнулася з чимось надзвичайно важким."

Частина 1: Історична довідка (3 хв)

Психолог: "ПТСР не завжди так називався. [Пише на дошці хронологію]

1914-1918 рр. - 'Травматичний невроз', 'окопне серце'

1939-1945 рр. - 'Бойове виснаження', 'військовий невроз'

1960-1970 рр. - 'Пост-в'єтнамський синдром'

1980 рік - Офіційно ПТСР у медичній класифікації

Що змінилося? Раніше казали: 'Візьми себе в руки!' Тепер кажемо: 'Це медична проблема, яку можна вилікувати.'"

Частина 2: Що відбувається в мозку при травмі (5 хв)

Психолог: "Пам'ятаєте з минулого разу трьох 'командирів' у вашому мозку? Давайте подивимося, що з ними відбувається під час травми.

Уявіть військову базу під інтенсивним обстрілом:

1. АМІГДАЛА (вартовий) збожеволів:

Постійно кричить 'ТРИВОГА!' навіть після того, як обстріл закінчився

Реагує на кожен звук, рух, тінь

Не може зрозуміти, що війна закінчилася

2. ГІПОКАМП (диспетчер) втратив орієнтацію:

Плутається у часі: 'Коли це було? Зараз чи минулого року?'

Спогади розсипалися на шматки

Не може сказати мозку: 'Це було ТОДІ, а зараз безпечно'

3. ПРЕФРОНТАЛЬНА КОРА (командир) не справляється:

Не може заспокоїти вартового

Важко приймати логічні рішення

Емоції сильніші за розум

Результат? Мозок застряг у минулому. Він думає, що травма відбувається прямо зараз."

Діалог з учасниками

Психолог: "Чи траплялося так, що ви чули звук і реагували так, ніби знову під обстрілом?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Ось це і є ваш 'збожеволілий вартовий'. Він чесно виконує свою роботу, але вже не розрізняє, де справжня загроза, а де - ні."

Частина 3: Чотири кластери симптомів ПТСР (12 хв)

Психолог: "ПТСР має чотири групи симптомів. Це як чотири різні способи, якими травма 'гостює' у вашому житті."

Кластер 1: Повторне переживання

Психолог: "Перша група - травма повертається без вашого дозволу.

ФЛЕШБЕКИ - це коли минуле раптом стає сьогоденням. Максим, як це у вас?"

Максим: "Іноді раптом бачу картинки з того дня... Так ясно, ніби це зараз відбувається."

Психолог: "Точно. Це не просто спогади. Це ваш мозок ніби 'програв' травму знову.

КОШМАРИ - травма приходить уві сні. Андрій?"

Андрій: "Сплю погано. Сниться одне й те ж..."

Психолог: "ТРИГЕРИ - звуки, запахи, образи, що миттєво повертають вас у той момент. У кого які тригери?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Кластер 2: Уникнення

Психолог: "Друга група - ви намагаєтеся уникати всього, що нагадує про травму.

УНИКНЕННЯ ДУМОК: 'Я не думаю про це', 'Не хочу говорити'

УНИКНЕННЯ МІСЦЬ ТА ЛЮДЕЙ: Ви уникаєте чогось?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "ЕМОЦІЙНЕ ЗАЦПЕНІННЯ - 'вимикання' почуттів. Як у вас з емоціями?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Кластер 3: Негативні зміни в мисленні та настрої

Психолог: "Третя група - змінюється те, як ви думаєте про себе та світ.

[Пише на дошці]

НЕГАТИВНІ ДУМКИ ПРО СЕБЕ:

'Я винен'

'Я слабак'

'Я назавжди зламаний'

ПРО СВІТ:

'Світ небезпечний'

'Людям не можна довіряти'

'Немає майбутнього'

Чи знайомі ці думки?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Це називається 'провина виживання'. Дуже поширено."

Кластер 4: Зміни в збудженні та реактивності

Психолог: "Четверта група - ваш організм постійно готовий до бою.

ГІПЕРПИЛЬНІСТЬ - постійно сканується оточення. Як ви сидите в кафе?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "ПІДВИЩЕНА РЕАКЦІЯ ПЕРЕЛЯКУ - сильна реакція на несподіванки.

ПРОБЛЕМИ З КОНЦЕНТРАЦІЄЮ - важко зосередитися.

ПОРУШЕННЯ СНУ - проблеми з засинанням, часте прокидання.

ДРАТІВЛИВІСТЬ - вибухи гніву з незначних причин?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Частина 4: Розвіювання міфів (3 хв)

Психолог: "Давайте розвіємо головні міфи про ПТСР. Я скажу твердження, а ви кажіть 'Міф' або 'Правда':

'ПТСР розвивається тільки у слабких людей' - що скажете?"

Група: "Міф!"

Психолог: "Правильно! ПТСР може розвинути у кого завгодно. Навіть у найсильніших.

'Від ПТСР неможливо одужати' - ?"

Група: "Міф!"

Психолог: "'Люди з ПТСР небезпечні для оточуючих' - ?"

Група: "Міф!"

Психолог: "'ПТСР ефективно лікується' - ?"

Група: "Правда!"

Психолог: "Відмінно! Пам'ятайте: ПТСР - це не вирок, це діагноз, з яким можна працювати."

Частина 5: Можливості лікування (2 хв)

Психолог: "Сучасна медицина знає, як лікувати ПТСР:

Травма-фокусована терапія - допомагає безпечно 'переварити' травматичний досвід

EMDR - спеціальна техніка з рухами очей

Групова терапія - підтримка тих, хто пройшов через подібне

Медикаменти - коли потрібно підтримати хімічний баланс мозку

Головне: одужання можливе!"

Вправа 3: "Лінія часу травматичного досвіду" (25 хв)

Психолог: "Зараз ми створимо особливу карту - лінію вашого життя. Але це НЕ про деталі травми. Це про те, що ви - більше ніж одна важка подія у вашому житті.

Важливо! Ми НЕ будемо деталізувати травматичні події. Ми подивимося на ваші ресурси та силу."

Правила безпеки

Психолог: "Правила роботи:

Можете зупинитися у будь-який момент

Травматичну подію позначаємо просто символом

Фокус на ваших ресурсах та силі

Якщо стає важко - підніміть руку

Домовились?"

Підготовка

Матеріали: Довгі аркуші А3, різнокольорові стікери, маркери

Психолог: "Візьміть довгий аркуш. Проведіть лінію через весь аркуш. Це - лінія вашого життя."

Крок 1: Структурування часу (5 хв)

Психолог: "Поділіть лінію на три частини:

Ліва частина - 'До важкої події'

Центральна - 'Важка подія'

Права - 'Після події'

Готово?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Крок 2: "До події" - ресурси та сила (7 хв)

Психолог: "Тепер зелені стікери. На них пишемо ваші ресурси, сильні сторони, підтримку, що у вас були ДО важкої події.

Подумайте: якими ви були? Що вас підтримувало? Які у вас були сильні сторони? Що у вас зелені стікери?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог (через 5 хвилин): "Хто хоче поділитися ще чимось?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Ось саме це важливо усвідомити! Ці ресурси в вас БУЛИ і вони ДОСІ Є. Травма їх не знищила."

Крок 3: "Подія" - символічне позначення (3 хв)

Психолог: "В центральній частині просто позначте важку подію. Це може бути:

Просто крапка

Символ (хмара, стрілка)

Слово 'подія'

Червоний прямокутник

БЕЗ деталей. Просто позначка."

Крок 4: "Після події" - зміни та нові ресурси (8 хв)

Психолог: "Тепер права частина. Два кольори стікерів:

Жовті - що змінилося після події (і позитивне, і негативне) Сині - нові ресурси, навички, розуміння, що з'явилися. Що у вас жовтого кольору?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "А синього?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог (через кілька хвилин): "Що у вас з'явилося нового?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Крок 5: Робота в парах - обмін ресурсами (5 хв)

Психолог: "Тепер об'єднайтеся в пари. Поділіться ТІЛЬКИ ресурсами - зеленими та синіми стікерами. БЕЗ обговорення деталей травми.

Розкажіть один одному про свою силу, про те, що допомагає вам."

Діалог у парах (приклад)

Учасник С: "У мене написано 'Навчився цінувати кожен день'."

Учасник Т: "А у мене 'Зрозумів справжню цінність дружби'. Цікаво, як у різних людей схожі відкриття."

Учасник С: "Так, і я помітив, що у мене було більше ресурсів до події, ніж я думав."

Загальне обговорення (2 хв)

Психолог: "Хто хоче поділитися з групою якимись своїми ресурсами?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Бачите? Ви не просто пережили травму. Ви виростили через неї. Це не применшує біль, але показує вашу силу."

Вправа 4: "Техніка заземлення 5-4-3-2-1" (15 хв)

Психолог: "Хто з вас мав флешбек або відчуття, що минуле стає теперішнім?"

[Кілька рук піднімається]

Психолог: "При флешбеку ваш мозок 'застрягає' між минулим і теперішнім. Техніка 5-4-3-2-1 - це 'якір', який повертає вас в 'тут і зараз'."

Демонстрація ведучим (3 хв)

Психолог: "Дивіться на мене. Я зараз покажу, як це робиться."

[Психолог озиряється кімнатою]

П'ять речей, які бачу:

Білу дошку на стіні

Червону книгу на столі

Зелену рослину в горщику

Годинник показує 14:25

Вікно з синіми фіранками

Чотири речі, які можу доторкнутися: [Доторкається до різних предметів]

Гладенька поверхня столу

М'яка тканина крісла

Холодна металева ручка

Шорстка поверхня стіни

Зрозуміло?"

Практика групою (8 хв)

Психолог: "Тепер разом. П'ять речей, які ви БАЧИТЕ. Називайте вголос!"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Чудово! Тепер чотири речі, які можете ДОТОРКНУТИСЯ. Робіть це реально!"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Три звуки, які ЧУЄТЕ. Прислухайтесь..."

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Два ЗАПАХУ..."

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "І один СМАК у роті..."

[Роздає м'ятні цукерки]

Учасники дають свої варіанти відповідей.

СЕСІЯ 3: "ДИХАННЯ ЯК ІНСТРУМЕНТ КОНТРОЛЮ"

Міні-лекція: "Зв'язок дихання та нервової системи" (15 хв)

Вступ: Дихання як ключ до нервової системи

Психолог: "Запитання: що ви можете контролювати у своєму тілі прямо зараз?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Правильно. А що з внутрішніх функцій? Чи можете наказати серцю битися повільніше?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Печінці працювати інакше? Травленню прискоритися?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "А дихання?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Дихання - ЄДИНА автоматична функція, яку ви можете свідомо контролювати. Це робить його унікальним інструментом."

ЧАСТИНА 1: Анатомія дихання (4 хв)

Психолог: "Давайте розберемо, хто відповідає за ваше дихання."

[Показує на схемі або на собі]

ДІАФРАГМА - головний герой: Покладіть руку на груди, другу - на живіт. Подихайте звичайно. У кого рухається більше груди?"

[Більшість піднімає руки]

Психолог: "Це означає, що ви дихаєте 'неправильно' - грудьми замість діафрагми. Коли ви в стресі, як змінюється дихання?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "При стресі діафрагма 'зажимається', і ми переходимо на грудне дихання. Це менш ефективно - менше кисню, більше втоми. А тепер подихайте так, щоб рухався живіт, а не груди... Відчули різницю?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

ЧАСТИНА 2: Дихання та автономна нервова система (5 хв)

Психолог: "Пам'ятаєте 'педаль газу' і 'педаль гальма' з попередніх занять?"

СИМПАТИЧНА система (газ) + швидке поверхнєве дихання:

Серце б'ється швидше

Тиск підвищується

М'язи напружуються

Відчуття: тривога, готовність до дії

ПАРАСИМПАТИЧНА система (гальма) + повільне глибоке дихання:

Серце уповільнюється

Тиск знижується

М'язи розслабляються

Відчуття: спокій, розслаблення

Як ви думаєте, що станеться, якщо ви штучно зробите дихання повільним і глибоким?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Блискуче! Ви 'обманете' свою нервову систему. Вона подумає: 'Якщо він дише так спокійно, значить, загрози немає', і переключиться на режим розслаблення."

ЧАСТИНА 3: Вагусний нерв - ключ до спокою (3 хв)

Психолог: "Є такий вагусний нерв - як 'гальмівний кабель' вашої нервової системи. Він йде від мозку до внутрішніх органів. коли ви робите довгий видих, ви стимулюєте цей нерв. Він посилає сигнал: 'Все добре, можна розслабитися'. Коли ви зітхаєте після важкого дня?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Саме так! Ваш організм інстинктивно знає, як себе заспокоїти. Ми просто навчимося робити це свідомо."

ЧАСТИНА 4: Практична демонстрація (3 хв)

Психолог: "Експеримент! Всі покладіть руку на серце. Запам'ятайте ритм. Тепер дихайте швидко і поверхнево 30 секунд... Старт!"

[30 секунд швидкого дихання]

Психолог: "Стоп! Перевірте пульс. Що сталося?"

Група: "Серце б'ється швидше!"

Психолог: "А тепер повільне глибоке дихання. Вдих на 4, видих на 6... 1 хвилину..."

[Хвилина повільного дихання]

Психолог: "Перевірте пульс зараз."

Група: "Повільніше!"

Психолог: "За 1 хвилину! Бачите силу дихання?"

Вправа 1. "Діафрагмальне дихання" (20 хв)

Психолог: "Зараз ми навчимося 'правильно' дихати. Займайте зручні позиції - краще лягти, але можна сидіти. Як ви зараз почуваетесь?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Нормально. Через 20 хвилин перевіримо, що зміниться."

Крок 1: Усвідомлення поточного дихання (3 хв)

Психолог: "Покладіть одну руку на груди, другу - на живіт. Дихайте природно і просто спостерігайте. Яка рука рухається більше?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Продовжуйте спостерігати. Не змінюйте поки що, просто помічайте. Яка глибина дихання? Який ритм?"

Крок 2: Перехід до діафрагмального дихання (7 хв)

Психолог: "Тепер спробуємо дихати так, щоб рухалася рука на животі, а на грудях - якомога менше. Уявіть, що у вас в животі повітряна кулька. При вдиху вона надувається, при видиху - здувається. Повільний вдих через ніс... кулька надувається... рука на животі піднімається... Повільний видих через рот... кулька здувається... рука опускається... Виходить?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Це як переучуватися їзди на велосипеді. Продовжуйте. Встановлюємо ритм: вдих на 4 рахунки, маленька пауза на 2, видих на 6. Вдих-2-3-4, пауза-2, видих-2-3-4-5-6... Як справи?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Крок 3: Поглиблення практики (7 хв)

Психолог: "Тепер додаємо візуалізацію. При вдиху уявляйте, що вдихаєте спокій, свіжість, енергію.

При видиху - видихаєте напругу, тривогу, втому. Спокій входить... напруга виходить... Свіжість входить... втома виходить.. Що відчуваєте?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Відмінно. Продовжуймо. Хто відчув зміни?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Крок 4: Практика в різних позиціях (3 хв)

Психолог: "Тепер спробуємо в різних положеннях. Сідайте зручно..."

[Практика сидячи 1 хвилина]

Психолог: "А тепер вставайте... Чи можна дихати діафрагмою стоячи?"

[Практика стоячи 1 хвилина]

Психолог: "І навіть під час ходьби..."

[Повільна ходьба з діафрагмальним диханням 1 хвилина]

Обговорення результатів

Психолог: "Пам'ятаєте, ви були напружений на початку? Як зараз? А тепер найважливіше: коли ви можете використовувати цю техніку?"

Учасники:

"Перед сном"

"Коли нервую перед зустріччю"

"При флешбеку"

"Просто для профілактики"

Вправа 2. "Дихання 4-7-8 для сну" (15 хв)

Психолог: "У кого проблеми з засинанням?"

[Більшість піднімає руки]

Психолог: "Сьогодні вивчимо техніку доктора Ендрю Вейла. Він називає її 'природним транквілізатором'. Принцип простий: подовжений видих активує парасимпатичну систему - ваші природні 'сонні таблетки'."

Демонстрація техніки (5 хв)

Психолог: "Дивіться уважно на положення язика та дихання."

[Показує]

Язик торкається піднебіння за передніми зубами

Повний видих через рот зі свистячим звуком 'ффф'

Закрити рот, вдих через ніс на 4 рахунки

Затримка дихання на 7 рахунків

Видих через рот на 8 рахунків зі свистом

Чому саме такий ритм - 4-7-8?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Довгий видих - сигнал організму про безпеку та готовність до сну."

Практичне тренування (8 хв)

Психолог: "Почнемо обережно. Максимум 4 цикли для початківців! ВАЖЛИВО: якщо запаморочитеся - це нормально спочатку. Просто зупиніться. Готові? Перший цикл разом:

Повний видих... 'Ффффф'... Вдих через ніс 1-2-3-4... Затримка 1-2-3-4-5-6-7... Видих через рот 1-2-3-4-5-6-7-8... 'Ффффф'

Як справи?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Другий цикл... вдих 1-2-3-4..."

[Продовження практики]

Психолог (після 3 циклів): "Хто відчув сонливість?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Адаптація та застосування (2 хв)

Психолог: «Коли ви плануєте використовувати цю техніку?»

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Добре. Але пам'ятайте:

НЕ за кермом автомобіля!

НЕ перед важливими справами

ТІЛЬКИ коли можете дозволити собі розслабитися

Техніка допоможе заспокоїти нервову систему після кошмару."

Домашні завдання

Щоденна практика дихання

Психолог: "Ваше завдання на тиждень:

1. Діафрагмальне дихання:

Вранці 10 хвилин після прокидання

Ввечері 10 хвилин перед сном

Записувати рівень тривоги до і після (1-10)

2. Техніка 4-7-8:

Використовувати при проблемах з засинанням

Максимум 4 цикли за раз

Записати в щоденник: чи допомогло заснути?"

Дихання в стресових ситуаціях

Психолог: "3. Експрес-дихання при стресі: Коли відчуваєте підвищення тривоги - 2 хвилини діафрагмального дихання.

СЕСІЯ 4: "ПРОГРЕСИВНА М'ЯЗОВА РЕЛАКСАЦІЯ"

Міні-лекція: "М'язове напруження та психологічний стрес" (10 хв)

Психолог: "Покажіть руками, як виглядає напружена людина?"

[Учасники піднімають плечі до вух, стискають кулаки]

Психолог: "А розслаблена?"

[Учасники опускають плечі, розслабляють руки]

Психолог: "Бачите? Емоції мають фізичну форму! Сьогодні навчимося керувати цією формою."

Психолог: "Запитання: що первинне - емоція чи м'язова напруга?"

Більшість думає: тривога → напруга

Але працює в обидва боки:

Тривога → напруга м'язів

Напруга м'язів → тривога

Експеримент: Стисніть кулаки дуже сильно... тримайте 30 секунд... Що відчуваєте?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Тепер розтисніть і струсіть руками... Що зараз?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Ось ключ: якщо ми розслабимо м'язи, мозок отримає сигнал 'все добре', і емоційна напруга зменшиться."

ЧАСТИНА 1: Історія методу (2 хв)

Психолог: "Метод розробив Едмунд Джейкобсон у 1920-х роках. Він помітив: тривожні люди постійно напружені, навіть коли 'відпочивають'.

Він придумав парадоксальну техніку: СПОЧАТКУ ще більше напружити, ПОТІМ різко розслабити.

Чому це працює? Після сильного напруження м'яз ПРИРОДНО розслабляється глибше, ніж був до того."

ЧАСТИНА 2: Де тіло зберігає стрес (3 хв)

Психолог: "У кожного свої 'улюблені' місця для напруги.

[Показує на дошці силует людини]

Найчастіші зони:

Плечі та шия - у 80% людей!

Щелепи - особливо під час сну

Лоб та очі - при концентрації

Живіт - при тривозі

Спина - при хронічному стресі

Де у вас найчастіше напруга?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Сьогодні навчимося розслабляти всі ці зони."

ЧАСТИНА 3: Правила безпечної практики (2 хв)

Психолог: "ВАЖЛИВО:

Не робити вправу, якщо:

Гострий біль у м'язах

Травма або операція (менше 6 місяців)

Серйозні проблеми з серцем (проконсультуйтеся з лікарем)

Під час вправи:

Не напружуйте до болю - тільки до відчуття напруги

Дихайте природно - не затримуйте дихання

Якщо болить - зупиніться на цій групі м'язів

Всі готові? Питання?"

Вправа 1. "Повна прогресивна м'язова релаксація" (35 хв)

Мета: Навчити учасників свідомо розслабляти кожну групу м'язів через контрастування напруги та розслаблення.

Завдання для учасників:

Навчитися розрізняти напругу та розслаблення

Опанувати техніку для кожної групи м'язів

Досягти глибокого розслаблення всього тіла

Створити внутрішню "карту релаксації"

Матеріали: килимки для йоги або м'які підстилки, подушки (для голови та під коліна), пледи (якщо прохолодно), схема груп м'язів (роздаткова), аудіозапис спокійної музики (опціонально), таймер або годинник

Підготовка середовища:

Приглушене, але не темне світло

Температура 20-22°C

Тиша або тихий фон

Достатньо місця між учасниками

Психолог: "Лягайте зручно на спину. Ноги трохи розведені, руки вздовж тіла, долонями вгору. Можна підкласти подушку під голову, під коліна - як комфортніше. Вам зручно?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Закрийте очі або дивіться в стелю - як комфортніше.

Зробіть 5 глибоких вдихів... Дозвольте тілу важко лягти на підлогу..."

ОСНОВНА ЧАСТИНА: Послідовне опрацювання груп м'язів

Психолог: "Принцип такий: напружуємо на 5 секунд, розслабляємо на 15 секунд. Я рахую вголос. Повторюємо кожну групу 2 рази."

Група 1: КИСТІ РУК ТА ПЕРЕДПЛІЧЧЯ (3 хв)

Психолог: "Починаємо з рук. Стискайте кулаки дуже міцно... уявіть, що вичавлюєте лимон... НАПРУГА... 1-2-3-4-5... А ТЕПЕР ВІДПУСТИТЬ! Дозвольте пальцям розкритися... руки м'які, важкі, теплі... відчуйте різницю між напругою та розслабленням..."

[15 секунд пауза]

Помічайте, як кров приливає до пальців... можливо, відчуваєте тепло або поколювання... це нормально... Ще раз. Стискаємо кулаки... сильно... 1-2-3-4-5... ВІДПУСТИТИ! Руки стають ще важчими... м'якими... розслабленими... Що відчуваєте в руках?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Група 2: БІЦЕПСИ (3 хв)

Психолог: "Тепер біцепси. Зігніть руки в ліктях, напружте біцепси... так, ніби показуєте м'язи... сильно... 1-2-3-4-5... РОЗСЛАБИТИ! Руки падають... важкі... від плечей до пальців - суцільне розслаблення..."

[Пауза]

Ще раз... напруга біцепсів... 5 секунд... розслабити... відчуйте контраст..."

Група 3: ТРИЦЕПСИ (3 хв)

Психолог: "Тепер задня частина рук. Випрямте руки, напружте трицепси... руки прямі, жорсткі... 1-2-3-4-5... відпустити! Руки знову м'які, важкі, розслаблені повністю..."

Група 4: ПЛЕЧІ ТА ШИЯ (4 хв)

Психолог: "Найважливіша зона! Піднімайте плечі до вух... максимально високо... намагайтеся торкнутися вухами... напруга... 1-2-3-4-5... СКИНУТИ! Плечі падають вниз... важкі... розслаблені... відчуйте, як напруга стікає з плечей..."

[Пауза]

Психолог: " Ще раз... плечі вгору... напруга... відпустити... Тепер шия. Натисніть головою на підлогу або подушку... напруга задньої частини шиї... 5 секунд... розслабити... Голова важка... шия м'яка... Тепер підніміть голову трохи від підлоги... напруга передньої частини шиї... 5 секунд... опустити, розслабити..."

Група 5: М'ЯЗИ ОБЛИЧЧЯ (4 хв)

Психолог: "Обличчя зберігає багато емоційної напруги.

Очі: Заплющіть очі дуже сильно... зморщки навколо очей... напруга... 5 секунд... розслабити... очі м'які, розслаблені...

Лоб: Нахмуртеся... зморщки на лобі... підніміть брови високо... напруга... розслабити... лоб гладенький, м'який...

Щелепи: Найважливіше! Стисніть зуби... дуже сильно... 1-2-3-4-5... розслабити... дозвольте щелепі трохи відкритися... можливо, рот трохи відкриється... це нормально...

Психолог: "Ніс та губи: Зморщіть ніс, наче відчуваєте неприємний запах... губи трубочкою... напруга... розслабити..."

Все обличчя тепер м'яке, розслаблене, спокійне..."

Група 6: ГРУДИ ТА СПИНА (4 хв)

Психолог: "Груди: Глибокий вдих, розширте груди максимально... затримайте повітря... напруга... 5 секунд... видих, розслабити... дихання природне, вільне..."

Спина: Зведіть лопатки разом позаду... намагайтеся їх з'єднати... напруга між лопатками... 5 секунд... розслабити... спина м'яка, розтікається по підлозі... Слухайте своє тіло."

Група 7: ЖИВІТ (3 хв)

Психолог: "Напружте м'язи живота... так, ніби очікуєте удару... живіт жорсткий, твердий... 1-2-3-4-5... розслабити... Живіт м'який, розслаблений... дихання вільно рухає животом... Ще раз... напруга... розслаблення... відчуйте, як живіт стає м'яким, теплим..."

Група 8: СТЕГНА ТА СІДНИЦІ (4 хв)

Психолог: "Напружте м'язи стегон та сідниць одночасно... сильно... ніби намагаєтесь підняти себе з підлоги силою сідниць... 1-2-3-4-5... розслабити... Нижня частина тіла важка, розслаблена, розтікається по підлозі... Ще раз... напруга... розслаблення..."

Група 9: ГОМІЛКИ (3 хв)

Психолог: "Піднесіть носки ніг до гомілок... максимально на себе... відчуваєте напругу в гомілках?... 5 секунд... розслабити... стопи вільно падають... Тепер протилежний рух: натисніть носками від себе, наче балерина... напруга... розслабити..."

Група 10: СТОПИ (3 хв)

Психолог: "Останнє! Стисніть пальці ніг... зігніть їх вниз... напруга у стопах... 5 секунд... розслабити... стопи м'які, теплі... Ще раз... стиснути... розслабити... Весь шлях від голови до стоп - розслаблення..."

ЗАВЕРШАЛЬНА ФАЗА: Загальне сканування (5 хв)

Психолог (дуже спокійним голосом): "Тепер усе ваше тіло глибоко розслаблене... Повільно пройдіться увагою по всьому тілу... Голова... важка, розслаблена... Обличчя... м'яке, спокійне... Шия та плечі... без напруги... Руки... важкі, теплі... Груді... вільне дихання... Спина... розтікається по підлозі... Живіт... м'який, розслаблений... Ноги... важкі, теплі, розслаблені... Уявіть, що ви занурюєтесь у теплу воду... або лежите на м'якій хмарі... або на теплому піску... Повне, глибоке розслаблення всього тіла... Запам'ятайте це відчуття... Ваше тіло знає, як це - бути повністю розслабленим..."

[2 хвилини тиші]

Поступово починайте повертатися... не поспішайте... Поворухніть пальцями рук... пальцями ніг... Повільно потягніться... як після довгого сну... Коли будете готові, повільно відкривайте очі... Повертайтеся у свій власний темп... не поспішайте сідати..."

Обговорення досвіду (5 хв)

Психолог (після того, як всі повільно сіли): "Як відчуття? Не поспішайте відповідати. Микола?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Вправа 9: "Експрес-релаксація для бойових умов" (20 хв)

Мета: Адаптувати техніку релаксації для швидкого використання у будь-яких умовах.

Завдання:

Вивчити скорочені версії релаксації

Практикувати у різних позиціях

Адаптувати під реальні умови служби

Створити персональну експрес-техніку

Контекст для учасників:

Психолог: "Повна релаксація займає 35 хвилин. Але у житті не завжди є 35 хвилин!

Особливо на службі. У яких ситуаціях вам потрібно швидко розслабитися, але немає часу?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Тому навчимося експрес-версіям."

ТЕХНІКА 1: "Плечі-скидання" (5 хв)

Психолог: "Плечі - головний 'склад' стресу. Швидке розслаблення плечей дає загальне полегшення."

Крок 1: "Всі встаньте або сідайте прямо. Різко підніміть плечі до вух... максимально... затримайте 3 секунди... А ТЕПЕР СКИНЬТЕ! Дозвольте плечам 'впасти' вниз під власною вагою. Відчули розслаблення?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Ще 4 рази... Вгору-затримали-СКИНУТИ!... Вгору-СКИНУТИ!..."

[Виконують 5 повторень]

Психолог: "Що відчуваєте?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Це можна робити:

Сидячи в транспорті

Стоячи на посту

Навіть під час розмови (непомітно!)

ТЕХНІКА 2: "Кулак-розслаблення" (5 хв)

Психолог: "Руки - другий 'склад' напруги. До того ж, їх легко напружити непомітно для оточуючих."

Крок 1: "Стисніть обидва кулаки максимально сильно... уявіть, що тримаєте щось дуже важливе... вся сила в кулаках... 3 секунди... РОЗТИСНУТИ! Струсіть кистями... відчуйте прилив тепла до пальців... Ще 4 рази... Стиснути-РОЗТИСНУТИ-струсити!..."

[Виконують 5 повторень]

Психолог: "Що помітили?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Це кров прилила - ознака розслаблення!"

Варіації:

Одна рука за раз (якщо друга зайнята)

Під столом (на нараді, в кафе)

Під час ходьби

ТЕХНІКА 3: "Повне напруження тіла - 3 секунди" (5 хв)

Психолог: "Коли часу зовсім мало - напружуємо ВСЕ тіло одночасно."

Крок 1: "Встаньте, ноги на ширині плечей. На мій сигнал напружте ОДНОЧАСНО:

Кулаки стиснуті

Плечі до вух

М'язи живота

Ноги напружені

ВСЕ тіло як струна!

Готові? НАПРУГА!... 1-2-3... РОЗСЛАБИТИ!

Дозвольте всьому тілу стати м'яким... можете трохи зігнути...

Глибокий вдих-видих..."

[Повторюють 3 рази з 30-секундними паузами]

Психолог: "Як відчуття?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

СЕСІЯ 5: "ТЕХНІКИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ТА ОБРАЗНОГО МИСЛЕННЯ"

Міні-лекція: "Сила уяви та її вплив на мозок" (15 хв)

Мета лекції: Надати учасникам наукове обґрунтування впливу візуалізації на нервову систему та мотивувати до використання техніки.

Психолог: "Сьогодні говоримо про дуже цікавий феномен. Скажіть, коли ви думаєте про лимон - уявляєте, як кусаєте його, відчуваєте кислоту - що відбувається у роті?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Ось вам доказ: мозок не розрізняє реальні та уявні події. Коли ви щось яскраво уявляєте, мозок активує ті ж самі нейронні шляхи, що й при реальному переживанні."

ЧАСТИНА 1: Нейробіологія візуалізації (5 хв)

Психолог: "Дослідження показують цікаві речі:

Експеримент зі спортсменами: Дві групи баскетболістів тренувалися кидати м'яч у кошик:

Група А: фізичне тренування 1 година на день

Група Б: 30 хвилин фізично + 30 хвилин візуалізували ідеальний кидок

Результат? Група Б показала кращі результати!

Чому це працює: Коли ви уявляєте дію, моторна кора мозку активується майже так само, як при реальному виконанні. М'язи отримують мікро-імпульси. Мозок 'вчиться' без реальної дії. Це і є візуалізація! Тепер ми навчимося робити це системно."

ЧАСТИНА 2: Візуалізація для роботи з тривогою (5 хв)

Психолог: "Якщо мозок реагує на уявні образи як на реальні, ми можемо це використати:

Негативна візуалізація (неконтрольована):

Уявляєте катастрофічні сценарії → тіло реагує тривогою

'Прокручуєте' травматичні події → організм активує стрес

Позитивна візуалізація (контрольована):

Уявляєте безпечне місце → тіло розслабляється

Бачите успішний результат → впевненість зростає

Ви часто 'прокручуєте' в голові негативні сценарії?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "І як почуваетесь після цього?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Саме так! Ваш мозок 'тренує' тривогу. Сьогодні навчимося тренувати спокій."

ЧАСТИНА 3: Умови ефективної візуалізації (3 хв)

Психолог: "Щоб візуалізація працювала, потрібні три речі:

1. ДЕТАЛІЗАЦІЯ: Чим детальніше образ, тим сильніший ефект. Не просто 'море', а 'теплий пісок під ногами, запах солі, шум хвиль'.

2. МУЛЬТИСЕНСОРНІСТЬ: Залучаємо всі органи чуттів: зір, слух, дотик, запах, смак.

3. ЕМОЦІЙНИЙ РЕЗОНАНС: Образ має викликати відчуття безпеки, спокою, сили.

Коли ви пам'ятаєте якусь подію - ви бачите картинку чи відчуваєте емоції?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

ЧАСТИНА 4: Види візуалізації у програмі (2 хв)

Психолог: "Сьогодні опануємо три техніки:

'Безпечне місце' - для швидкого заспокоєння

'Візуалізація успіху' - для підготовки до складних ситуацій

'Контейнер' - для управління нав'язливими думками

Почнемо!"

Вправа 1. "Безпечне місце" (25 хв)

Мета: Створити персональний внутрішній ресурс - місце абсолютної безпеки, до якого можна повертатися у скрутні моменти.

Завдання для учасників:

Обрати або створити своє безпечне місце

Детально візуалізувати його через усі органи чуттів

Навчитися швидко входити та виходити з цього стану

Закріпити образ для майбутнього використання

Матеріали: килимки або зручні крісла, аудіозапис звуків природи (тихий фон), бланки "Мій ресурс" (А4), кольорові олівці, приглушене світло

Психолог: "Займайте найзручніші позиції. Хочу застерегти: якщо під час вправи ви відчуєте дискомфорт - це нормально. Можете зупинитися, відкрити очі, повернутися в кімнату. Ви готові?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Хвилювання - це нормально. Пам'ятайте: ви контролюєте процес."

ЕТАП 1: Вибір місця (5 хв)

Інструкція для ведучого: "Закрийте очі або зафіксуйте погляд на одній точці. Зробіть три глибоких вдихи... Зараз ви оберете своє безпечне місце. Це може бути:

Місце з вашого минулого: бабусина хата, улюблена поляна з дитинства, місце відпочинку

Місце, де ви ніколи не були, але мріяли потрапити: тихий пляж, гірська вершина

Повністю вигадане місце: казковий ліс, космічна станція, хмарний палац

Головне правило: у цьому місці ви відчуваєте абсолютну безпеку. Ніхто не може вам зашкодити. Ви повністю контролюєте це місце.

Дайте собі хвилину... Яке місце приходить вам на думку?... Не аналізуйте, просто дозвольте образу з'явитися..."

ЕТАП 2: Візуальний канал - що ви БАЧИТЕ (4 хв)

Інструкція для ведучого: "Тепер подивіться навколо у вашому безпечному місці... Що ви бачите?... Яке освітлення? Яскраве сонце? М'яке світло світанку? Зоряне небо?... Які кольори вас оточують?... Зелень? Блакить? Золотисті відтінки?... Що є на передньому плані?... Може, вода, рослини, меблі?... Що на задньому плані?... Гори, ліс, горизонт?... Чи є там живі істоти? Птахи, тварини? Чи ви один?... Подивіться на деталі... Якась особлива деталь робить це місце вашим..."

Пауза для візуалізації 2 хвилини

ЕТАП 3: Аудіальний канал - що ви ЧУЄТЕ (3 хв)

Інструкція для ведучого: "А тепер прислухайтеся... Які звуки у вашому місці?... Може, це шум води? Хвилі, струмок, водоспад?... Спів птахів? Які птахи? Співають далеко чи близько?..."

Шелест листя на вітрі?... Як звучить вітер?... А може це тиша? Глибока, спокійна тиша?... Можливо, улюблена музика тихо лунає?... Дозвольте звукам наповнити ваш простір... Кожен звук додає безпеки..."

ЕТАП 4: Кінестетичний канал - що ВІДЧУВАЄ тіло (4 хв)

Інструкція для ведучого: "Тепер відчуйте своє тіло у цьому місці... Яка температура? Тепло, приємно прохолодно?... Що під вашими ногами? Теплий пісок? М'яка трава? Дерев'яна підлога?... Чи дме вітер? Легенький бриз торкається шкіри?... Або повітря абсолютно спокійне?... Можливо, ви сидите чи лежите на чомусь м'якому? Відчуйте цю м'якість... Сонце гріє вашу шкіру? Або приємна прохолода?... Ваше тіло розслаблене... важке... спокійне... безпечно..."

ЕТАП 5: Нюхово-смаковий канал (3 хв)

Інструкція для ведучого: "Зробіть глибокий вдих... Які запахи у вашому місці?... Може, морський бриз з йодом та сіллю?... Аромат квітів, трави після дощу?... Запах хвої у лісі?... Запах дому - випічка, кава, щось рідне?... А чи є якийсь смак? Може, улюблений напій? Фрукт? Просто свіже повітря?... Дозвольте цим відчуттям поглибити ваше переживання безпеки..."

ЕТАП 6: Емоційне закріплення (2 хв)

Інструкція для ведучого: "А тепер відчуйте емоцію безпеки... Як вона проявляється у вашому тілі?... Можливо, тепло у грудях? Розслаблення плечей? Спокій у животі?... Скажіть собі: 'Я в безпеці. Тут нічого не може мені зашкодити. Це моє місце.' Запам'ятайте це відчуття... Воно завжди доступне вам..."

ЕТАП 7: Техніка входу та виходу (2 хв)

Інструкція для ведучого: "Тепер створимо 'вхід' до вашого місця... Уявіть символічний вхід: двері, стежка, портал, міст... Як ви потрапляєте сюди? Які кроки робите? Через що проходите?... Запам'ятайте цей шлях... Він завжди приведе вас сюди... А тепер подумайте про вихід... Той самий шлях назад... Коли готові повернутися, ви просто йдете тим шляхом... Подякуйте своєму місцю... Воно завжди чекає на вас... Поступово повертайтеся сюди... у цю кімнату... відчуйте стілець під собою... звуки кімнати... Коли будете готові, відкрийте очі..."

Обговорення досвіду

Психолог: "Як відчуття?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Закріплення образу - заповнення бланка (3 хв)

Психолог: "Тепер візьміть бланки 'Мій ресурс'. Зафіксуйте своє місце:

1. Назва місця: (наприклад, 'Бабусина хата', 'Мій пляж')
2. Ключові деталі по каналах:

Зір: що бачу

Слух: що чую

Дотик: що відчуваю

Запах/смак: які аромати

3. Символ: намалюйте простий символ, який нагадує про це місце

4. Слово-ключ: одне слово, яке миттєво викличе цей образ

Можете також намалювати своє місце, якщо хочете."

Приклад заповненого бланка (Сергій):

Назва: Літня веранда

Зір: Світлий дерев'яний простір, квіти в горщиках

Слух: Дзижчання бджіл, далекий сміх дітей

Дотик: Тепле дерево під руками, легенький вітерець

Запах: Жасмин, свіже випрана білизна

Символ: [малює веранду]

Слово-ключ: СПОКІЙ.

Вправа 2. "Візуалізація успіху та впевненості" (20 хв)

Мета: Ментальне програмування успішної поведінки для підготовки до складних ситуацій через детальну візуалізацію впевненого подолання виклику.

Завдання для учасників:

Обрати конкретну майбутню ситуацію

Створити успішний сценарій її проходження

Детально прожити цей сценарій

Закріпити відчуття впевненості

Матеріали: бланки "Мій успішний сценарій", ручки, зручні позиції для візуалізації

Психолог: "Пам'ятаєте експеримент з баскетболістами? Візуалізація не тільки заспокоює, а й готує до дії. Принцип простий: якщо ви багато разів уявили, як успішно справляєтеся з ситуацією, мозок 'вважає', що ви вже маєте цей досвід. Ви маєте якусь майбутню складну ситуацію?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Візьміть бланки. Напишіть конкретну ситуацію, до якої хочете підготуватися:

Можливі варіанти:

Співбесіда або зустріч з керівництвом

Розмова з близькою людиною про складне

Перша ніч вдома після повернення

Медичне обстеження

Соціальна подія (весілля, зустріч друзів)

Повернення на місце, пов'язане з травмою

Важливо: оберіть щось конкретне, що планується найближчим часом."

Психолог: "Зручно сідайте або лягайте. Закрийте очі. Діафрагмальне дихання... 10 циклів... Вдих 1-2-3-4... Видих 1-2-3-4-5-6..."

[Пауза для дихання]

Відчуйте розслаблення... спокій... готовність..."

Психолог: "Тепер уявіть себе ПЕРЕД цією ситуацією..."

ПОЧАТКОВЕ НАЛАШТУВАННЯ (2 хв): Ви прокидаєтесь того ранку... Як почуваетесь? Ви спокійні... впевнені... Ви готуетесь... Обираєте одяг, у якому комфортно... Дихаєте рівно... Думки ясні: 'Я готовий. Я справлюся. Я робив це раніше.' (Навіть якщо не робили - уявляєте, що робили!) Тіло розслаблене, але наповнене енергією... Відчуваєте приємне збудження, а не страх...

ПРИБУТТЯ НА МІСЦЕ (2 хв): Ви прибуваєте... Дивіться навколо впевнено... Пам'ятаєте про дихання... Плечі розслаблені... Хребет прямий... Погляд спокійний... Якщо відчуваєте хвилювання - це нормально... Ви робите глибокий вдих... і хвилювання перетворюється на енергію...

ПРОЖИВАННЯ СИТУАЦІЇ (4 хв): Тепер уявіть найскладніший момент ситуації... Той, якого найбільше боїтесь... АЛЕ! Ви справляєтесь! Як саме? Уявіть: вас запитують щось складне на співбесіді... Що ви робите?"

Уявляйте, як ви:

Використовуєте свої техніки

Говорите впевнено (навіть якщо всередині хвилюєтесь)

Робите паузи, коли потрібно

Просите підтримки, якщо треба

Завершуєте ситуацію успішно

ПІСЛЯ СИТУАЦІЇ (2 хв): Ситуація закінчилася... Ви справились! Відчуйте гордість... полегшення... задоволення... Скажіть собі: 'Я зміг! Я сильніший, ніж думав!' Відчуйте це у тілі... Тепло у грудях? Легкість? Усмішка?"

Психолог: "Тепер запам'ятайте це відчуття впевненості та успіху... Уявіть, що воно має колір... Який?... Форму... Температуру... Помістіть його у своє серце... Воно завжди з вами... Коли підійде реальна ситуація, згадайте це відчуття..."

Психолог: "Поступово повертайтеся... Відкривайте очі... Що відчуваєте?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "А ваш мозок тепер 'думає', що ви вже маєте досвід успішної співбесіди!»

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Візуалізація - це репетиція. Чим більше репетицій, тим легше реальне виконання. Практикуйте щодня!"

Вправа 3. "Техніка контейнера" (20 хв)

Мета: Навчитися тимчасово "відкладати" нав'язливі думки та тривожні переживання для опрацювання у безпечний час.

Завдання для учасників:

Створити уявний контейнер для тривожних думок

Навчитися "поміщати" туди думки

Планувати безпечний час для їх опрацювання

Використовувати як інструмент контролю

Матеріали: бланки "Мій контейнер", кольорові олівці, невеликі клаптики паперу (для символічної практики), коробка або конверт (реквізит)

Психолог: "У кого бувають нав'язливі думки?"

[Більшість піднімають руки]

Психолог: «Які думки вас переслідують?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "А коли вони найчастіше приходять?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: " Проблема нав'язливих думок у тому, що:

Вони приходять у невідповідний час - коли ви не можете їх опрацювати

Спроби їх придушити роблять гірше - пам'ятаєте експеримент 'не думайте про рожевого слона'?

Вони крадуть вашу енергію - ви боретеся з ними замість відпочивати

Техніка контейнера - це не придушення думок, а їх відкладання на правильний час."

Принцип: "Уявіть: ви на роботі, дитина просить допомогти з уроками. Ви кажете: 'Зараз не могу, але о 18:00 сядемо разом'. Дитина знає, що її почують, просто пізніше.

Так само з думками: 'Я тебе почую, але не зараз о 3 ночі, а завтра о 15:00 на зустрічі з психологом'."

Психолог: "Візьміть бланки. Створимо ваш персональний контейнер.

Крок 1: Який він?

Контейнер має бути:

Міцним - думки не вийдуть самі

Надійним - ви довіряєте йому

З замком - ви контролюєте відкриття

Таким, що резонує з вами

Варіанти:

Сейф, скриня, ящик

Бронедвері, сховище

Морозильна камера ('заморожую' думки)

Космічна капсула

Будь-що інше!

Який ваш контейнер?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Креативно! Намалуйте свій контейнер на бланку."

[Учасники малюють 3 хвилини]

Психолог: "Тепер навчимося класти думки в контейнер.

Крок 1: Помітити думку Коли прийшла нав'язлива думка: 'О, це ТА думка знову'

Крок 2: Визнати 'Так, ця думка є. Вона важлива. Але зараз НЕ час'

Крок 3: Візуалізувати Уявити, як записуєте думку на папір або уявляєте її як об'єкт

Крок 4: Помістити Відкрити контейнер, покласти думку, закрити, ЗАМКНУТИ

Крок 5: Повідомити собі 'Я подумаю про це [коли саме]. Зараз займуся [чим зараз]'

Давайте практикуємо. Яка думка вас переслідує?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Добре. Закрийте очі. Уявіть цю думку... Бачите її? Як вона виглядає? Якого кольору? Тепер візьміть її... можете руками уявними... і понесіть до свого контейнера... Де він у вас? Йдіть туди... Відкривайте контейнер... Кладіть хмару всередину... Закривайте... Замикайте... Замкнули? Скажіть думці: 'Я подумаю про тебе завтра на сесії'. Відкрийте очі. Як відчуття?"

Психолог: "КРИТИЧНО ВАЖЛИВО: ви МАЄТЕ запланувати час, коли відкриєте контейнер!

Інакше думки 'знають', що ви їх обдурюєте, і не дадуть спокою.

Хороші варіанти:

Сесія з психологом

Запланований час 'для тривожних думок' (15 хв щодня)

Розмова з довіреною особою

Письмове опрацювання

Погані варіанти:

'Колись'

'Ніколи'

Невизначений час

СЕСІЯ 6: КОГНІТИВНІ ТЕХНІКИ

Міні-лекція: "Когнітивна тріада: думки-почуття-поведінка" (20 хв)

Психолог: "Сьогодні ми говоримо про силу ваших думок. Запитання: хто керує вашими емоціями?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Багато хто так думає. Але насправді між ситуацією та емоцією є щось важливе. Давайте експеримент.

Уявіть: ви йдете вулицею і бачите знайомого. Ви махаєте рукою, а він проходить повз, не помітивши вас.

Який варіант думки приходить першим?

Варіант А: 'Він мене ігнорує. Я йому не подобаюся.' Варіант Б: 'Він задумався, не помітив.'

Якщо варіант А - яка емоція?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "А якщо варіант Б?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Бачите? Ситуація ОДНА. Думки РІЗНІ. Емоції РІЗНІ.

[Малює схему на дошці]

СИТУАЦІЯ



ДУМКА (інтерпретація)



ЕМОЦІЯ



ПОВЕДІНКА

Не ситуація викликає емоцію, а ваша ДУМКА про ситуацію!"

Вправа 1. Щоденник думок (25 хв)

Психолог: "Щоденник думок - це інструмент детектива. Ви розслідуєте свої автоматичні думки.

Автоматичні думки - це думки, які з'являються миттєво, без роздумів. Вони часто негативні та спотворені. Коли ви відчуваєте тривогу, які думки приходять?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Це і є автоматичні думки. Давайте навчимося їх відстежувати."

Психолог: "Щоденник має 6 колонок:

[Показує на великому плакаті]

1. СИТУАЦІЯ - що сталося?
2. АВТОМАТИЧНА ДУМКА - що подумали?
3. ЕМОЦІЯ - що відчули? (сила 0-10)
4. ДОКАЗИ 'ЗА' - що підтверджує цю думку?
5. ДОКАЗИ 'ПРОТИ' - що спростовує?
6. АЛЬТЕРНАТИВНА ДУМКА - більш реалістична думка
7. НОВА ЕМОЦІЯ - як змінилося відчуття? (0-10)"

Психолог: "Давайте разом заповнимо щоденник. Поділіться якоюсь ситуацією, коли відчували тривогу?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Чудово для прикладу.

[Заповнює на дошці]

СИТУАЦІЯ: Командир попросив зайти до кабінету

АВТОМАТИЧНА ДУМКА: 'Я щось зробив не так. Будуть проблеми.'

Яка емоція і наскільки сильна?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Записуємо. Тепер ДОКАЗИ 'ЗА' - що підтверджує, що будуть проблеми?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Добре. Тепер ДОКАЗИ 'ПРОТИ' - що спростовує цю думку?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Відмінно! Тепер АЛЬТЕРНАТИВНА ДУМКА - що більш реалістично?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Чудово! А яка емоція тепер?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Бачите? Ситуація та сама, але думка змінилася - емоція зменшилася."

Психолог: "Тепер кожен візьміть бланк щоденника. Пригадайте якусь ситуацію з останніх днів, коли відчували сильну емоцію. Спробуйте заповнити."

[Учасники працюють індивідуально, психолог консультує]

Вправа 2. Когнітивні спотворення (30 хв)

Психолог: "Наш мозок - не комп'ютер. Він робить помилки у мисленні. Є типові помилки, які називаються когнітивними спотвореннями.

[Роздає список когнітивних спотворень]

Давайте розберемо кожне."

1. Катастрофізація

Психолог: "Це коли ви уявляєте найгірший можливий сценарій. 'Що якщо...'

Приклад: Болить голова → 'Що якщо це пухлина мозку?!'

Хто впізнає себе?"

Психолог: "Антидот: запитайте себе: Яка ймовірність найгіршого сценарію? Що найімовірніше? Чи траплявся найгірший сценарій раніше в схожих ситуаціях?"

2. Чорно-біле мислення

Психолог: "Все або нічого. Немає середини. 'Якщо я не ідеальний, то я невдаха.' 'Якщо не можу зробити все, не буду робити нічого.'

Антидот: Де середина? Які є варіанти між 'все' і 'нічого'? Замість 'Я невдаха' → 'У мене є сильні та слабкі сторони' Замість 'Не йду взагалі' → 'Зроблю спрощену версію'"

3. Персоналізація

Психолог: "Брати на себе відповідальність за те, що від вас не залежить.

'Якщо команда провалила завдання, це моя вина.' 'Якщо хтось у поганому настрої, я щось не так зробив.

Антидот: Запитайте: Скільки факторів вплинуло на ситуацію? Який мій реальний відсоток відповідальності? Що було поза моїм контролем?"

4. Читання думок

Психолог: "Думати, що знаєте, що думають інші. 'Він думає, що я слабак.' 'Вони впевнені, що я не справлюся.

Антидот: У вас є докази їхніх думок? Чи можна перевірити, запитавши? Може, ви проектуєте свої думки на них?"

5. Передбачення майбутнього

Психолог: "Впевненість, що знаєте, що станеться. 'Я знаю, що провалю співбесіду.' 'Це точно закінчиться погано.'

Антидот: Чи траплялося, що ви помилялися в передбаченнях? Що може статися ще?"

Групова вправа (10 хв)

Психолог: "Об'єднайтеся в трійки. Кожен розповідає про якусь свою думку. Інші допомагають визначити когнітивне спотворення та знайти альтернативу."

Приклад діалогу в групі:

Олександр: "Я думаю: 'Якщо не можу виконати завдання ідеально, краще не братися.'"

Микола: "Це чорно-біле мислення!"

Петро: "А альтернатива: 'Краще зробити неідеально, ніж не зробити взагалі.'"

Домашнє завдання

Психолог: "Ваш головний інструмент на наступні тижні:

1. Щоденник думок (щодня):

Мінімум 1 запис на день

Відстежуйте автоматичні думки

Шукайте докази за і проти

Формулюйте альтернативи

2. Полювання на когнітивні спотворення:

Помічайте, коли використовуєте спотворення

Називайте їх ('Ага, це катастрофізація!')

Формулюйте більш реалістичну думку

3. Експеримент з поведінкою:

Оберіть одну ситуацію, якої уникаєте через негативні думки

Перевірте думку на практиці

Запишіть, що сталося насправді"

СЕСІЯ 7: "ТЕХНІКИ ОПРАЦЮВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ СПОГАДІВ"

Мета: навчити безпечним способам роботи зі спогадами, зменшити інтенсивність флешбеків, розвинути почуття контролю.

Міні-лекція (15 хв)

Психолог: "Скажіть, будь ласка, у кого бувало так, що ви раптом ніби знову опинилися там, у тій події?"

[кілька учасників кивають, один говорить:]

Психолог: "Це називається флешбек. Це нормальна реакція після травми. Мозок так намагається 'переварити' подію, але іноді він плутає минуле і теперішнє."

– "У нас є три ключові 'керівники' у мозку:

- Амігдала – сигналізація, яка запускає тривогу.
- Гіпокамп – диспетчер часу, який плутає, чи подія була вчора чи 10 років тому.
- Префронтальна кора – командир, який приймає рішення. Але під час травми його 'відсуває' паніка."

Метафора: "Уявіть собі сигналізацію в машині, яка починає вити від найменшого звуку. Вона думає, що захищає, а насправді тільки виснажує. Наше завдання – навчити мозок: 'це було тоді, а зараз я в безпеці'."

[Учасники кивають, хтось усміхається від образної мови.]

Психолог: "Коли ми поступово згадуємо подію у безпечному середовищі, мозок вчиться: 'Так, це сталося, але зараз я у безпеці'. З часом спогад втрачає свою силу. Це як тренування: чим більше ви вчитеся підходити до цього образу без страху, тим спокійніше стає."

Психолог уточнює правила безпеки:

Ви контролюєте процес.

Можете зупинитися будь-коли.

Ми не обговорюємо деталі травми у групі – лише відчуття.

Вправа 15: "Письмовий експозиційний протокол" (30 хв)

Мета: навчитися безпечному письмовому опрацюванню травми.

Психолог: "Зараз протягом 15 хвилин ви будете писати про подію, яка була для вас дуже важкою. Це не твір і не лист комусь. Це тільки для вас. Пишіть все: факти, думки, почуття, навіть те, що здається хаотичним. Ніхто не буде читати ваш текст. Можливо, з'явиться сильна емоція. Це нормально. Якщо стане занадто важко – підніміть руку, ми одразу зробимо техніку заземлення."

[Учасники отримують аркуші й ручки. Починають писати. У кімнаті тиша, лише приглушена музика.]

Завершення письма і заземлення

Психолог: "Час закінчився. Відкладіть ручки. Давайте зробимо вправу '5-4-3-2-1':

5 речей, які ви бачите.

4 – яких можете торкнутися.

3 – які чуєте.

2 – запахи.

1 – смак."

Обговорення

Психолог: "Ми не читаємо тексти. Розкажіть, як вам було: на початку, під час, наприкінці?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Вправа 16: "техніка стоп" (15 хв)

Мета: навчитися зупиняти флешбеки.

Психолог: "Коли спогад накриває, потрібен чіткий алгоритм. Це як 'аварійна кнопка'. Техніка називається СТОП."

Алгоритм (пояснення + діалог)

"С – Стоп. Кажу собі: 'Стоп!'"

Т – Тіло. Роблю глибокий вдих.

О – Оглянутись. Називаю три речі, які бачу.

П – Плануй. Обираю корисну дію."

Приклад діалогу:

Учасник: "А якщо я на вулиці, і раптом шум нагадує обстріл?"

Психолог: "Тоді – внутрішньо кажеш 'Стоп', вдихаєш, озирася: 'Я бачу магазин, світлофор, людей'. Це нагадує: 'Я тут, не там'. Потім план: йду далі, дзвоню товаришу, роблю 10 вдихів."

Практика:

Психолог хлопає в долоні (різкий звук).

"Добре, група, разом: Стоп – вдих – оглянутись – план!"

[усі вголос повторюють]

Робота в парах: один уявляє тригер, другий допомагає пройти алгоритм. Потім міняються.

Вправа 17: "Переписування наративу" (30 хв)

Мета: змінити історію з болючої на таку, що містить ресурси та силу.

Психолог: "У кожного з нас є історії, які ми розповідаємо про себе. Часто вони звучать: 'Я безпорадний, я не впорався'. Але є інша версія: 'Я вижив, я витримав, я щось навчився'. Давайте перепишемо історію."

Інструкція: "Візьміть аркуш. Напишіть коротко про подію, але з позиції сьогоdnішнього себе. Додайте відповіді:

- Що допомогло мені вижити?
- Які сили я в собі відкрив?
- Чого навчився після цього?
- Які цінності це мені показало?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Обмін у парах (10 хв)

Учасники діляться лише позитивними частинами. Один каже: "Я витримав", інший відповідає: "Я чую твою силу".

Обговорення

Психолог: "Хто хоче поділитися одним словом про свій ресурс?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Домашнє завдання

Продовжити письмові експозиції (3 рази на тиждень, по 15 хв).

Після кожного написання – обов'язково робити техніку заземлення.

Використовувати СТОП при флешбеках.

Вести «альтернативний наратив»: дописувати щотижня нові риси сили та підтримки.

СЕСІЯ 8: "РОБОТА З ПРОВИНОЮ ТА САМООБВИНУВАЧЕННЯМ"

Мета: допомогти учасникам усвідомити природу провини, зменшити самообвинувачення, розвинути співчуття до себе та навички самопрощення.

Міні-лекція (15 хв) "Провина виживання та моральна травма"

Психолог: "Скажіть, чи було у вас таке відчуття: «Я мав зробити більше», «Я винен, що хтось постраждав, а я залишився живим»?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Це називається провина виживання. Вона дуже поширена після бойового досвіду чи втрат. Але варто розуміти: це не завжди про факти, це про наші внутрішні відчуття. Коли хтось із побратимів загинув, а ви залишились живі, мозок шукає пояснення: «Чому я?». І часто відповідає: «Бо я винен». Насправді – це не правда, це результат випадкових обставин.

Це інший тип провини – коли людина відчуває: «Я зробив щось не так» або «Я не зробив того, що мав». Але тоді обставини були зовсім іншими – небезпека, страх, відсутність часу на вибір."

Уявіть суддю, який засуджує солдата, але не враховує, що той був під обстрілом, без ресурсів і в шоковому стані. Це несправедливий суд. Наше завдання – навчитися бути для себе справедливим суддею, а не каральним."

Вправа 1 "Лист собі з минулого" (25 хв)

Мета: навчитися співчуттю до себе в момент травматичної події.

Психолог: "Уявіть, що ви можете написати лист собі в той найважчий момент. Але не критикувати, а підтримати. Напишіть, що ви відчуваєте до того 'я'. Скажіть йому: «Я розумію, що тобі було важко», «Ти не мав вибору», «Я підтримую тебе»."

Письмо (15 хв). Учасники пишуть. У кімнаті тиша. Читання (5 хв)

Декілька учасників за бажанням зачитують уривки.

Вправа 2. "Суд совісті" (35 хв)

Мета: об'єктивно розглянути свої звинувачення й отримати інший погляд.

Психолог: Зараз ми зіграємо рольову вправу. Один із вас буде 'обвинуваченим' – скаже, у чому він себе звинувачує. Інші будуть 'адвокатами', які захищатимуть."

Хід вправи (приклад діалогу)

Обвинувачений: "Я винен, що не врятував друга."

Адвокат 1: "Ти був під обстрілом, у тебе не було змоги. Це не твоя вина."

Адвокат 2: "Відповідальність була на ворогу, не на тобі. Ти зробив усе можливе."

Адвокат 3: "Якби ти кинувся під кулі, загинули б обоє. Твій вибір – вижити – теж мав сенс."

[Обвинувачений мовчить, на очах сльози. Потім каже тихо:] "Я ніколи так не думав. Завжди тільки звинувачував себе."

Психолог: "Ви бачите, що всередині нас живе суворий суддя. Але коли дивитись разом, стає видно іншу правду. Важливо пам'ятати: факти проти вас – однобічні, але є і факти за вас."

Вправа 20. "Самопрощення" (20 хв)

Мета: визнати свою людяність і дозволити собі рухатися далі без постійного тягаря.

Психолог: "Кожен напише на аркуші: «Я прощаю себе за...». Це може бути дрібниця чи щось велике. Потім ми знищимо цей папір – як символ, що відпускаємо провину."

Учасники пишуть. Дехто довго думає, дехто пише одразу кілька пунктів. Потім всі по черзі рвуть аркуші й кидають у кошик.

Формулювання нових принципів

Психолог: "Тепер напишіть: «З цього дня я буду...» (наприклад, 'цінувати життя', 'дбати про себе', 'підтримувати побратимів')."

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Домашнє завдання

Щоденна практика самопрощення: щовечора писати фразу "Сьогодні я прощаю себе за..."

Список сильних сторін: скласти перелік 10 рис, які допомогли пройти через труднощі.

Лист-підтримка: перечитувати його щоразу, коли з'являється самокритика.

СЕСІЯ 9: "ПОБУДОВА СИСТЕМИ ПІДТРИМКИ"

Мета: допомогти учасникам усвідомити значення соціальної підтримки, побачити своє коло контактів, навчитися просити допомогу та давати її іншим.

Міні-лекція (15 хв) "Соціальна підтримка як захисний фактор"

Психолог: "Скажіть, хто з вас у важкі моменти намагався впоратися сам і не звертався до інших?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Психолог: "Це природно, ми звикли 'тягнути' все самі. Але дослідження показують: люди, які мають підтримку, відновлюються після травми швидше.

Соціальна підтримка = захисний фактор від депресії, тривоги, ПТСР.

Підтримка буває різною: емоційна (поговорити), практична (допомога справами), інформаційна (порада), духовна (спільні цінності).

Важливо не лише отримувати, а й давати підтримку.

Метафора: "Уявіть солдата, який іде у бій один. Йому важче. А тепер уявіть групу. Важко всім, але й легше, бо є плечі поруч."

Вправа 1. "Карта соціальних зв'язків" (25 хв)

Мета: візуалізувати своє соціальне оточення та ресурси підтримки.

Психолог: "Візьміть аркуш. Намалуйте три кола – ніби мішені."

- В центрі – ви.
- Перше коло – найближчі люди (сім'я, 1–2 найкращі друзі).
- Друге коло – колеги, знайомі.
- Третє коло – громада, організації, групи.

Впишіть туди людей і групи, до яких ви можете звернутися. Навіть якщо це одна людина – це вже ресурс. Навіть одна людина може бути великою опорою. І ми будемо думати, як поступово розширювати коло. Навіть відстань не зменшує підтримки, якщо є зв'язок."

Учасники дивляться на свої карти. Дехто здивований, що підтримки більше, ніж здавалось.

Психолог: "Часто ми забуваємо, що люди навколо можуть бути ресурсом. Сьогодні ми побачили це візуально."

Вправа 2. "Навички самоадвокації" (30 хв)

Мета: навчитися формулювати свої потреби й просити підтримку.

Психолог: "Багато хто думає: 'Я не маю права просити'. А насправді просити допомогу – це не слабкість, а сила. Давайте потренуємось."

Алгоритм прохання (пояснення):

Назвати конкретну потребу.

Сказати прямо і просто.

Дати людині право відмовити.

Подякувати незалежно від відповіді.

Рольова гра (приклад)

Учасник А (просить): "Слухай, мені важко сьогодні. Чи можеш ти просто послухати мене 10 хвилин?"

Учасник Б (реагує): "Так, можу. Кажіть."

Варіації (труднощі)

Один учасник каже: "Я не можу просити – ніби обтяжую."

Психолог: "Давайте подумаймо: якби ваш друг звернувся до вас, ви б теж відчули, що це обтяжливо?"

Учасник: "Ні, я б вислухав."

Психолог: "Отже, і ви маєте право."

Практика в парах

Учасники пробують просити підтримку один у одного (про дрібні речі). Потім діляться, що відчували.

Вправа 3. "Взаємна підтримка" (15 хв)

Мета: відпрацювати активне слухання та емпатійні відгуки.

Психолог: "Зараз у парах ви по черзі будете ділитися якоюсь невеликою ситуацією (не травматичною!). Завдання іншого – слухати, не перебиваючи, і відповісти однією емпатійною фразою."

Приклад:

Учасник А: "Мені було важко заснути цієї ночі."

Учасник Б: "Я чую, що це було виснажливо. І розумію твою втому."

Обговорення:

"Що ви відчули, коли вас слухали?"

"Що було складним у ролі слухача?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Домашнє завдання

Зв'язатися щонайменше з 2 людьми зі своєї карти підтримки.

Практикувати активне слухання (поспілкуватися з другом без перебивань).

Запланувати регулярний контакт із близькими (телефон, зустріч, повідомлення).

СЕСІЯ 10: "КОМУНІКАЦІЯ ПРО ТРАВМУ ТА СТРЕС"

Мета: навчити учасників безпечно говорити про власний досвід, встановлювати межі в розмовах, готуватися до складних запитань і відпрацьовувати техніки самозаспокоєння у процесі спілкування.

Психолог: «Часто після повернення з бойових подій чи травматичного досвіду ми стикаємось із запитаннями від рідних, знайомих чи навіть сторонніх. І не завжди ми готові чи хочемо говорити. Ця сесія — про те, як обирати, що і як розповідати, і як захищати власні межі.»

Вправа 1. "Розповідь про свій досвід" (30 хв)

Мета: відпрацювати навички безпечного ділення своїм досвідом у контрольованих умовах.

Психолог: "Сьогодні ми будемо вчитися коротко розповідати про досвід. Важливо: ви самі вирішуєте рівень деталізації. Є три рівні:

Мінімальний — кілька загальних фраз.

Середній — трохи більше деталей.

Повний — для дуже довіреної людини.

Кожен має право зупинитися у будь-який момент. Після розповіді ми відпрацюємо техніку самозаспокоєння."

Приклад

Учасник А (розповідає мінімально): "Це був складний період, я бачив багато важкого, але зараз я відновлююся."

Психолог: "Добре. Це безпечна відповідь, яка не викликає додаткових запитань."

Практика в парах (15 хв)

Учасники діляться у парах короткою версією своєї історії.

Партнер слухає і після цього каже лише: "Дякую, що поділився."

Самозаспокоєння після розповіді (5 хв)

Психолог проводить вправу "дихання по квадрату": вдих – 4 секунди, затримка – 4, видих – 4, затримка – 4.

Вправа 2. "Відповіді на складні запитання" (25 хв)

Мета: навчитися готувати безпечні, короткі та зручні для себе відповіді.

Психолог: "Ми зберемо список типових запитань, які вам ставлять. Потім ви потренуетесь відповідати на них різними варіантами — від короткої нейтральної до більш розгорнутої."

Приклади запитань від групи:

"Як справи?"

"Що там було?"

"Коли все налагодиться?"

"Ти когось втратив?"

Моделювання (діалог)

Учасник: "Коли питають 'Що там було?', у мене зразу клубок у горлі."

Психолог: "Добре. Давайте варіанти відповідей:

Мінімальна: 'Це складно описати, я не готовий зараз говорити.'

Середня: 'Було важко, але зараз я працюю над відновленням.'

Повна (для близької людини): 'Було небезпечно, я бачив втрати, це сильно вплинуло на мене'."

Практика в групі

Учасники по черзі задають один одному "незручні" питання.

Той, хто відповідає, тренує три рівні відповідей.

Вправа 3. "Встановлення меж" (20 хв)

Мета: навчитися казати "ні" і захищати особистий простір.

Психолог: "Ви маєте право зупиняти розмови, які вас виснажують. Це не грубість, а турбота про себе. Давайте потренуємо."

Приклад діалогу

Учасник А: "Розкажи докладно, що сталося."

Учасник Б (відпрацьовує межі): «Я ціную твою цікавість, але я не готовий зараз говорити про це. Давай змінимо тему."

Психолог: "Важливо поєднати чіткість і повагу. Це знімає напругу і захищає ваші межі."

Варіації:

Один учасник каже: "Мені важко сказати 'ні', бо думаю, що образять."

Психолог: "Подумайте: що буде гірше – що людина трохи образиться, чи що ви потім будете мучитись?"

Практика в парах

Один задає наполегливе питання.

Інший відпрацьовує різні варіанти встановлення меж.

Домашнє завдання

Попрактикувати розповідь своєї короткої історії з довіреною людиною.

Використати хоча б один варіант техніки "встановлення меж" у реальному житті.

Записати, які реакції оточення були після цих практик.

СЕСІЯ 11: "РОЗРОБКА ІНДИВІДУАЛЬНОГО ПЛАНУ ПОДОЛАННЯ КРИЗИ"

Мета: допомогти учасникам усвідомити власні тригери й ранні ознаки погіршення стану, зібрати "набір інструментів подолання", створити чіткий алгоритм дій у кризовій ситуації.

Психолог: "У кожного з нас бувають моменти, коли стан різко погіршується: тривога, флешбек, безсилля. Якщо ми не маємо плану, то в кризі ми діємо хаотично. Але якщо план готовий — ми відчуваємо контроль. Сьогодні ми будемо створювати свій особистий 'план виживання'."

Вправа 1. "Мої тригери та ранні ознаки" (25 хв)

Мета: усвідомити, які внутрішні й зовнішні фактори запускають кризу, і як її розпізнати на ранньому етапі.

Психолог: "На аркуші зробить три колонки:

Внутрішні тригери (думки, почуття, спогади).

Зовнішні тригери (місця, запахи, звуки, ситуації).

Ранні ознаки погіршення (що з вами відбувається, коли криза наближається)."

Учасники дають свої варіанти прикладів.

Обговорення

Психолог: "Давайте уявимо, що ранні ознаки — це як 'світлофор'.

- Зелений – все спокійно.
- Жовтий – з'являються перші симптоми.
- Червоний – криза.

Ваше завдання – помічати 'жовте світло' й діяти ще до 'червоного'."

Вправа 2. "Набір інструментів подолання" (30 хв)

Мета: скласти "аптечку допомоги" з технік та ресурсів.

Психолог: "Подумайте: що вам допомагає, коли стає погано? Ми створимо три рівні інструментів:

Швидкі (1–2 хв) — щоб відволікти мозок.

Середньострокові (10–30 хв) — щоб стабілізуватися.

Довгострокові — люди, місця, заняття, які підтримують."

Приклади (учасники діляться)

Швидкі: "Випити води, зробити 10 вдихів, подивитися навколо й назвати предмети."

Середні: "Піти на прогулянку, написати в щоденник, поговорити з другом."

Довгострокові: "Регулярні тренування, зустрічі з родиною, відвідування групи підтримки."

Обговорення

Учасники створюють власну таблицю "Мій набір інструментів" і обговорюють у парах, що з їхнього досвіду найбільш дієве.

Вправа 3. "План дій на кризу" (20 хв)

Мета: скласти покроковий алгоритм поведінки в кризі.

Психолог: "Зараз ми складемо алгоритм — як план евакуації при пожежі. Він має бути простим і зрозумілим."

Алгоритм (запис на фліпчарті)

Розпізнаю кризу (тригери, ознаки).

Використовую одну швидку техніку (СТОП, заземлення).

Якщо не допомагає — беру середньострокову дію (прогулянка, дзвінок другу).

Якщо стан погіршується — дзвоню до близької людини.

Якщо зовсім важко — звертаюся по професійну допомогу (номер лікаря, гарячої лінії).

Після стабілізації — роблю короткий аналіз: що спрацювало, що додати до плану.

Домашнє завдання

Оформити свій план подолання кризи письмово (бажано в щоденнику чи на картці).

Обговорити цей план з однією довіреною людиною.

Розмістити список контактів для екстреної допомоги у доступному місці (телефон, гаманець, стіна вдома).

СЕСІЯ 12: "ЖИТТЯ ПІСЛЯ ПРОГРАМИ: ПІДТРИМКА РЕЗУЛЬТАТІВ"

Мета: допомогти учасникам усвідомити свій прогрес, сформувані бачення майбутнього, закріпити сильні сторони та створити символічне завершення групової роботи.

Психолог: "Ми з вами пройшли довгий шлях — 12 тижнів. Сьогодні будемо підбивати підсумки: що змінилося, які навички ви винесли, які цілі ставите на майбутнє. А також проведемо символічне завершення нашої спільної роботи."

Вправа 1. "Мої досягнення" (20 хв)

Мета: допомогти учасникам усвідомити особистий прогрес і результати.

Психолог: "Згадайте себе на початку програми. Що тоді було найважчим? А тепер подумайте, що змінилося. Напишіть три речі:

Що стало легше.

Які навички ви здобули.

Які інсайти чи відкриття були найважливішими."

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Обговорення (короткий діалог)

Психолог: "Як ви відчуваєте свій прогрес — на 1 (мінімум) до 10 (максимум)?"

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Вправа 2. "Цілі та мрії" (25 хв)

Мета: спланувати майбутнє, використовуючи здобуті навички.

Психолог: "Візьміть аркуш і розділіть його на три частини:

Короткострокові цілі (1–3 місяці).

Середньострокові цілі (6–12 місяців).

Довгострокові мрії."

"Це можуть бути маленькі чи великі речі — від 'зателефонувати побратиму' до 'створити сім'ю' чи 'запустити власний проєкт'."

Приклади від учасників:

"Коротко: відновити тренування."

"Середньо: влаштуватися на роботу."

"Довго: побудувати свій дім."

"Мрія: відкрити власну майстерню."

Обговорення:

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Вправа 3. "Лист майбутньому собі" (15 хв)

Мета: створити ресурсне послання для себе в майбутньому.

Психолог: "Зараз ви напишете короткий лист самому собі через рік. Уявіть, що ви знову можете відчути сумнів чи біль. Що б ви хотіли тоді собі нагадати? Напишіть про свої сильні сторони, про те, що допомагає вам рухатися далі."

Приклади уривків:

"Пам'ятай, ти вже проходив через важкі часи і вистояв."

"Не забувай: у тебе є друзі, до яких можна звернутися."

"Ти сильніший, ніж думаєш."

Декілька учасників читають уголос свої листи.

Вправа 4. "Ритуал завершення" (20 хв)

Мета: символічно завершити групову роботу, підкріпити відчуття спільноти.

Психолог: "Ми були разом 12 тижнів. Кожен з вас зробив свій шлях. Зараз ми проведемо невелику церемонію завершення."

Хід ритуалу

Обмін словами підтримки: кожен по черзі каже фразу сусідові: "Я дякую тобі за..."

Учасники дають свої варіанти відповідей.

Символічні подарунки: ведучий роздає невеликі картки з написами "Сила", "Надія", "Стійкість", "Дружба". Учасники витягують собі й забирають додому.

Спільний жест: група стає у коло, тримаючись за руки. Психолог каже: "Цей шлях був непростий, але ви пройшли його разом. Ви маєте силу рухатися далі."

